

Comparing the Effects of Compassion-Based Mindfulness and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Emotional Empathy and Life Orientation in Female Students

Sadeghi E¹, *Sajjadian I², Nadi MA³

Author Address

1. Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran;

2. Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran;

3. Department of Educational Science, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

*Corresponding author's email: i.sajjadian@khuif.ac.ir

Accepted: 2020 October 4; Received: 2020 December 12

Abstract

Background & Objectives: Students are potential resources of Iran. Students are expected to start a family and work after graduation. Establishing future demands requires biopsychological health. Life Orientation (LO) through the cognitive procedure can affect students' health. Empathy positively impacts individuals' interactions. However, studies indicated that students' mental health is poor; thus, interventions are required in this area. The mindfulness-based intervention is among the most attractive approaches in promoting health; it potentially integrates different interventions. Moreover, compassion-based interventions presented good efficacy in improving mental illnesses. Furthermore, integrated approaches are recommended in studies. Therefore, this study aimed to compare the effects of Compassion-Based Mindfulness (CBM) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotional Empathy (EE) and LO in female students.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest-follow-up (30 days) and a control group design. The study population included all students of Chalus Branch, Islamic Azad University, in the academic year of 2018-2019 (N=10000). According to the Krejcie & Morgan's Table (1970), 384 subjects were initially selected by convenience sampling method and evaluated by General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg & Hillier, 1979). Among the students who received a score above 24 (69 students), 45 female students were eligible to enter the study. The study's inclusion criteria were scoring above the cut-off point (>24) in the GHQ, female gender, willingness to attend sessions, the age range of 18-30 years, being a student, and not participating in other psychological treatment. The exclusion criteria included psychiatric medication use, a history of acute psychiatric disorders, absence from >2 sessions, and discontinued participation. The study participants (n=45) were randomly placed in 3 CBM, MBCT, and control (n=15/group). All study participants were assessed before, after, and one month after the interventions by Basic Empathy Scale (Jolliffe & Farrington, 2006) and Life Orientation Test (Scheier et al., 1994). The intervention groups received eight 90-minute weekly intervention sessions. The control group received no intervention in this period. The MBCT sessions were conducted per Segal et al.'s package (2002). CBM was developed for the first time in this study. To compile the content of CBM sessions, Attride-Stirling's theme analysis method (2001) was used. Descriptive statistics, including mean and standard deviation and inferential statistics including repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc test, were used to analyze the obtained data in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: There was a significant change in pretest, posttest, and follow-up scores, regardless of the group effect, for EE ($p<0.001$). Furthermore, the group's impact presented a significant difference in EE ($p=0.038$). The pessimism and optimism scores also reflected a significant difference at pretest, posttest, and follow-up, regardless of the group effect ($p<0.001$). Groups comparison respecting pessimism indicated a significant difference between the study groups ($p=0.022$). Regarding optimism, there was a significant difference ($p<0.001$) between the study groups. There was a substantial difference between the MBCT and CBM groups and the controls in the posttest and follow-up stages concerning optimism, pessimism, and EE ($p<0.001$). Moreover, a significant difference was observed between MBCT and CBM on the mentioned variables in the posttest and follow-up stages ($p<0.001$).

Conclusion: According to the current research findings, MBCT and CBM effectively increased empathy and optimism and reduced pessimism in students; however, CBMT was more effective in posttest and follow-up stages than MBCT on these variables.

Keywords: Compassion-Based mindfulness, Mindfulness-Based cognitive therapy, Life orientation, Empathy, Students.

مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر جهت گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان دختر

انسیه صادقی^۱، *ایلناز سجادیان^۲، محمدعلی نادى^۳

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران؛

۲. گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛

۳. گروه علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: sajadian@khu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۲ آذر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: جهت گیری زندگی می تواند سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد؛ همچنین همدلی نقشی مثبت در سلامت ایفا می کند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ذهن آگاهی شفقت محور با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر جهت گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان دختر صورت گرفت.

روش بررسی: روش این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سی روزه با گروه گواه بود. جامعه آماری را دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در بازه زمانی سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۴۵ نفر از دانشجویان که در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) نمره بیشتر از خط برش یعنی ۲۴ را دریافت کردند، به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در سه گروه ذهن آگاهی شفقت محور (گروه آزمایش اول)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (گروه آزمایش دوم) و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). هر سه گروه با پرسشنامه جهت گیری زندگی (شی و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس همدلی اساسی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) ارزیابی شدند. صرفاً برای هر دو گروه آزمایش، مداخله به مدت هشت جلسه هفتگی (هر جلسه نود دقیقه) اجرا شد. تحلیل داده های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین میانگین نمرات گروه های آزمایش اول و دوم با گروه گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش بینی، بدبینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$)؛ همچنین بین اثربخشی ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای مذکور در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، برنامه ذهن آگاهی شفقت محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش همدلی عاطفی و خوش بینی و کاهش بدبینی دانشجویان کارآمد هستند؛ اما برنامه درمانی ذهن آگاهی شفقت محور اثربخشی بیشتری در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای مذکور دارد. **کلیدواژه ها:** ذهن آگاهی شفقت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، جهت گیری زندگی، همدلی، دانشجویان.

ورود به دانشگاه به منزله یکی از مراحل مهم تحول زندگی فرد، اغلب با استرس همراه است. براساس نظریه ناتوانی آموخته شده^۱، بدبینی^۲ به وقایع زندگی از طریق افزایش استرس کارکرد سلامتی را در افراد مختل می‌کند و همین امر احساس ناتوانی را افزایش می‌دهد (۱). نحوه نگریستن افراد به زندگی، در دو بُعد بدبینی و خوش‌بینی^۳ صورت می‌گیرد که از آن به عنوان جهت‌گیری زندگی^۴ یاد می‌شود (۲). جهت‌گیری خوش‌بینانه یا خوش‌بینی گرایشی، انتظاری کلی مبنی بر آن است که در آینده بیشتر، رویدادهای خوب در مقایسه با رویدادهای بد اتفاق خواهد افتاد (۳). افراد خوش‌بین، در رویارویی با دشواری‌ها، به دنبال کردن هدف‌های بارز خود ادامه می‌دهند و با به‌کارگیری راهبردهای کناره‌آوردن مؤثر، خود و حالت‌های شخصی‌شان را تنظیم می‌کنند تا اینکه بتوانند به هدف‌های خود برسند (۲). نتایج پژوهش صالح و همکاران نشان داد، بیش از نیمی از دانشجویان خوش‌بینی کمتر از متوسط دارند (۴). از نظر سانتیلی و همکارانش خوش‌بینی کم از طریق کاهش امید به آینده می‌تواند موجب احساس ناکامی و ناتوانی در مدیریت زندگی دانشجویان شود و از این راه آینده آن‌ها را در معرض خطر قرار دهد (۵).

همدلی متغیر دیگری است که به دلیل اهمیتش در روابط انسانی، سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶). در سطح پدیدارشناختی، همدلی عبارت است از حس شباهت بین احساساتی که فرد تجربه می‌کند و احساساتی که توسط دیگران ابراز می‌شود (۷). مورلی و همکاران به این نتیجه رسیدند که همدلی کم سبب ناتوانی در برقراری ارتباطات بین فردی و کاهش حمایت اجتماعی و در نهایت مشکلات روان‌شناختی می‌شود (۸). مطالعات درباره همدلی در جامعه دانشجویی اغلب در زمینه همدلی بالینی صورت گرفته است (۶) و تاکنون در زمینه همدلی عاطفی در جامعه دانشجویی پژوهشی یافت نشد؛ بنابراین به منظور ارتقای همدلی و خوش‌بینی نیاز به طراحی و اجرای مداخلات مؤثر وجود دارد.

از نظر هکنبرگ و همکاران، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ به عنوان روشی درمانی شناخته شده به‌ویژه در درمان‌هایی که افکار و شناخت‌ها را هدف قرار می‌دهد، در افزایش خوش‌بینی و کاهش افکار منفی ناکارآمد اثربخشی مثبت نشان داده است (۹). از طرفی تلفیق روش‌های درمانی اخیر مانند شفقت‌ورزی^۶ با رویکرد موفق ذهن‌آگاهی می‌تواند فنون وسیع‌تر و متنوع‌تری در اختیار مشاوران و متخصصان بالینی قرار دهد. درمان شفقت‌محور به مراجعان می‌آموزد به جای سرزنش کردن، محکوم کردن یا خودانتقادی با خود و دیگران، احساس همدلی و بخشش بیشتری داشته باشند و با احساسات دردناک مواجه شوند (۱۰). ذهن‌آگاهی آن‌ها را قادر می‌سازد احساسات دردناک را بپذیرند و به ماهیت گذرای افکار و احساسات پی ببرند. آگاهی از لحظه و منبع افکار منجر به کاهش قضاوت و واکنش‌پذیری کمتر در فرد می‌شود (۱۱). از نظر دوراکووا و همکاران، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و

شفقت‌محور متفاوت است. تفاوت آن‌ها مزیتی است که به عنوان روش‌های مکمل منجر به تغییر می‌شود (۱۲). نتایج مطالعه سنتنو و فرناندز نشان داد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همدلی را در بین دانشجویان افزایش می‌دهد (۱۳). ریرنخوف و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۴).

اینگرتسون و همکارانش به این نتیجه رسیدند که شفقت درمانی می‌تواند همدلی و روابط اجتماعی را بهبود بخشد (۱۵). نتایج پژوهش زاهدی مشخص کرد، درمان مبتنی بر شفقت خوش‌بینی را افزایش می‌دهد (۱۶). نتایج مطالعه بریتوپونز و همکاران نشان داد، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر شفقت متفاوت است (۱۷)؛ هرچند فروستادوتیر و درجی گزارش کردند، بین اثربخشی درمان‌های ذهن‌آگاهی با شفقت‌ورزی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۸).

مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی دارای نتایج متناقضی است و مشخص نیست این روش‌های درمانی در گروه دانشجویان چه تفاوتی نشان دهند؛ از طرفی این مطالعه برای اولین بار در صدد تلفیق فنون شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی و تدوین جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور برآمد؛ از این رو تلفیق فنون و روش‌های درمانی در حال ظهور و مقایسه آن با درمان‌های شناخته شده و اثربخش در این زمینه از ضروریات تحقیقات امروزی است. با توجه به نبود مطالعه‌ای که اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر جهت‌گیری زندگی در بین دانشجویان ارزیابی کرده باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر همدلی عاطفی و جهت‌گیری زندگی دانشجویان صورت گرفت.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح سه‌گروهی شامل یک گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یک گروه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و یک گروه گواه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سی‌روزه) بود. جامعه آماری را دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در بازه زمانی سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ (۱۰/۰۰۰ نفر) تشکیل دادند. براساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹) ابتدا ۳۸۴ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و ارزیابی آن‌ها با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۷ (۲۰) صورت گرفت. از میان دانشجویان دارای نمره بیشتر از ۲۴ (۶۹ نفر)، تعداد ۴۵ نفر از دانشجویان شرایط ورود به مطالعه را داشتند و برای همکاری اعلام آمادگی کردند. در ادامه با روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی)، در هریک از گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و گواه، پانزده نفر قرار گرفتند.

معیارهای ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمره بیشتر از خط برش (<۲۴) در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۲۰)؛ جنسیت زن؛ تمایل به شرکت و ادامه جلسات؛ سن ۱۸ تا ۳۰ سال؛

۵. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

۶. Compassion

۷. Goldberg Health Questionnaire (GHQ)

۱. Learned Helplessness Theory

۲. Pessimism

۳. Optimism

۴. Life orientation

دانشجویان؛ شرکت نداشتن در هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج شامل مصرف داروهای مؤثر بر هشیاری، سابقه ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی براساس خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه به انتخاب شرکت‌کنندگان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اجرا شد. ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسشنامه جهت‌گیری زندگی^۱: این پرسشنامه توسط شی‌یر و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و به منظور ارزیابی جهت‌گیری زندگی استفاده می‌شود (۲۱). پرسشنامه دارای ده ماده است. سه ماده مؤلفه خوش‌بینی و سه ماده مؤلفه بدبینی را ارزیابی می‌کند و چهار ماده به صورت انحرافی است. نمره‌گذاری پرسشنامه به این ترتیب است که در ماده‌های ۱۰ و ۴ و ۱ به گزینه‌های کاملاً موافقم نمره ۴، موافقم ۳، نظری ندارم ۲، مخالفم ۱ و کاملاً مخالفم نمره صفر تعلق می‌گیرد. در سایر ماده‌ها نمره‌گذاری برعکس است (۲۱). شی‌یر و همکاران آلفای کرونباخ پرسشنامه را معادل ۰/۷۴ به دست آوردند که نشان‌دهنده پایایی زیاد ابزار است. ضرایب روایی هم‌زمان بین مؤلفه‌های خوش‌بینی و بدبینی با افسردگی ۰/۴۶۹ – و ۰/۷۲۵ بود (۲۱). مطالعه رضایی در جامعه دانشجویی تحلیل عاملی اکتشافی دوعاملی بودن

پرسشنامه را تأیید کرد که نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه است؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه خوش‌بینی ۰/۷۱ و برای مؤلفه بدبینی ۰/۸۳ بود (۲۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد.

– پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد و به منظور ارزیابی سلامت روان در این مطالعه به کار رفت (۲۰). این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و چهار زیرمقیاس شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی است. هر زیرمقیاس هفت سؤال را در بر می‌گیرد. پاسخ‌دهی به روش لیکرت در چهار گزینه اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول به ترتیب صفر، ۱، ۲ و ۳ انجام می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۸۴ است. نمرات بیشتر، وضعیت سلامتی بدتر را نشان می‌دهد. خط برش پرسشنامه نمره ۲۴ است (۲۰). در مطالعه پورجمشیدی و بهشتی راد آلفای کرونباخ پرسشنامه معادل ۰/۷۹ به دست آمد و روایی صوری آن توسط متخصصان تأیید شد (۲۳). در مطالعه حاضر ضریب پایایی برای نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ به دست آمد.

– مقیاس همدلی اساسی^۲: این مقیاس توسط جولیف و فارینگتون در سال ۲۰۰۶ ساخته شد (۲۴). مقیاس مذکور به منظور ارزیابی همدلی در این مطالعه به کار رفت و از بیست سؤال و دو خرده‌مقیاس شناختی و عاطفی تشکیل شده است. پاسخ به هر سؤال به شیوه لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد (۲۴).

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف و محتوای جلسات	تکلیف
اول	مقدمه، آشنایی، تشریح نحوه کارکرد ذهن، تشریح اصول ذهن‌آگاهی	بررسی و بحث گروهی درخصوص برچسب‌ها، تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه کشمش
دوم	زندگی در زمان حال: افزایش توانایی تمرکز و توجه و تمرین رهاسازی	شناسایی موانع ذهنی بودن در لحظه حال از طریق بحث و گفت‌وگو با اعضا، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای همراه با ذهن‌آگاهی
سوم	افزایش ذهن‌آگاهی از خود و محیط	تنفس ذهن‌آگاهانه در مراقبه نشسته، تمرکز بر حواس شامل صداها، بوها، مزه‌ها، تصاویر
چهارم	افزایش ذهن‌آگاهی هیجانات، احساسات و بدن	بودن در لحظه حال از طریق تمرین اسکن بدنی (در این تمرین سرتاسر بدن بررسی شد. شرکت‌کنندگان تلاش کردند با احساسات و هیجانات در بخش‌های مختلف بدن مواجه شوند و آن را بپذیرند)
پنجم	پذیرش هیجانات، احساسات و رویدادها	تمرین اسکن بدنی همراه پذیرش، قضاوت‌نداشتن، ماندن در لحظه حال و رهاکردن افکار، احساسات بدنی و ذهنی هم‌زمان
ششم	مواجهه با احساسات و افکار	آموزش اسکن یک‌طرفه بدنی همراه با تأکید بر گذرابودن تجارب و احساسات، درک واقعی نبودن افکار و تمرین تنفس سه دقیقه‌ای
هفتم	مرور تمرین‌های ذهن‌آگاهی و آموزش ذهن‌آگاهی روزمره	مرور فنون آموخته‌شده، تمرین انتخابی، چگونگی مراقبت از خود به بهترین نحو، ذهن‌آگاهی در اعمال روزمره مانند مسواک‌زدن و غذاخوردن
هشتم	جمع‌بندی، مرور، بازخورد	جمع‌بندی، مرور فنون آموخته‌شده، بازخورد، تأکید بر استفاده از آموخته‌ها تاکنون

در مطالعه جولیف و فارینگتون ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرده‌مقیاس‌های عاطفی و شناختی به ترتیب ۰/۸۵ و

^۲. Basic Emphaty Scale

^۱. Life Orientation Test

۰/۷۹ به دست آمد (۲۴). در مطالعه جعفری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد و برای تعیین روایی این مقیاس از تحلیل عاملی شاخص KMO معادل ۰/۸۸ بود که روایی آن را تأیید کرد (۲۵). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۹ به دست آمد.

پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، آن‌ها با استفاده از پرسشنامه جهت‌گیری زندگی (۲۱) و مقیاس همدلی اساسی (۲۴) آزمون شدند. سپس هر دو گروه مداخله به مدت هشت جلسه در جلسات هفتگی (هر جلسه نود دقیقه) شرکت کردند. در این مدت برای گروه گواه هیچ‌گونه درمانی ارائه نشد. پس از پایان جلسات هر سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (سی روز بعد) به پرسشنامه جهت‌گیری زندگی (۲۱) و مقیاس همدلی اساسی (۲۴) پاسخ دادند.

– شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: ساختار جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از مطالعه سگال و همکاران (۲۶) اقتباس شد. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

– درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور: لازم به ذکر است که درمان

ذهن‌آگاهی شفقت‌محور برای اولین بار در این پژوهش تهیه و تدوین شد. به منظور تدوین محتوای جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور، روش تحلیل مضمون آتراید-استرلینگ به کار رفت (۲۷). فرایند تحلیل مضمون منجر به استخراج تعدادی مضامین شد که پس از کدگذاری‌های اولیه، از بین ۱۸۹ منبع به کار گرفته شده تعداد ۳۸ مضمون پایه نهایی به همراه یازده مضمون سازمان‌دهنده مشخص شد. ضریب اعتبار شبکه با استفاده از ضریب اعتبار هولستی که معادل ۰/۸۹ بود، به تأیید رسید. این مقدار نشان می‌دهد، نتایج تحلیل مضمون به صورت شبکه نهایی مضامین از قابلیت اعتبار نسبتاً مناسبی برخوردار است. یازده نفر از متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری روان‌شناسی سلامت، بالینی و عمومی با سابقه کار بالینی بیش از ده سال روایی محتوای جلسات را تأیید کردند. علاوه بر آن، مطالعه‌ای اولیه به منظور تأیید اعتبار بیرونی با تعداد پنج نفر از شرکت‌کنندگان صورت گرفت که جزو شرکت‌کنندگان پژوهش اصلی نبودند، اما با معیارهای ورود مشابه مطالعه اصلی انتخاب شدند. نتایج بررسی اثربخشی مداخله با استفاده از روش آنالیز کوواریانس حاکی از تأیید اعتبار بیرونی آن بود ($F=123/14$, $p<0/05$). در جدول ۲ محتوای جلسات اجرا شده آمده است^۱.

جدول ۲. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور تدوین شده

جلسات	محتوا و هدف	تکالیف
اول	آشنایی و معرفی	معرفی اعضا و روان‌شناس به یکدیگر، بررسی اهداف، انتظارات گروه و محقق، ارائه چشم‌انداز جلسات
دوم	شفقت و پذیرش از طریق افزایش ذهن‌آگاهی	به اشتراک گذاشتن تجربیات شخصی، بحث در خصوص شفقت و پذیرش خود و اثرات آن بر سلامت جسمی و روانی و روابط بین فردی. سپس تمرین واریسی بدنی و خوردن کشمش
سوم	بخشش خود و مراقبت از خود	بحث و بررسی در خصوص تجربیات بخشش خود، شفقت به خود و نحوه مراقبت از خود در شرایط استرس‌زا و معمول، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر صدا و تنفس
چهارم	پذیرش و همدلی	به اشتراک گذاشتن تجربه پذیرش و همدلی با دیگران، توضیح تفاوت همدلی و همدردی و همانندسازی، اهمیت همدلی با خود و دیگران و پذیرش خود و دیگران
پنجم	بودن در لحظه حال	تمرین واریسی بدنی با تأکید بر پذیرش احساسات، تجربیات بدون قضاوت و بودن در لحظه حال
ششم	افزایش ذهن‌آگاهی	مراقبه نشسته تجسم افکار، راه رفتن ذهن‌آگاه، ثبت وقایع ناخوشایند
هفتم	مراقبت از خود و دلسوزی برای خود	مراقبه نشسته، تمرین ثبت چند نمونه برای مراقبت از خود
هشتم	جمع‌بندی	واریسی بدنی، بحث و بررسی در خصوص جلسات گذشته

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در سطح استنباطی نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، به منظور ارزیابی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون، بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون کرویت ماچلی) و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش، میانگین سنی

دانشجویان شرکت‌کننده در تحقیق در گروه‌های ذهن‌آگاهی شفقت‌محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه به ترتیب $20/92 \pm 2/13$ ، $20/72 \pm 2/04$ و $20/88 \pm 1/78$ سال بود و سه گروه از نظر سنی تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/93$). تمام دانشجویان، دختر و در سطح کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، توزیع متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود ($p>0/05$). آزمون لون مشخص کرد، برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده بود ($p>0/05$). آزمون کرویت ماچلی نیز برای متغیرها معنادار نشد ($p>0/05$)؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت برقرار بود.

^۱. جزئیات تدوین این بسته آموزشی در مقاله‌ای جداگانه چاپ خواهد شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و نتایج تحلیل واریانس متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (گروه اول) و ذهن‌آگاهی شفقت‌محور (گروه دوم) و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		تحلیل واریانس	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p
بدنی	اول	۱۱/۳۸	۱/۷۰	۱۳/۳۰	۱/۷۵	۱۴/۶۱	۱/۸۵	۱۵۶/۲۹	<۰/۰۰۱
	دوم	۹/۹۲	۱/۸۹	۱۳/۳۸	۲/۱۰	۱۵/۳۰	۱/۹۷	۱۷/۴۸	<۰/۰۰۱
	گواه	۸/۹۲	۲/۶۱	۹/۲۸	۲/۲۳	۹/۲۸	۲/۳۹		
روانی	اول	۱۰/۰۷	۱/۹۳	۷/۹۲	۱/۷۵	۶/۷۶	۱/۹۲	۱۱۱/۵۰	<۰/۰۰۱
	دوم	۹/۰۰	۱/۹۱	۶/۶۹	۱/۷۰	۵/۲۳	۱/۵۸	۴/۲۶	۰/۰۲۲
	گواه	۸/۷۸	۲/۱۱	۹/۲۱	۱/۹۲	۹/۰۷	۲/۴۳		
عاطفی	اول	۶۰/۱۵	۵/۰۸	۶۷/۲۳	۵/۲۴	۶۹/۲۳	۵/۳۴	۹۴/۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	۵۹/۲۳	۵/۶۴	۶۸/۳۰	۶/۱۴	۷۰/۶۱	۶/۳۹	۳/۵۷	۰/۰۳۸
	گواه	۶۰/۷۱	۶/۹۱	۶۰/۸۵	۶/۶۴	۶۰/۸۵	۶/۳۷		

معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$). مقایسه گروه‌ها در متغیر بدینی حاکی از آن بود که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود داشت ($p=۰/۰۲۲$). درخصوص متغیر خوش‌بینی نیز نتیجه مقایسه گروه‌ها تفاوت معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$). به‌منظور تعیین اثربخشی هریک از روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان داد که تغییر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه برای متغیر همدلی عاطفی معنادار بوده است ($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتیجه بررسی تفاوت گروه‌ها مشخص کرد، گروه‌ها در متغیر همدلی عاطفی تفاوت معناداری داشتند ($p=۰/۰۳۸$). نمرات در متغیرهای بدینی و خوش‌بینی نیز در مراحل زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه تفاوت

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌های آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (گروه اول) و ذهن‌آگاهی شفقت‌محور (گروه دوم) در متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها		انحراف استاندارد		مقدار p	
		پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
بدنی	اول	-۲/۶۹	-۱/۶۱	۰/۳۵	۰/۱۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	-۱/۱۴	-۰/۶۵	۰/۲۱	۰/۱۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	-۱/۹۰	-۰/۹۶	۰/۳۳	۰/۱۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
روانی	اول	۲/۳۱	۱/۳۰	۰/۲۵	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	۰/۸۶	۰/۶۴	۰/۲۱	۰/۶۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۰/۹۴	۰/۸۰	۰/۲۰	۰/۱۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
عاطفی	اول	-۸/۰۷	-۲/۱۵	۱/۰۱	۰/۱۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	-۳/۶۱	-۱/۰۰	۰/۴۹	۰/۲۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	گواه	-۴/۶۱	-۱/۱۵	۰/۹۰	۰/۲۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش‌بینی، بدینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به این معنا که ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر متغیرهای وابسته مذکور تأثیر داشت و اثربخشی آن در مدت پیگیری پایدار بوده است. میزان اثربخشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بازه‌های زمانی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد ($p<۰/۰۰۱$). بررسی تفاوت

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات افراد گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش‌بینی، بدینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابسته مذکور تأثیر داشته است و اثربخشی آن در مدت پیگیری پایدار بوده است. به‌علاوه نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، بین میانگین نمرات افراد گروه

میانگین‌ها مشخص کرد، گروه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اثربخشی بیشتری در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای همدلی عاطفی، خوش‌بینی و بدبینی داشت.

۴ بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی بسته آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر جهت‌گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش همدلی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله تأثیر داشت و اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، سنتنو و فرناندز دریافتند، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همدلی را در بین دانشجویان افزایش می‌دهد (۱۳). ریدرنخوف و همکاران نیز اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر همدلی نشان دادند (۱۴).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که برنامه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر افزایش همدلی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله تأثیر داشت و اثربخشی مداخله در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، اینگریسون و همکارانش به این نتیجه رسیدند که شفقت‌درمانی می‌تواند همدلی و روابط اجتماعی را بهبود بخشد (۱۵).

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان گفت، آموزش ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را درباره احساسات بدنی و روانی بیشتر می‌کند می‌تواند آگاهی به احساسات دیگران را نیز افزایش دهد (۱۵). همچنین این مهارت در ترکیب با شفقت‌و‌زی، احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (۷). ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب افزایش آگاهی از توانایی خود شود و از این طریق به کنار آمدن با تنیدگی کمک کند؛ زیرا فردی که خودآگاهی پیدا می‌کند واکنش‌های خود را در موقع تنیدگی تشخیص می‌دهد و می‌تواند از طریق این آگاهی واکنش‌ها را تعدیل کند؛ یکی از جنبه‌های مهم درمان ذهن‌آگاهی آن است که افراد یاد می‌گیرند حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند و بدون آنکه با افکار درگیر شوند آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند (۶). همچنین به نظر می‌رسد مکانیزم اثربخشی این رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هشیاری درونی درباره خود و دیگران در ارتباط است. افرادی که درقبال رفتار خود هشیار هستند، اثر رفتار خود را در دیگران نیز می‌توانند زودتر احساس کنند و سعی نمایند از ایجاد احساسات منفی در دیگران بپرهیزند. از طرفی شفقت در ترکیب با ذهن‌آگاهی موجب می‌شود افراد از طریق کاهش انتقاد و افزایش پذیرش احساس همدلی بیشتری درقبال هم‌نوعان خود داشته باشند (۲۸).

همچنین یافته‌ها نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر خوش‌بینی و بدبینی تأثیر معنادار داشتند. همسو با این یافته زاهدی در مطالعه‌ای دریافت، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند خوش‌بینی را افزایش دهد (۱۶). این یافته باتوجه به اینکه درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجانی نقش دارند و میزان

واکنش‌پذیری را تنظیم می‌کنند، توجیه‌شدنی است (۱۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر افزایش خوش‌بینی و همدلی و کاهش بدبینی دانشجویان بیشتر از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. هرچند مطالعه‌ای یافت نشد که از درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور استفاده کند و این بسته در پژوهش حاضر تدوین شد، پژوهش‌هایی وجود دارد که درمان‌های مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی را در متغیرهایی متفاوت با یکدیگر مقایسه کرده است؛ به‌طور مثال فروستادوتیر و درجی گزارش کردند که بین اثربخشی درمان‌های ذهن‌آگاهی با شفقت‌ورزی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۸). تفاوت در این یافته باتوجه به متغیرهای مطالعه‌شده، تفاوت نمونه‌ها و محتوای جلسات توجیه‌شدنی است. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعه بریتوپونز و همکاران نشان داد، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی بر شفقت متفاوت است (۱۷). در تبیین تفاوت اثربخشی می‌توان گفت، کاهش احساس سرزنش و خودانتقادی و دیگرانتقادی از طریق تمرینات صورت‌گرفته در جلسات موجب شده است افراد دارای احساسات منفی کمتری درباره خود، دیگران و محیط باشند؛ از این طریق خوش‌بینی آن‌ها افزایش بیشتری داشته باشد؛ به‌طوری‌که با شفقت بیشتری به روابط و عوامل درونی و بیرونی نگاه کنند و همین امر بدبینی را کاهش داده است. همچنین محتوای جلسات به‌گونه‌ای تدوین شد که علاوه بر فنون ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و دیگران در طی جلسات تقویت شد و همدلی شرکت‌کنندگان را افزایش داد. این پژوهش در زمره اولین پژوهش‌هایی بود که طی آن درمان تلفیق ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی صورت گرفت؛ از این رو با محدودیت‌هایی مواجه بود. اولین محدودیت، تک‌جنسیتی بودن نمونه‌ها بود. بدیهی است که نتایج پژوهش حاضر برای تعمیم به جمعیت مردان تا زمان تکرار پژوهش با این گروه با محدودیت مواجه می‌شود؛ بنابراین رعایت احتیاط الزامی است. محدودیت بعدی این بود که ارزیابی متغیرهای مطالعه‌شده پژوهش مانند بسیاری دیگر از پژوهش‌ها به‌شیوه متداول سنجش پرسشنامه‌ای و خودگزارش‌دهی در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری انجام شد. این نوع سنجش درمقایسه با سنجش از طریق مصاحبه می‌تواند سوگیری در پاسخ‌گویی و دستیابی به نتایج جامع‌تر را با محدودیت مواجه کند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامه درمانی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور در سایر گروه‌های جمعیتی غیر از دانشجویان بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، برنامه درمانی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش همدلی عاطفی و خوش‌بینی و کاهش بدبینی دانشجویان کارآمد هستند و مشاوران و درمانگران می‌توانند در گروه‌های دانشجویی از هر دو برنامه درمانی بهره‌مند شوند؛ اما در مقام مقایسه دو برنامه درمانی مذکور، برنامه درمانی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اثربخشی بیشتری در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای همدلی عاطفی، خوش‌بینی و بدبینی دارد. درواقع، تلفیق فنون ذهن‌آگاهی با شفقت‌ورزی درخصوص متغیرهای مذکور، اثربخشی

بیشتری را نشان داد.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های به‌دست‌آمده از تحلیل کمی و کیفی در صورت لزوم در دسترس است.

تزامن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت مالی نهاد یا سازمان یا دانشگاهی نبوده است و با منابع شخصی نویسنده اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله بخشی از نتایج رساله دکتری روان‌شناسی نویسنده اول مقاله است که رساله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان با کد ۲۳۸۲۰۷۰۲۹۶۱۰۰۱ تصویب شد. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استاد راهنما و استاد مشاور، نویسنده اول را یاری کردند. نویسنده اول در گردآوری داده‌ها و تدوین و تهیه گزارش نقش مجری داشت. تدوین ایده اولیه، مفهوم‌سازی و گردآوری داده‌های کیفی و تدوین برنامه درمانی بر عهده نویسنده دوم بود. نویسنده سوم آنالیز داده‌ها را انجام داد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت دانشگاه که امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم آورد و دانشجویانی که در مطالعه شرکت کردند، تشکر کنند.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شوند؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه به انتخاب شرکت‌کنندگان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

References

1. Rauch SA, Defever E, Oetting S, Graham-Bermann SA, Seng JS. Optimism, coping, and posttraumatic stress severity in women in the childbearing year. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5(1):77–8. <https://doi.org/10.1037/a0022214>
2. Sadeghi A, Yousefi A, Khedmati Z. The role of life orientation and cognitive regulation on decreasing job stress. *Health*. 2018;10(2):268–81. <https://doi.org/10.4236/health.2018.102021>
3. Colby DA, Shifren K. Optimism, mental health, and quality of life: a study among breast cancer patients. *Psychol Health Med*. 2013;18(1):10–20. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.686619>
4. Saleh D, Camart N, Romo L. Predictors of stress in college students. *Front Psychol*. 2017;8:19–29. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00019>
5. Santilli S, Marcionetti J, Rochat S, Rossier J, Nota L. Career adaptability, hope, optimism, and life satisfaction in Italian and Swiss students. *Career Dev*. 2017;44(1):62–76. <https://doi.org/10.1177/0894845316633793>
6. Hastings TJ, Kavookjian J, Ekong G. Associations among student conflict management style and attitudes toward empathy. *Curr Pharm Teach Learn*. 2019;11(1):25–32. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.09.019>
7. Thompson E. Empathy and consciousness. *J Conscious Stud*. 2001;8(5-7):1–32.
8. Morelli SA, Ong DC, Makati R, Jackson MO, Zaki J. Empathy and well-being correlate with centrality in different social networks. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2017;114(37):9843–7. <https://doi.org/10.1073/pnas.1702155114>
9. Heckenberg RA, Hale MW, Kent S, Wright BJ. An online mindfulness-based program is effective in improving affect, over-commitment, optimism and mucosal immunity. *Physiol Behav*. 2018;199:20–7. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.11.001>
10. Ahmadpour Dizagi J, Zahrakar K, Kiamanesh A. comparative efficacy of compassion _focused therapy (CFT) and well _being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure. *Journal of Woman and Culture*. 2017;9(31):7–21.[Persian] http://jwc.iauhvaz.ac.ir/article_532089_en.html
11. Baer RA. Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*. 2011 1;12(1):241–61. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564842>
12. Dvořáková K, Greenberg MT, Roeser RW. On the role of mindfulness and compassion skills in students' coping, well-being, and development across the transition to college: a conceptual analysis. *Stress Health*. 2019;35(2):146–56. <https://dx.doi.org/10.1002/smi.2850>
13. Centeno RP, Fernandez KT. Effect of mindfulness on empathy and self-compassion: an adapted MBCT program on Filipino college students. *Behav Sci*. 2020;10(3):61. <https://dx.doi.org/10.3390/bs10030061>

14. Ridderinkhof A, De Bruin EI, Brummelman E, Bögels SM. Does mindfulness meditation increase empathy? an experiment. *Self and Identity*. 2017;16(3):251–69. <https://doi.org/10.1080/15298868.2016.1269667>
15. Engbretson AM, Poehlmann-Tynan JA, Zahn-Waxler CJ, Vigna AJ, Gerstein ED, Raison CL. Effects of cognitively-based compassion training on parenting interactions and children's empathy. *Mindfulness*. 2020;11(12):2841–52. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01495-3>
16. Zahedi M. Effect of compassion-based intervention on optimism and resiliency in conflicting couples'. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2019 10;4(2):123–38. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-224-en.html>
17. Brito-Pons G, Campos D, Cebolla A. Implicit or explicit compassion? effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness*. 2018;9(5):1494–508. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0898-z>
18. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Front Psychol*. 2019;10:1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30:607–10.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139–45. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
21. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*. 1994;67(6):1063–78. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>
22. Rezaei A. Investigating factorial structure, reliability and validity of the extended life orientation test- Persian version (ELOT-P) in the university students population. *J Res Behave Sci*. 2014;12(1):133–43. [Persian]
23. Pourjamshidi M, Beheshtirad R. The effect of moral intelligence and mental health on happiness of students. *Positive Psychology Research*. 2016;1(4):55–66. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21049_en.html
24. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the basic empathy scale. *J Adolesc*. 2006;29(4):589–611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>
25. Jafari M, Nooroozi Z, Foolad Chang M. The study of factor structure, reliability and validity of basic empathy scale: Persian form. *Educational Psychology Studeis*. 2017;14(25):23–38. [Persian] https://jep.susb.ac.ir/article_3099.html?lang=en
26. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clin Psychol Psychother*. 2002;9(2):131–8. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
27. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*. 2001;1(3):385–405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
28. MacKenzie M, Abbott K, Kocovski N. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1599–605. <https://doi.org/10.2147/ndt.s160761>

پیوست ۱. جدول قالب مضامین ذهن آگاهی و شفقت

مضمون فراگیر	مضمون سازمان دهنده	مضامین پایه
	آگاهی	(خود آگاهی) (آگاهی بدنی) (آگاهی از تنفس) (آگاهی از محیط) (مشاهده و توصیف)
ذهن آگاهی	پذیرش	(پذیرش افکار، هیجانات و تجربیات خود) (پذیرش دیگران) (همدلی)
	تنظیم هیجانی	(مواجهه با احساسات و تجربیات) (عدم فاجعه سازی) (شناسایی علائم هیجانی) (رها کردن و کاهش نشخوار) (خودکنترلی)

