MEJDS. 2021; 11:155.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

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

Sadeghi E[1], *Sajjadian I[2], Nadi MA[3]

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@khuisf.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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۵۵.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر جهت‌گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان دختر

انسیه صادقی[۱]، *ایلناز سجادیان[۲]، محمدعلی نادی[۳]

توضیحات نویسندگان

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

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

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** i.sajjadian@khuisf.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ مهر۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲آذر۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: جهت‌گیری زندگی می‌تواند سلامتی افراد را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ همچنین همدلی نقشی مثبت در سلامت ایفا می‌کند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر جهت‌گیری زندگی و همدلی عاطفی دانشجویان دختر صورت گرفت.

روش‌بررسی: روش این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سی‌روزه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در بازهٔ زمانی سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۴۵ نفر از دانشجویان که در پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) نمرهٔ بیشتر از خط برش یعنی ۲۴ را دریافت کردند، به‌روش دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور (گروه آزمایش اول)، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (گروه آزمایش دوم) و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). هر سه گروه با پرسشنامهٔ جهت‌گیری زندگی (شی‌یر و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس همدلی اساسی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) ارزیابی شدند. صرفاً برای هر دو گروه آزمایش، مداخله به‌مدت هشت جلسهٔ هفتگی (هر جلسه نود دقیقه) اجرا شد. تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی ازطریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش اول و دوم با گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش‌بینی، بدبینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین اثربخشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مذکور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، برنامهٔ ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افزایش همدلی عاطفی و خوش‌بینی و کاهش بدبینی دانشجویان کارآمد هستند؛ اما برنامهٔ‌درمانی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اثربخشی بیشتری در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مذکور دارد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی شفقت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، جهت‌گیری زندگی، همدلی، دانشجویان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

۱ مقدمه

ورود به دانشگاه به‌منزلهٔ یکی از مراحل مهم تحول زندگی فرد، اغلب با استرس همراه است. براساس نظریهٔ ناتوانی آموخته‌شده[1]، بدبینی[2] به وقایع زندگی ازطریق افزایش استرس کارکرد سلامتی را در افراد مختل می‌کند و همین امر احساس ناتوانی را افزایش می‌دهد (۱). نحوهٔ نگریستن افراد به زندگی، در دو بُعد بدبینی و خوش‌بینی[3] صورت می‌گیرد که از آن به‌عنوان جهت‌گیری زندگی[4] یاد می‌شود (۲). جهت‌گیری خوش‌بینانه یا خوش‌بینی گرایشی، انتظاری کلی مبنی‌بر آن است که در آینده بیشتر، رویدادهای خوب درمقایسه با رویدادهای بد اتفاق خواهد افتاد (۳). افراد خوش‌بین، در رویارویی با دشواری‌ها، به دنبال‌کردن هدف‌های باارزش خود ادامه می‌دهند و با به‌کارگیری راهبردهای کنارآمدن 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 ازطریق کاهش امید به آینده می‌تواند موجب احساس ناکامی و ناتوانی در مدیریت زندگی دانشجویان شود و از این راه آیندهٔ آن‌ها را درمعرض خطر قرار دهد (۵).

همدلی متغیر دیگری است که به‌دلیل اهمیتش در روابط انسانی، سلامتی را تحت‌تأثیر 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 بین‌فردی و کاهش حمایت اجتماعی و درنهایت مشکلات روان‌شناختی می‌شود (۸). مطالعات دربارهٔ همدلی در جامعهٔ دانشجویی اغلب در زمینهٔ همدلی بالینی صورت گرفته است (۶) و تاکنون در زمینهٔ همدلی عاطفی در جامعهٔ دانشجویی پژوهشی یافت نشد؛ بنابراین به‌منظور ارتقای همدلی و خوش‌بینی نیاز به طراحی و اجرای مداخلات مؤثر وجود دارد.

از نظر هکنبرگ و همکاران، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[5] به‌عنوان روشی درمانی شناخته‌شده 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). ازطرفی تلفیق روش‌های درمانی اخیر مانند شفقت‌ورزی[6] با رویکرد موفق ذهن‌آگاهی می‌تواند فنون وسیع‌تر و متنوع‌تری در اختیار مشاوران و متخصصان بالینی قرار دهد. درمان شفقت‌محور به مراجعان می‌آموزد به‌جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن 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 منجربه 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 به‌عنوان روش‌های مکمل منجربه تغییر می‌شود (۱۲). نتایج مطالعهٔ سنتنو و فرناندز نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی همدلی را در بین دانشجویان افزایش می‌دهد (۱۳). ریرنخوف و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۴).

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

مقایسهٔ اثربخشی درمان‌های مبتنی‌بر شفقت و ذهن‌آگاهی دارای نتایج متناقضی است و مشخص نیست این روش‌های درمانی در گروه دانشجویان چه تفاوتی نشان دهند؛ ازطرفی این مطالعه برای اولین‌بار درصدد تلفیق فنون شفقت‌ورزی و ذهن‌آگاهی و تدوین جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور برآمد؛ ازاین‌رو تلفیق فنون و روش‌های درمانی در حال ظهور و مقایسهٔ آن با درمان‌های شناخته‌شده و اثربخش در این زمینه از ضروریات تحقیقات امروزی است. باتوجه به نبود مطالعه‌ای که اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر جهت‌گیری زندگی در بین دانشجویان ارزیابی کرده باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بستهٔ آموزشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر همدلی عاطفی و جهت‌گیری زندگی دانشجویان صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و با طرح سه‌گروهی شامل یک گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، یک گروه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و یک گروه گواه با سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سی‌روزه) بود. جامعهٔ آماری را دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس در بازهٔ زمانی سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۸ (۱۰/۰۰۰ نفر) تشکیل دادند. براساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹) ابتدا ۳۸۴ نفر به‌روش دردسترس انتخاب شدند و ارزیابی آن‌ها با پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ[7] (۲۰) صورت گرفت. از میان دانشجویان دارای نمرهٔ 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 شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و گواه، پانزده نفر قرار گرفتند.

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

[1]. Learned Helplessness Theory
[2]. Pessimism
[3]. Optimism
[4]. Life orientation
[5]. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
[6]. Compassion
[7]. Goldberg Health Questionnaire (GHQ)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

دانشجوبودن؛ شرکت‌نداشتن در هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دیگر. معیارهای خروج شامل مصرف داروهای مؤثر بر هشیاری، سابقهٔ ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی براساس خودگزارش‌دهی شرکت‌کنندگان، غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از همکاری بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه به انتخاب شرکت‌کنندگان شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی یا ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اجرا شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ جهت‌گیری زندگی[1]: این پرسشنامه توسط شی‌یر و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و به‌منظور ارزیابی جهت‌گیری زندگی استفاده می‌شود (۲۱). پرسشنامه دارای ده ماده است. سه ماده مؤلفهٔ خوش‌بینی و سه ماده مؤلفهٔ بدبینی را ارزیابی می‌کند و چهار ماده به‌صورت انحرافی است. نمره‌گذاری پرسشنامه به این ترتیب است که در ماده‌های ۱۰ و ۴ و ۱ به گزینه‌های کاملاً موافقم نمرهٔ ۴، موافقم ۳، نظری ندارم ۲، مخالفم ۱ و کاملاً مخالفم نمرهٔ صفر تعلق می‌گیرد. در سایر ماده‌ها نمره‌گذاری برعکس است (۲۱). شی‌یر و همکاران آلفای کرونباخ پرسشنامه را معادل ۰/۷۴ به‌دست آوردند که نشان‌دهندهٔ پایایی زیاد ابزار است. ضرایب روایی هم‌زمان بین مؤلفه‌های خوش‌بینی و بدبینی با افسردگی ۰/۴۶۹ ـ و ۰/۷۲۵ بود (۲۱). مطالعهٔ رضایی در جامعهٔ دانشجویی تحلیل عاملی اکتشافی دوعاملی‌بودن پرسشنامه را تأیید کرد که نشان‌دهندهٔ روایی سازهٔ پرسشنامه است؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفهٔ خوش‌بینی ۰/۷۱ و برای مؤلفهٔ بدبینی ۰/۸۳ بود (۲۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های خوش‌بینی و بدبینی به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شد و به‌منظور ارزیابی سلامت روان در این مطالعه به‌کار 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 به‌روش لیکرت در چهار گزینهٔ اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول به‌ترتیب صفر، ۱، ۲ و ۳ انجام می‌شود. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۸۴ است. نمرات بیشتر، وضعیت سلامتی بدتر را نشان می‌دهد. خط برش پرسشنامه نمرهٔ ۲۴ است (۲۰). در مطالعهٔ پورجمشیدی و بهشتی راد آلفای کرونباخ پرسشنامه معادل ۰/۷۹ به‌دست آمد و روایی صوری آن توسط متخصصان تأیید شد (۲۳). در مطالعهٔ حاضر ضریب پایایی برای نمرهٔ کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ به‌دست آمد.

ـ مقیاس همدلی اساسی[2]: این مقیاس توسط جولیف و فارینگتون در سال ۲۰۰۶ ساخته شد (۲۴). مقیاس مذکور به‌منظور ارزیابی همدلی در این مطالعه به‌کار رفت و از بیست سؤال و دو خرده‌مقیاس شناختی و عاطفی تشکیل شده است. پاسخ به هر سؤال به‌شیوهٔ لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد (۲۴).

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف و محتوای جلسات	تکلیف
اول	مقدمه، آشنایی، تشریح نحوهٔ کارکرد ذهن، تشریح اصول ذهن‌آگاهی	بررسی و بحث گروهی درخصوص برچسب‌ها، تمرین خوردن ذهن‌آگاهانهٔ کشمش
دوم	زندگی در زمان حال: افزایش توانایی تمرکز و توجه و تمرین رهاسازی	شناسایی موانع ذهنی بودن در لحظهٔ حال ازطریق بحث و گفت‌وگو با اعضا، تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای همراه با ذهن‌آگاهی
سوم	افزایش ذهن‌آگاهی از خود و محیط	تنفس ذهن‌آگاهانه در مراقبهٔ نشسته، تمرکز بر حواس شامل صداها، بوها، مزه‌ها، تصاویر
چهارم	افزایش ذهن‌آگاهی هیجانات، احساسات و بدن	بودن در لحظهٔ حال ازطریق 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، احساس‌ها و رویدادها	تمرین اسکن بدنی همراه پذیرش، قضاوت‌نداشتن، ماندن در لحظهٔ حال و رهاکردن افکار، احساسات بدنی و ذهنی هم‌زمان
ششم	مواجهه با احساسات و افکار	آموزش اسکن یک‌طرفهٔ بدنی همراه با تأکید بر گذرابودن تجارب و احساسات، درک واقعی‌نبودن افکار و تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای
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 مطالعهٔ جولیف و فارینگتون ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرده‌مقیاس‌های عاطفی و شناختی به‌ترتیب ۰/۸۵ و

[1]. Life Orientation Test

[2]. Basic Emphaty Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۴). در مطالعهٔ جعفری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۴ به‌دست 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 به‌دست آمد.

پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، آن‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ جهت‌گیری زندگی (۲۱) و مقیاس همدلی اساسی (۲۴) آزمون شدند. سپس هر دو گروه مداخله به‌مدت 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 پرسشنامهٔ جهت‌گیری زندگی (۲۱) و مقیاس همدلی اساسی (۲۴) پاسخ دادند.

ـ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی: ساختار جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی از مطالعهٔ سگال و همکاران (۲۶) اقتباس شد. محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

ـ درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور: لازم به ذکر است که درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور برای اولین‌بار در این پژوهش تهیه و تدوین شد. به‌منظور تدوین محتوای جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور، روش تحلیل مضمون آترایدـ استرلینگ به‌کار رفت (۲۷). فرایند تحلیل مضمون منجربه استخراج تعدادی مضامین شد که پس از کدگذاری‌های اولیه، از بین ۱۸۹ منبع به‌کارگرفته‌شده تعداد ۳۸ مضمون پایهٔ نهایی به‌همراه 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 به‌صورت شبکهٔ نهایی مضامین از قابلیت اعتبار نسبتاً مناسبی برخوردار است. یازده نفر از متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری روان‌شناسی سلامت، بالینی و عمومی با سابقهٔ کار بالینی بیش از ده سال روایی محتوای جلسات را تأیید کردند. علاوه‌برآن، مطالعه‌ای اولیه به‌منظور تأیید اعتبار بیرونی با تعداد پنج نفر از شرکت‌کنندگان صورت گرفت که جزو شرکت‌کنندگان پژوهش اصلی نبودند، اما با معیارهای ورود مشابه مطالعهٔ اصلی انتخاب شدند. نتایج بررسی اثربخشی مداخله با استفاده از روش آنالیز کوواریانس حاکی‌از تأیید اعتبار بیرونی آن بود ($p<۰/۰۵$، $F=۱۲۳/۱۴$). در جدول ۲ محتوای جلسات اجراشده آمده است[۱].

جدول ۲. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی شفقت‌محور تدوین‌شده

جلسات	محتوا و هدف	تکالیف
اول	آشنایی و معرفی	معرفی اعضا و روان‌شناس به یکدیگر، بررسی اهداف، انتظارات گروه و محقق، ارائهٔ چشم‌انداز جلسات
دوم	شفقت و پذیرش ازطریق افزایش ذهن‌آگاهی	به‌اشتراک‌گذاشتن تجربیات شخصی، بحث درخصوص شفقت و پذیرش خود و اثرات آن بر سلامت جسمی و روانی و روابط بین‌فردی. سپس تمرین وارسی بدنی و خوردن کشمش
سوم	بخشش خود و مراقبت از خود	بحث و بررسی درخصوص تجربیات بخشش خود، شفقت به خود و نحوهٔ مراقبت ازخود در شرایط استرس‌زا و معمول، تمرین مراقبهٔ نشسته با تمرکز بر صدا و تنفس
چهارم	پذیرش و همدلی	به‌اشتراک‌گذاشتن تجربهٔ 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 لحظهٔ حال	تمرین وارسی بدنی با تأکید بر پذیرش احساسات، تجربیات بدون قضاوت و بودن در لحظهٔ حال
ششم	افزایش ذهن‌آگاهی	مراقبهٔ نشستهٔ تجسم افکار، راه‌رفتن ذهن‌آگاه، ثبت وقایع ناخوشایند
هفتم	مراقبت از خود و دلسوزی برای خود	مراقبهٔ نشسته، تمرین ثبت چند نمونه برای مراقبت از خود
هشتم	جمع‌بندی	وارسی بدنی، بحث و بررسی درخصوص جلسات گذشته

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح استنباطی نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال‌بودن توزیع داده‌ها ازطریق آزمون شاپیروـ ویلک، به‌منظور ارزیابی برابری واریانس‌های خطا از آزمون لون، بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون کرویت ماچلی) و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش، میانگین سنی دانشجویان شرکت‌کننده در تحقیق در گروه‌های ذهن‌آگاهی شفقت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گواه به‌ترتیب ۲۰/۹۲±۲/۱۳، ۲۰/۷۲±۲/۰۴ و ۲۰/۷۸±۱/۸۸ سال بود و سه گروه از نظر سنی تفاوت معناداری نداشتند ($p=۰/۹۳$). 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 شاپیروـ ویلک نشان داد، توزیع متغیرها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بود ($p>۰/۰۵$). آزمون لون مشخص کرد، برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده بود ($p>۰/۰۵$). آزمون کرویت ماچلی نیز برای متغیرها معنادار نشد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت برقرار بود.

[۱]. جزئیات تدوین این بستهٔ آموزشی در مقاله‌ای جداگانه چاپ خواهد شد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و نتایج تحلیل واریانس متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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	اندازهٔ اثر
خوش‌بینی	اول	۱۱/۳۸	۱/۷۰	۱۳/۳۰	۱/۷۵	۱۴/۶۱	۱/۸۵	اثر زمان	۱۵۶/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	دوم	۹/۹۲	۱/۸۹	۱۳/۳۸	۲/۱۰	۱۵/۳۰	۱/۹۷	اثر گروه	۱۷/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
	گواه	۸/۹۲	۲/۶۱	۹/۲۸	۲/۲۳	۹/۲۸	۲/۳۹				
بدبینی	اول	۱۰/۰۷	۱/۹۳	۷/۹۲	۱/۷۵	۶/۷۶	۱/۹۲	اثر زمان	۱۱۱/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
	دوم	۹/۰۰	۱/۹۱	۶/۶۹	۱/۷۰	۵/۲۳	۱/۵۸	اثر گروه	۴/۲۶	۰/۰۲۲	۰/۱۸
	گواه	۸/۷۸	۲/۱۱	۹/۲۱	۱/۹۲	۹/۰۷	۲/۴۳				
همدلی عاطفی	اول	۶۰/۱۵	۵/۰۸	۶۷/۲۳	۵/۲۴	۶۹/۲۳	۵/۳۴	اثر زمان	۹۴/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	دوم	۵۹/۲۳	۵/۶۴	۶۸/۳۰	۶/۱۴	۷۰/۶۱	۶/۳۹	اثر گروه	۳/۵۷	۰/۰۳۸	۰/۱۶
	گواه	۶۰/۷۱	۶/۹۱	۶۰/۸۵	۶/۶۴	۶۰/۸۵	۶/۳۷				

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان داد که تغییر در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه برای متغیر همدلی عاطفی معنادار بوده است (p<۰/۰۰۱). همچنین نتیجهٔ بررسی تفاوت گروه‌ها مشخص کرد، گروه‌ها در متغیر همدلی عاطفی تفاوت معناداری داشتند (p=۰/۰۳۸). نمرات در متغیرهای بدبینی و خوش‌بینی نیز در مراحل زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از عامل گروه تفاوت معناداری را نشان داد (p<۰/۰۰۱). مقایسهٔ گروه‌ها در متغیر بدبینی حاکی‌از آن بود که تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود داشت (p=۰/۰۲۲). درخصوص متغیر خوش‌بینی نیز نتیجهٔ مقایسهٔ 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.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوتایی گروه‌های آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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
خوش‌بینی	اول	دوم	۲/۶۹ـ	۱/۶۱ـ	۰/۳۵	۰/۱۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۱/۱۴ـ	۰/۶۵ـ	۰/۲۱	۰/۱۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	گواه	۱/۹۰ـ	۰/۹۶ـ	۰/۳۳	۰/۱۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
بدبینی	اول	دوم	۲/۳۱	۱/۳۰	۰/۲۵	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۰/۸۶	۰/۶۴	۰/۲۱	۰/۶۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	گواه	۰/۹۴	۰/۸۰	۰/۲۰	۰/۱۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
همدلی عاطفی	اول	دوم	۸/۰۷ـ	۲/۱۵ـ	۱/۰۱	۰/۱۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۳/۶۱ـ	۱/۰۰ـ	۰/۴۹	۰/۲۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	دوم	گواه	۴/۶۱ـ	۱/۱۵ـ	۰/۹۰	۰/۲۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات افراد گروه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش‌بینی، بدبینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابستهٔ مذکور تأثیر داشته است و اثربخشی آن در مدت پیگیری پایدار بوده است. به‌علاوه نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، بین میانگین نمرات افراد گروه ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای خوش‌بینی، بدبینی و همدلی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ به این معنا که ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر متغیرهای وابستهٔ مذکور تأثیر داشت و اثربخشی آن در مدت پیگیری پایدار بوده است. میزان اثربخشی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در بازه‌های زمانی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد (p<۰/۰۰۱). بررسی تفاوت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

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

۴ بحث

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

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی‌از آن بود که برنامهٔ ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر افزایش همدلی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله تأثیر داشت و اثربخشی مداخله در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بود. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، اینگبرتسون 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 دربارهٔ 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 به‌دنبال دارد (۷). ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب افزایش آگاهی از توانایی خود شود و از این طریق به کنارآمدن با تنیدگی کمک کند؛ زیرا فردی که خودآگاهی پیدا می‌کند واکنش‌های خود را در موقع تنیدگی تشخیص می‌دهد و می‌تواند ازطریق این آگاهی واکنش‌ها را تعدیل کند؛ یکی از جنبه‌های مهم درمان ذهن‌آگاهی آن است که افراد یاد می‌گیرند حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند و بدون آنکه با افکار درگیر شوند آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند (۶). همچنین به‌نظر می‌رسد مکانیزم اثربخشی این رویکردهای مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با هشیاری درونی دربارهٔ 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. ازطرفی شفقت در ترکیب با ذهن‌آگاهی موجب می‌شود افراد ازطریق کاهش انتقاد و افزایش پذیرش احساس همدلی بیشتری درقبال همنوعان خود داشته باشند (۲۸).

همچنین یافته‌ها نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر خوش‌بینی و بدبینی تأثیر معنادار داشتند. همسو با این یافته زاهدی در مطالعه‌ای دریافت، درمان مبتنی‌بر شفقت می‌تواند خوش‌بینی را افزایش دهد (۱۶). این یافته باتوجه به اینکه درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجانی نقش دارند و میزان واکنش‌پذیری را تنظیم می‌کنند، توجیه‌شدنی است (۱۳).

همچنین نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی شفقت‌محور بر افزایش خوش‌بینی و همدلی و کاهش بدبینی دانشجویان بیشتر از شناخت‌درمانی مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر 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 مطالعهٔ بریتوپونز و همکاران نشان داد، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی با درمان مبتنی‌بر شفقت متفاوت است (۱۷). در تبیین تفاوت اثربخشی می‌توان گفت، کاهش احساس سرزنش و خودانتقادی و دیگرانتقادی ازطریق تمرینات صورت‌گرفته در جلسات موجب شده است افراد دارای احساسات منفی کمتری دربارهٔ 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 علاوه‌بر فنون ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و دیگران در طی جلسات تقویت شد و همدلی شرکت‌کنندگان را افزایش داد. این پژوهش در زمرهٔ اولین پژوهش‌هایی بود که طی آن درمان تلفیق ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی صورت گرفت؛ ازاین‌رو با محدودیت‌هایی مواجه بود. اولین محدودیت، تک‌جنسیتی‌بودن 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 مطالعه‌شدهٔ پژوهش مانند بسیاری دیگر از پژوهش‌ها به‌شیوهٔ متداول سنجش پرسشنامه‌ای و خودگزارش‌دهی در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری انجام شد. این نوع سنجش درمقایسه با سنجش ازطریق مصاحبه می‌تواند سوگیری در پاسخ‌گویی و دستیابی به نتایج جامع‌تر را با محدودیت مواجه کند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامهٔ درمانی ذهن‌آگاهی شفقت‌محور در سایر گروه‌های جمعیتی غیر از دانشجویان بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

بیشتری را نشان داد.

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 بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان دریافت شد؛ تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه به انتخاب شرکت‌کنندگان شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی یا ذهن‌آگاهی شفقت‌محور اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

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

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

این مقاله بخشی از نتایج رسالهٔ دکتری روان‌شناسی نویسندهٔ 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، نویسندهٔ اول را یاری کردند. نویسندهٔ اول در گردآوری داده‌ها و تدوین و تهیهٔ گزارش نقش مجری داشت. تدوین ایدهٔ اولیه، مفهوم‌سازی و گردآوری داده‌های کیفی و تدوین برنامهٔ درمانی بر عهدهٔ نویسندهٔ دوم بود. نویسندهٔ سوم آنالیز داده‌ها را انجام داد. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

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.iauahvaz.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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

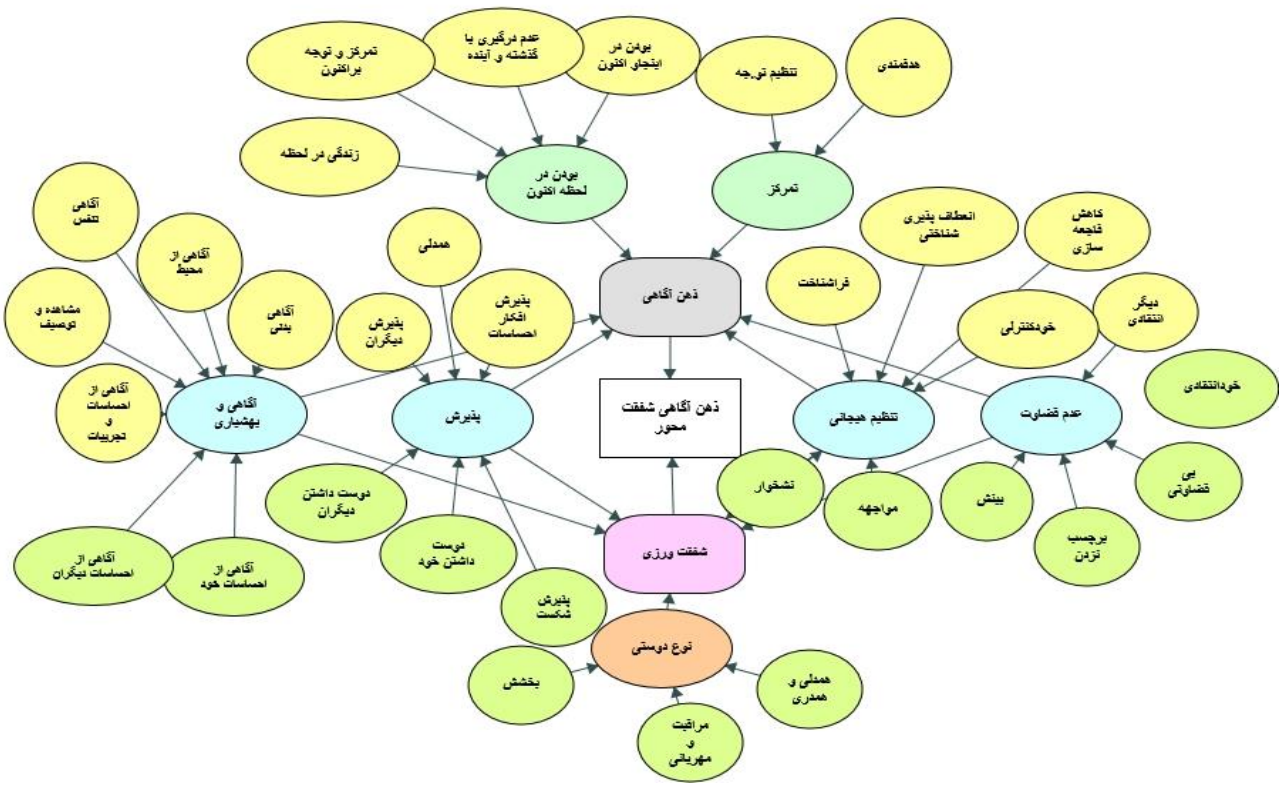
14. Ridderinkhof A, De Bruin EI, Brummelman E, Bögels SM. Does mindfulness meditation increase empathy? an experiment. Self and Identity. 2017;16(3):251–69. https://doi.org/10.1080/15298868.2016.1269667
15. Engbretson AM, Poehlmann-Tynan JA, Zahn-Waxler CJ, Vigna AJ, Gerstein ED, Raison CL. Effects of 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://jeps.usb.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 ذهن‌آگاهی و شفقت

مضمون فراگیر	مضمون سازمان‌دهنده	مضامین پایه
ذهن‌آگاهی	آگاهی	(خودآگاهی) (آگاهی بدنی) (آگاهی از تنفس) (آگاهی از محیط) (مشاهده و توصیف)
	پذیرش	(پذیرش افکار، هیجانات و تجربیات خود) (پذیرش دیگران) (همدلی)
	تنظیم هیجانی	(مواجهه با احساسات و تجربیات) (عدم فاجعه‌سازی) (شناسایی علائم هیجانی) (رهاکردن و کاهش نشخوار) (خودکنترلی)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

		(توانایی فراشناخت) (انعطاف‌پذیری شناختی)
	بودن در اکنون	(بودن در اینجا و اکنون) (عدم‌درگیری با آینده و گذشته) (زندگی در لحظه) (تمرکز و توجه بر اکنون)
	عدم قضاوت	(بینش) (بی‌قضاوتی) (برچسب‌نزدن)
	تمرکز	(تنظیم توجه) (هدف‌مندی)
شفقت	آگاهی	(آگاهی از احساسات خود) (آگاهی از احساسات دیگران)
	پذیرش	(دوست‌داشتن خود) (پذیرش دیگران) (پذیرش شکست)
	عدم قضاوت	(خودانتقادی) (انتقاد از دیگران)
	نوع‌دوستی	(بخشش) (مراقبت و مهربانی) (همدلی و همدردی)
	تنظیم هیجانی	(خودتنظیمی) (مواجهه) (نشخوار) (تمرکز)



پیوست ۲. شکل شبکهٔ مضامین

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]