MEJDS. 2021; 11:100.

Published online 2021 Sep. **Original Article**

Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Treatment on Depressive Symptoms in Students with Suicidal Ideation

Babaei Z[1], *Mansoobifar M[2], Sabet M[3], Borjali M[4], Mashayekh M[2]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
*** Corresponding author's email**: mohsen.mansoobifar@kiau.ac.ir

Received: 2021 February 1; **Accepted:** 2021 February 16

Abstract

Background & Objectives: Suicide occurs in all age groups and is among the causes of death in individuals, aged 15–29 years. Suicide is a complex and multi–causal behavior, i.e., among the preparations for suicide. Numerous attempts were made to identify the risk factors leading to suicidal ideation or suicide attempt for its understanding and prevention. Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) is a suitable option to treat depression based on the information processing theory, which assumes that cognitions (including thoughts, images, & the perceptions of events, assumptions, & beliefs) have a direct causal relationship with emotional and behavioral responses. Considering the relative success of CBT in treating depression and the prevalence and consequences of this disorder, it is of high importance to find newer treatment options, especially in suicidal adolescents. The current study aimed to evaluate the effects of CBT and Mindfulness Treatment (MT) on depressive symptoms in students with suicidal ideation.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all students in Savojbolagh City, Iran, in 2019; among whom, 60 eligible volunteers were included in the study based on the cut–off point of Beck Scale for Suicide Ideation (SSI; Beck et al., 1979) (cut off scores: 5–10). They were randomly divided into the experimental groups of CBT and MT, and a control group (n=20/group). The inclusion criteria of the study were obtaining a score higher than the cutoff point in the SSI, no diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder, and history of drug use, no concomitant use of psychological services, no chronic physical illness, including thyroid, diabetes, and cancer, and biopsychological defects. Exclusion criteria were absence from 2 training sessions. The study subjects completed Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) at pretest and posttest. Moreover, 6 CBT sessions were performed based on Leahy's intervention protocol (2017) and 6 MT sessions based on Burdick intervention protocol (2014); these sessions were held for 90 minutes for 2 experimental groups. No intervention was provided to the control group. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, & standard deviation) as well as inferential statistics, including Chi–squared test, Kruskal–Wallis test, Analysis of Covariance (ANCOVA), and Bonferroni post hoc test were used to analyze the obtained data in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results indicated that after removing the pretest effect for depression, there was a significant difference in the posttest between the study groups (p<0.001). Besides, CBT (p<0.001) and MT (p<0.001) for the experimental groups reduced depression, compared to the control group; however, there was no significant difference between the provided interventions (p=0.480).

Conclusion: According to the present study results, CBT and MT were effective in the treatment of depressive symptoms among students with suicidal ideation; there was no significant difference between these interventions.

Keywords: Depression, Mindfulness treatment, Cognitive–Behavioral therapy, Students.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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):۱۰۰.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی

زینب بابایی[۱]، *محسن منصوبی‌فر[۲]، مهرداد ثابت[۳]، محمود برجعلی[۴]، مریم مشایخ[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mohsen.mansoobifar@kiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی اختلالی چندبُعدی و چندعلیتی است که ازجمله پیش‌آمادگی‌های خودکشی به‌شمار می‌آید. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان شهر ساوجبلاغ در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از میان آن‌ها تعداد شصت نفر داوطلب واجد شرایط براساس خط برش مقیاس افکار خودکشی بک (بک و همکاران، ۱۹۷۹) وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و یک‌گروه‌گواه (هر گروه بیست نفر) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) پاسخ دادند. شش جلسه درمان شناختی‌رفتاری براساس پروتکل مداخله‌ای لیهی (۲۰۱۷) و شش جلسه درمان ذهن‌آگاهی براساس پروتکل مداخله‌ای بوردیک (۲۰۱۴) هر کدام به‌مدت زمان جلسه‌ای نود دقیقه برای دو گروه آزمایش برگزار شد. برای تحلیل داده‌ها، آزمون خی‌دو، آزمون کراسکال والیس، روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ به‌کار رفت. سطح معناداری همهٔ آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون برای متغیر افسردگی تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین درمان شناختی‌رفتاری ($p<۰/۰۰۱$) و درمان ذهن‌آگاهی ($p<۰/۰۰۱$) برای گروه‌های آزمایش موجب کاهش افسردگی درمقایسه با گروه گواه شد؛ اما بین دو نوع درمان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۴۸۰$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، هر دو درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی مؤثر هستند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، درمان ذهن‌آگاهی، درمان شناختی‌رفتاری، دانش‌آموزان.

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 2026-11-03]

۱ مقدمه

خودکشی[1]، رفتاری واحد را شامل نمی‌شود و به اقدامات و رفتارهای خودکشی‌گرا، قصد و نیت برای خودکشی و افکار خودکشی اشاره دارد؛ همچنین خشمی است که فرد درقبال خود و نه دیگران ابراز می‌دارد (۱). خودکشی در میان تمام گروه‌های سنی وجود دارد؛ اما در حال حاضر یکی از دلایل مرگ‌ومیر افراد ۱۵تا۲۹ سال است (۲). خودکشی رفتار پیچیده و چندعلیتی است و تلاش‌های فراوانی برای شناسایی عوامل خطر منجربه اندیشه‌پردازی یا اقدام به خودکشی، با هدف درک و فهم خودکشی و پیشگیری از آن صورت گرفته است؛ بااین‌حال هنوز خودکشی یکی از عوامل عمدهٔ مرگ‌ومیر در سراسر جهان است و از میزان آن کاسته نشده است؛ همچنین شناسایی افرادی که دارای عوامل خطر بیشتری برای خودکشی هستند، اهمیت فراوانی دارد. در میان عوامل خطر برای خودکشی، ناامیدی، افسردگی و یأس پیش‌درآمد رفتار خودکشی‌گرا هستند (۳). برای اینکه فردی دچار اختلال افسردگی اساسی[2] تشخیص داده شود باید، تغییراتی را در وزن، اشتها، خواب و فعالیت خود تجربه کند، از فقدان انرژی و احساس گناه، مشکلاتی در تمرکز و تصمیم‌گیری در رنج باشد و افکار مکرر و عودکنندهٔ خودکشی داشته باشد (۴).

نظریه‌های شناختی مرتبط با افسردگی چنین پیشنهاد می‌کنند که نابهنجاری‌هایی در کنترل هیجانی نشئت‌گرفته از سبک‌های شناختی ناکارآمد ازجمله توجه، نشخوار فکری و نقصان در فرایندهای پردازش اطلاعاتی و حافظه در بروز افسردگی نقش دارند (۵). درمان شناختی‌رفتاری[3] درمان منتخبی برای افسردگی است که برپایهٔ نظریهٔ پردازش اطلاعات قرار دارد و فرض می‌کند شناخت‌ها (شامل افکار، تصاویر، ادراک فرد از رویدادها، مفروضه‌ها و باورها) رابطهٔ علّی مستقیمی با پاسخ‌های هیجانی و رفتاری دارند (۶). برخی از محققان چنین پیشنهاد کرده‌اند که احتمال دارد افزایش کورتیزول[4] در زمینهٔ بروز افسردگی نقش داشته باشد و درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان شناختی‌رفتاری با تغییر در ریتم ترشح کورتیزول در درمان افسردگی اثربخش است (۷).

بسیاری از افراد دچار افسردگی (حدود ۶۰درصد)، با استفاده از درمان‌های موجود افسردگی (دارویی یا رفتاری) نتیجه‌ای نمی‌گیرند (۸) یا با عوارض جانبی درمان و تأخیر در پاسخ‌دهی به درمان مواجه هستند (۹) یا پس از قطع درمان دچار عود بیماری می‌شوند. درنهایت اینکه برخی از بیماران به یکی از درمان‌ها بهتر از دیگری پاسخ می‌دهند (۱۰). در این راستا، محمدپور و همکاران چنین پیشنهاد کردند که هر دو روش دارودرمانی و شناخت‌درمانی بر کاهش افسردگی بیماران اثربخش‌اند؛ باوجوداین، درمان دارویی در کاهش علائم افسردگی درمقایسه با درمان شناختی کارآمدتر است، اما اثرات روش شناخت‌درمانی در طول زمان ماندگارتر است (۱۱). در فراتحلیلی که آقائی و جمالی روی این دو نوع مداخله انجام دادند، نتایج نشان داد میزان اندازهٔ اثر هر دو درمان شناختی و دارودرمانی در درمان افسردگی در حد متوسط است (۱۲).

افراد افسرده درمقایسه با دیگران ذهن‌آگاهی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند؛ از این جهت درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[5] می‌توانند موجب تسهیل روند درمان بیماران افسرده و نیز بهبود نشانه‌های آن‌ها شوند (۱۳). ذهن‌آگاهی، آگاهی از لحظهٔ حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا اینکه آن را خوب یا بد تلقی کند؛ بنابراین، ذهن‌آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهدهٔ عینی تجربیات را نیز به‌همراه دارد (۱۴). علاوه‌براین، ذهن‌آگاهی امکان مقابلهٔ سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن‌آگاهی بیشتری برخوردار هستند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و درقبال خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (۱۵). ذهن‌آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربهٔ هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت نمی‌شود (۱۶)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و پذیرفته شوند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۱۷)؛ بدین‌ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۱۸) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر مشکلاتش فایق می‌آید (۱۹). در این راستا، شایگان‌فر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[6] را درمانی مؤثر در کاهش افکار خودکشی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال افسردگی معرفی کرد (۲۰). نتایج پژوهش حناساب‌زاده اصفهانی و همکاران حاکی‌از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بیماران افسردهٔ خودکشی‌گرا بود (۲۱). فکمن و همکاران به اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی عودکننده اشاره داشتند (۲۲).

با نگاهی بر آنچه مرور شد می‌توان گفت، افسردگی اختلالی چندبُعدی و چندعلیتی است که ازجمله پیش‌آمادگی‌های خودکشی به‌شمار می‌آید. در این میان رویکرد درمان شناختی‌رفتاری با تأکید بر افکار فرد افسرده و تمرکز بر شیوهٔ تفکر او تلاش می‌کند با ایجاد تغییراتی در نگرش فرد و شیوهٔ تفکر وی، او را از دام افسردگی برهاند؛ بااین‌حال، با درنظرگرفتن موفقیت نسبی درمان شناختی‌رفتاری در درمان افسردگی و شیوع و پیامدهای این اختلال، جست‌وجوی گزینه‌های جدیدتر در درمان به‌ویژه در نوجوانان خودکشی‌گرا حائز اهمیت است؛ بنابراین، در این زمینه خلأ پژوهشی مشاهده می‌شود و بر اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌افزاید؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی بود.

---

1. Suicide
2. Major Depressive Disorder
3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
4. Cortisol
5. Mindfulness
6. Mindfulness-Based Cognitive Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان شهر ساوجبلاغ در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. طبق برآورد آموزش‌وپرورش شهر کرج تعداد دانش‌آموزان این ناحیه سی‌هزار نفر بود. مورگان و وورهیس حداقل حجم نمونه را برای پژوهش‌های آزمایشی پانزده نفر در هر گروه پیشنهاد کردند (۲۳)؛ ازاین‌رو به پروندهٔ دانش‌آموزان در مرکز مشاورهٔ آموزش‌وپرورش مراجعه شد و از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت شد. در ادامه از میان سیصد نفر که در مرحلهٔ اولیهٔ اعلام آمادگی کردند، شصت نفر واجد شرایط با رضایت آگاهانه براساس پنج سؤال غربالگری نخست مقیاس افکار خودکشی بک[1] (۲۴) وارد مطالعه شدند. سپس در دو گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی و یک گروه گواه به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. در مقیاس افکار خودکشی بک، دامنهٔ نمرات خط برش ۵تا۱۰ است. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان به پژوهش شامل نمرهٔ بیشتر از خط برش در مقیاس افکار خودکشی بک، نبود تشخیص اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت مرزی و وجود سابقهٔ مصرف داروها، استفاده‌نکردن هم‌زمان بیمار از خدمات روان‌شناسی و مبتلانبودن به بیماری‌های جسمانی مزمن ازجمله تیروئید، دیابت، سرطان و عقب‌ماندگی ذهنی و جسمی بود. معیارهای خروج دانش‌آموزان از پژوهش نیز شرکت‌نکردن در جلسات آموزشی به‌مدت دو جلسه در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان از شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن و رازداری رعایت شد. دانش‌آموزان به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام داشتند و برای اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد که در منزل والدینشان به آن پاسخ دهند.

ابزارها و برنامه‌های درمانی زیر در این پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک[2]: پرسشنامهٔ افسردگی بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد (۲۵). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس گروه جملات در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از صفرتا۳ درجه‌بندی کنند. نمرهٔ بیشتر در این ابزار حاکی از افسردگی بیشتر است (۲۵). بک و همکاران برای پرسشنامه ضریب اِسپیرمن‌ـ براون را ۰/۹۳ و همبستگی ابزار را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ به‌دست آوردند (۲۵). حمیدی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامهٔ سلامت عمومی برابر با ۰/۸ به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (۲۶).

ـ مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۹ برای سنجش میزان مستعدبودن فرد به خودکشی ساخته شد (۲۴). این مقیاس شامل نوزده گویه است که شدت نشانه‌ها براساس گروه جملات در طیف لیکرتی سه‌درجه‌ای از صفرتا۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بیشتر در ابزار حاکی‌از افکار خودکشی بیشتر است (۲۴). بک و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ به‌دست آوردند؛ همچنین همبستگی ابزار را با مقیاس افسردگی بک در بیماران سرپایی و بستری به‌ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۵۳ و همبستگی این ابزار را با مقیاس ناامیدی بک در بیماران سرپایی و بستری به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۶۴ گزارش کردند (۲۷). اصفهانی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ را به‌دست آوردند؛ همچنین همبستگی این ابزار را با خرده‌مقیاس افسردگی سیاههٔ تجدیدنظرشدهٔ نشانه‌های روانی‌ـ ۹۰[3] در نمونه‌هایی شامل ۵۳۵ نفر و ۵۱ نفر به‌ترتیب برابر با ۰/۵۷ و ۰/۵۰ عنوان کردند (۲۸).

ـ درمان شناختی‌رفتاری: درمان شناختی‌رفتاری در شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای براساس پروتکل مداخله‌ای لیهی اجرا شد (۲۹). خلاصه‌ای از این درمان در جدول ۱ ارائه شده است. برای بررسی اعتبار بستهٔ درمان شناختی‌رفتاری از روایی محتوایی و نظر پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه استفاده شد که حاکی‌از اعتبار بستهٔ مدنظر بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفهٔ اولیه، تبیین و توضیح اهداف درمان	معرفی، ارائهٔ اطلاعات پایه دربارهٔ روان‌درمانی شناختی‌رفتاری، بیان قوانین و اصول جلسات درمان، انجام تکلیف به‌صورت تمرینی به‌منظور آشنایی بیشتر اعضای گروه برای انجام تکالیف
دوم	توضیح دربارهٔ ارتباط افکار، احساس و رفتار	به‌وجودآوردن احساس‌ها و رفتار توسط افکار و چگونگی کاهش یا افزایش احساس‌ها ازطریق افکار، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر ABC (طبق تکنیک ABC واقعه‌ای یکسان به افکار متفاوتی منجر می‌شود که این افکار می‌توانند احساس‌ها و رفتارهای مختلفی را به‌وجود بیاورند و می‌توان با مقایسهٔ واقعیت‌ها به درستی یا نادرستی فکر خود پی ببرد)، درجه‌بندی هیجان و میزان اعتقاد به فکر، جست‌وجوی نوسان در باورهای خاص و مقایسهٔ مزایا و معایب، بیان تفاوت افکار، احساسات و رفتار استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تمایز فکر از واقعیت، توضیح دربارهٔ سبک‌های ناکارآمد تفکر و افکار خودآیند، بیان خطاهای شناختی معمول، استفاده از تکنیک‌هایی نظیر شناسایی تحریف‌های شناختی مانند شخصی‌سازی، توزیع کاربرگ بازسازی افکار
سوم	توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار	مقایسه و توضیح دربارهٔ تکلیف جلسهٔ قبل، توضیح دربارهٔ شناسایی افکار با استفاده از

1. Beck Scale for Suicide Ideation
2. Beck Depression Inventory
3. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

		تکنیک‌هایی نظیر چالش با تفکر بایداندیشی، شناسایی باورهای شرطی و مقایسهٔ نظام ارزشی، ارزیابی افکار با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر پیکان رو به پایین، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح‌شده با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر تعریف واژه‌ها، مقایسهٔ شواهد، ایفای نقش هر دو جنبهٔ فکر، توزیع مجدد کاربرگ بازسازی افکار
چهارم	مقایسهٔ زنجیرهٔ علت، پاسخ، پیامد	مقایسهٔ تکلیف جلسهٔ قبل، توضیح دربارهٔ چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیرهٔ رفتاری بزرگ‌تر، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیرهٔ مخرب در این جلسات با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر توالی فکر، مقایسهٔ نوسان‌های رفتار در موقعیت‌های مختلف و تغییر افکار منفی ازطریق تغییر رفتار
پنجم	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود	مقایسهٔ تکلیف جلسهٔ قبل، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب‌شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب‌شده
ششم	بازنگری کلی مطالب و اجرای پس‌آزمون	مرور مطالب همهٔ جلسات، اجرای پس‌آزمون

ـ درمان ذهن‌آگاهی: درمان ذهن‌آگاهی در شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای براساس پروتکل مداخله‌ای بوردیک اجرا شد (۳۰). خلاصه‌ای از این درمان در جدول ۲ ارائه شده است. برای بررسی اعتبار بستهٔ درمان شناختی‌رفتاری از روایی محتوایی و نظر پنج نفر از اساتید هیئت‌علمی دانشگاه استفاده شد که حاکی‌از اعتبار بستهٔ مدنظر بود.

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمان ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	محتوا
اول	معارفهٔ اولیه، تبیین و توضیح اهداف درمان	الف. توضیح دربارهٔ فلسفهٔ برنامهٔ آموزشی و علت آن؛ ب. تعیین قوانین برنامه ازجمله تعیین زمان گردهمایی، مدت برنامه، مدت جلسات، نیاز به مشارکت بدون وقفه؛ ج. توصیف نحوهٔ برنامهٔ آموزشی ازجمله طرح تکلیف خانه، مشارکت در اجرای نقش و بحث گروهی و قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون. درنظرگرفتن جنبهٔ محرمان‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود به یکدیگر، تمرین وارسی بدنی، تکلیف استراحتگاه، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوه‌ها
دوم	آموزش تن‌آرامی	تن‌آرامی برای دوازده گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلهٔ پشت، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی
سوم	آشنایی نحوهٔ ذهن‌آگاهی تنفس	آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر دربارهٔ چیز دیگر، آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف استراحتگاه ذهن‌آگاهی تنفس پیش از خواب. تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌وجوی حس‌های فیزیکی و تکلیف استراحتگاه ذهن‌آگاهی خوردن
چهارم	آموزش توجه به ذهن	آموزش توجه به افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازهٔ ورود دادن به افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج‌کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها
پنجم	مراقبهٔ نشسته	بازنگری تکالیف استراحتگاه، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق.
ششم	بازنگری کلی مطالب و اجرای پس‌آزمون	مرور اجمالی از مطالب جلسات اجراشده و بیان توضیحاتی دربارهٔ مزایای انجام تکالیف، درخواست از همهٔ افراد جهت به‌کارگیری تکنیک‌های یادگرفته‌شده در زندگی روزمرهٔ خود، اجرای پس‌آزمون یک‌هفته پس از اتمام جلسات مداخله

فرایند انجام پژوهش حاضر به این صورت بود که دانش‌آموزان، مراجعه‌کننده به هستهٔ مشاورهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان ساوجبلاغ بودند که شامل واحد مشاوره و مرکز مشاورهٔ رازی بالغ بر ده مشاور شاغل بود. با مراجعه به پروندهٔ دانش‌آموزان و دعوت از آن‌ها برای شرکت در پژوهش، اهداف پژوهش برای این افراد تشریح شد. از بین افرادی‌که آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام‌کردند، براساس خط برش مقیاس افکار خودکشی بک (۲۴) افراد واجد شرایط وارد پژوهش شدند. برای شروع کار ابتدا با استفاده از مصاحبهٔ بالینی نیمه‌ساختاریافته تمامی گروه نمونه بررسی شد. در ادامه پرسشنامهٔ افسردگی بک (۲۵) برای پاسخ‌گویی در اختیار سه گروه قرار گرفت تا آن‌ها را تکمیل کنند و به‌عنوان پیش‌آزمون لحاظ شد. سپس گروه آزمایش یک به‌مدت شش جلسه درمان شناختی‌رفتاری و گروه آزمایش دو به‌مدت شش جلسه درمان ذهن‌آگاهی را دریافت کردند. گروه گواه برنامهٔ عادی روزانهٔ خود را داشت و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. یک‌هفته پس از اتمام درمان، پرسشنامهٔ افسردگی بک (۲۵) در اختیار سه گروه مطالعه‌شده قرار گرفت و به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی شامل روش آماری تحلیل آمارهٔ خی‌دو، آزمون کراسکال والیس، روش تحلیل کوواریانس (و پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون‌های آماری کولموگروف‌اسمیرنف، لون، مدل‌سازی رگرسیونی، بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون) و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۲۴ انجام شد. سطح معناداری همهٔ آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۳ مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها را نشان می‌دهد. در جدول ۳ یافته‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان گزارش شده است. بین سه گروه درمان شناختی‌رفتاری، درمان ذهن‌آگاهی و گواه به‌لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۹۲۶). میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی‌رفتاری ۰/۲۵±۱۶/۴۰، گروه درمان ذهن‌آگاهی ۰/۲۳±۱۶/۵۰ و گروه گواه ۰/۲۲±۱۶/۳۵ سال بود. نتیجهٔ مقایسهٔ میانگین گروه‌ها با استفاده از آزمون کراسکال والیس نشان داد، بین گروه‌ها به‌لحاظ سنی تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۹۱۱).

جدول ۳. مقایسهٔ توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش

جنس	درمان شناختی‌رفتاری		درمان ذهن‌آگاهی		گواه		آمارهٔ χ^2	مقدار احتمال
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
پسر	۱۴	۷۰/۰	۱۳	۶۵/۰	۱۴	۷۰/۰	۰/۱۵۴	۰/۹۲۶
دختر	۶	۳۰/۰	۷	۳۵/۰	۶	۳۰/۰		
دامنهٔ سنی	**درمان شناختی‌رفتاری**		**درمان ذهن‌آگاهی**		**گواه**		**آمارهٔ H کراسکال والیس**	**مقدار احتمال**
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۱۵	۶	۳۰/۰	۴	۲۰/۰	۵	۲۵/۰	۰/۱۸۶	۰/۹۱۱
۱۶	۴	۲۰/۰	۶	۳۰/۰	۵	۲۵/۰		
۱۷	۶	۳۰/۰	۶	۳۰/۰	۸	۴۰/۰		
۱۸	۴	۲۰/۰	۴	۲۰/۰	۲	۱۰/۰		
کل	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰		

در ادامه پیش‌فرض‌های روش تحلیل کوواریانس بررسی شد. مقدار احتمال آمارهٔ Z کولموگروف‌اسمیرنف در متغیرهای ارزیابی‌شده در نوبت‌های اجرا و در هر دو گروه پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ به‌دست آمد؛ بنابراین با اطمینان ۹۵درصد توزیع داده‌های متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش حاضر نرمال بود. آمارهٔ لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ ازاین‌رو مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها و مفروضهٔ همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ‌کوواریانس برای متغیرهای بررسی‌شده در هر دو مرحله برقرار بود. مفروضهٔ همگنی شیب رگرسیون نیز ارزیابی شد که نتایج حاکی‌از برقراری مفروضهٔ مذکور بود (p>۰/۰۵).

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیر افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
افسردگی	درمان شناختی	۳۱/۹۰	۳/۶۸	۲۱/۱۵	۵/۱۵	۱۷/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۰
	درمان ذهن‌آگاهی	۳۲/۷۰	۴/۹۲	۲۰/۷۵	۴/۱۷			
	گواه	۳۱/۷۵	۳/۹۱	۳۰/۹۵	۳/۸۳			

براساس جدول ۴، میانگین نمرات متغیرهای افسردگی در گروه‌های آزمایش درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون برای متغیر افسردگی تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین سه گروه وجود داشت (p<۰/۰۰۱). در راستای تعیین اثربخشی هریک از روش‌های درمانی بر متغیر وابسته از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در اثربخشی مداخلات بر متغیرهای افسردگی

مرحله	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین‌ها	مقدار p
پس‌آزمون افسردگی	درمان شناختی‌رفتاری	درمان ذهن‌آگاهی	۰/۷۶۰	۰/۴۸۰
		گواه	ـ۵/۱۰	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	گواه	ـ۵/۸۶	<۰/۰۰۱

باتوجه به نتایج جدول ۵، درمان شناختی‌رفتاری (p<۰/۰۰۱) و درمان ذهن‌آگاهی (p<۰/۰۰۱) برای گروه‌های آزمایش موجب کاهش افسردگی نوجوانان درمقایسه با گروه گواه شد؛ اما در متغیر افسردگی بین دو درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

وجود نداشت (p=۰/۴۸۰).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هر دو درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر درمان افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی اثربخش بودند؛ به‌صورتی‌که درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی موجب کاهش افسردگی در گروه‌های آزمایشی درمقایسه با گروه گواه شدند. نتایج حاصل از اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان با نتایج پژوهش‌های محمدپور و همکاران (۱۱) و آقائی و جمالی (۱۲) همسوست. نتایج حاصل از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در دانش‌آموزان با نتایج حاصل از پژوهش‌های شایگان‌فر (۲۰)، حناساب‌زاده اصفهانی و همکاران (۲۱) و فکمن و همکاران (۲۲) همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری می‌توان گفت، درمان شناختی‌رفتاری ازجمله مداخلات روان‌شناختی است و برپایهٔ این تصور کلی قرار گرفته است که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر، تأثیر بسزایی بر عواطف شخصی دارند. درمان شناختی‌رفتاری بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر در رفتار و احساس تأکید دارد (۳۱). در درمان شناختی‌رفتاری فرض بر آن است که هیجان‌ها و رفتارهای افراد متأثر از ادراک آنان از رویدادها است. موقعیت به‌خودی خود احساس اشخاص را تعیین نمی‌کند؛ بلکه شیوهٔ بازسازی موقعیت در ذهن فرد است که احساس او را مشخص می‌کند. به این ترتیب نوع احساس افراد به نحوهٔ تعبیر و تفکر آن‌ها دربارهٔ موقعیت‌ها ربط دارد. موقعیت به‌خودی خود نمی‌تواند چگونگی احساس افراد را تعیین کند. واکنش‌های هیجانی به‌واسطهٔ ادراک موقعیت اتفاق می‌افتد. شناخت‌درمانگر به‌ویژه به آن سطحی از تفکر که خودانگیخته است، سطحی‌تر است و آشکارا به چشم می‌آید، بیشتر علاقه‌مند است (۳۲)؛ بنابراین کانون شناخت‌درمانی، شناخت عقاید تحریف‌شده و تغییر تفکر ناسازگارانه به‌کمک برخی فنون است که شامل فنون رفتاری و عاطفی نیز می‌شود. در جریان این نوع درمان به افکاری که اشخاص از آن بی‌خبر هستند و نظام‌های اعتقادی یا طرحواره‌های شناختی توجه می‌شود. طرحواره‌های شناختی متشکل از طرز فکر افراد در زمینهٔ نیازها و عقاید و مفروضاتشان دربارهٔ مردم، رویدادها و محیط هستند؛ به‌طور کلی دو نوع طرحوارهٔ شناختی وجود دارد: مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه). طرحواره‌ای که در وضعیتی سازگارانه است، در وضعیت دیگر می‌تواند ناسازگارانه باشد (۳۳). این رویکرد هیجان‌های منفی را پیامد الگوهای فکری ناکارآمد، غیرمنطقی و ناسازگار و نیز الگوهای پردازش اطلاعات سوءگیرانه و مخرب مانند گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد به نشانه‌های تهدید یا توجه بیش‌ازحد به نشانه‌های منفی (همچنان‌که در افراد افسرده دیده می‌شود) در نظر می‌گیرد. در این رویکرد مشکلات زمانی آغاز می‌شود که سوءگیری‌های سیستماتیک در پردازش اطلاعات در سطح خودکار منجربه پاسخ‌های رفتاری شوند و به‌نوبهٔ خود ادراک و باورهای فرد و الگوهای تفکر ناسازگارانه را در چرخه‌ای معیوب تشدید کنند (۶).

در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، برخی از انواع درمان‌ها نظیر درمان شناختی‌رفتاری به بیمار تکنیک‌های عملی را برای چگونگی تجدیدنظر در افکار منفی و به‌کارگیری مهارت‌های رفتاری برای مبارزه با افسردگی یاد می‌دهند. همچنین، روش‌های درمان افسردگی می‌توانند به بیمار کمک کنند به ریشهٔ افسردگی خود برسد و بفهمد که چرا چنین احساسی دارد، چه چیزی باعث افسردگی‌اش شده است و برای سالم‌ماندن چه باید بکند. درمان شناختی‌رفتاری نظریات رفتاری و نظریات شناختی را ادغام می‌کند تا بیمار به این نتیجه برسد که ادراک وی از یک موقعیتی بیشتر از واقعیت، واکنش فرد را به آن تعیین می‌کند. زمانی که فرد ناراحت یا ناامید باشد، ممکن است دیدگاه او واقع‌گرایانه نباشد. تغییر نحوهٔ تفکر و نگاه مراجعان به دنیا می‌تواند پاسخ آن‌ها را به شرایط تغییر دهد.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی باید گفت، ذهن‌آگاهی را می‌توان به توجه و آمادگی ذهنی تعبیر کرد که فرد را قادر به درک و پردازش رویدادهایی می‌کند که در پیرامونش اتفاق می‌افتد تا بتواند تصمیم‌های عاقلانه‌ای بگیرد؛ همچنین بهترین واکنش را دربرابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهد (۱۵). به همین علت، مداخلات ذهن‌آگاهی به‌عنوان مداخلاتی شناخته می‌شوند که ضمن تمرکز بر حلقه‌های حسی، به‌خوبی می‌توانند عواطف و هیجان‌ها را به‌صورت عمیق مدنظر قرار دهند و رابطهٔ بین شناخت ـ عاطفه را تبیین کنند. برخی از این مطالعات نشان داده است، مداخلات ذهن‌آگاهی نه‌تنها موجب بهبود قابلیت‌های هیجانی می‌شوند، بلکه به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم و ازطریق خودنظم‌بخشی هیجانی، بهبود عواطف (مثبت و منفی) افراد را به‌دنبال دارند (۱۹). در تمرین مراقبه، تجربیات ذهنی و اطلاعات حسی به‌صورت فراشناختی بدون ارزیابی یا تفسیر مقایسه می‌شود و ظاهراً پرورش این حالت دارای تأثیرات نظارتی مثبت بر احساسات است (۱۶). به افرادی که توجه‌آگاهی را دریافت می‌کنند، چنین رهنمود داده می‌شود که درمقابل مقاومت یا اجتناب با تجربهٔ ذهن‌آگاهانه و با پذیرش عمل کنند. نظریه‌پردازان بیان می‌کنند که رشد حالت غیرارزیابانهٔ توجه‌آگاهی ممکن است انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد و درنتیجه، فرایندهای شناختی و هیجانی را بهبود بخشد (۱۷). نتایج مطالعات تجربی نیز بیانگر آن است که ذهن‌آگاهی بر کارکردهای مربوط به توجه انتخابی و پایدار تأثیر مثبت به‌جا می‌گذارد (۱۸). از نظر شایگان‌فر، ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربه را بدون قضاوت و نبود تلاش برای سرکوبی تجربه منعکس می‌کند. این امر می‌تواند باعث کاهش رفتار واکنشی افراد در مواقعی که با خودکشی روبه‌رو می‌شوند، شود و به آن‌ها اجازه دهد افکار خودکشی را متوقف کنند. درواقع می‌توان گفت، چون ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی دربارهٔ احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی همان‌طورکه اتفاق می‌افتند کمک می‌کند، می‌تواند در تعدیل نمرات افکار خودکشی دانش‌آموزان با اختلال افسردگی اساسی تأثیر داشته باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۲۰). در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، در رویکرد ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌شود تا به‌جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، بر راه‌های حل آن تمرکز کنند؛ همچنین در جریان مداخلات ذهن‌آگاهی به‌جای اینکه فرد با افکار و تحریف‌های شناختی خود مواجه شود و آن‌ها را به چالش بکشد، از ابتدا ظرفیت پذیرش چنین افکار و احساساتی را پیدا می‌کند؛ بدین‌ترتیب دانش‌آموزان را از افکار خودکشی و افسردگی می‌رهاند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، هم درمان شناختی‌رفتاری که افکار و هیجان‌های بیماران را هدف درمان قرار می‌دهد و هم درمان ذهن‌آگاهی که بر پذیرش لحظه‌به‌لحظهٔ رنج و ناراحتی به‌جای اجتناب از آن‌ها تأکید دارد (اجتنابی که به‌نظر می‌رسد به شکل رفتارهای مخربی چون خودکشی ظاهر می‌شود)، در درمان نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان دارای افکار خودکشی اثربخش هستند. همچنین در پژوهش حاضر بین دو روش درمان شناختی‌رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم آموزش‌وپرورش و دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. همچنین پروتکل‌های تحقیق حاضر در کمیتهٔ اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تأیید رسید. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده شامل رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان از شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن و رازداری بود. دانش‌آموزان به‌صورت شفاهی رضایت خود را اعلام داشتند و برای اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد که در منزل والدینشان به آن پاسخ دهند.

رضایت برای انتشار

داده‌های جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر تنها به‌شکل خام در اختیار محقق است تا مراکز مربوط رسمی (مثل دانشگاه) بتوانند برای صحت‌سنجی در صورت لزوم آن‌ها را بررسی کنند.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Aftab R, Bermas H, Abolmaali Alhoseyni K. Prediction of suicidal thoughts based on the five - factor personality traits with the mediatory of defense mechanisms. Journal of Clinical Psychology. 2019;11(3):11–24. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2019.18792.1737
2. Lenz B, Röther M, Bouna-Pyrrou P, Mühle C, Tektas OY, Kornhuber J. The androgen model of suicide completion. Prog Neurobiol. 2019;172:84–103. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2018.06.003
3. Tondo L, Baldessarini RJ. Suicide in psychiatric disorders: rates, risk factors, and therapeutics. In: Vazquez GH, Zarate CA, Brietzke EM, editors. Ketamine for treatment-resistant depression. Academic Press; 2021. pp: 85–115. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821033-8.00004-6
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
5. Park C, Rosenblat JD, Lee Y, Pan Z, Cao B, Iacobucci M, et al. The neural systems of emotion regulation and abnormalities in major depressive disorder. Behav Brain Res. 2019;367:181–8. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.04.002
6. Yovel I, Mor N, Shakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. Behavior Therapy. 2014;45(4):482–94. https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.02.007
7. Cristea IA, Karyotaki E, Hollon SD, Cuijpers P, Gentili C. Biological markers evaluated in randomized trials of psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2019;101:32–44. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.03.022
8. Akechi T, Mantani A, Kurata K, Hirota S, Shimodera S, Yamada M, et al. Predicting relapse in major depression after successful initial pharmacological treatment. J Affect Disord. 2019;250:108–13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.004
9. Ali ZA, Nuss S, El-Mallakh RS. Antidepressant discontinuation in treatment resistant depression. Contemp Clin Trials Commun. 2019 ;15:100383. https://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100383
10. Hollon SD, Cohen ZD, Singla DR, Andrews PW. Recent developments in the treatment of depression. Behavior Therapy. 2019;50(2):257–69. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.002
11. Mohammadpour S, Ahmadi Sabzevari F, Nazari H. Comparison of the efficacy of pharmacotherapy with mindfulness-based cognitive therapy in the reduction of symptoms severity in major depressive disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2015;13(4):617–24. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

12. Aghaei E, Jamali S. Meta-analysis comparison of the effect of medicinal treatments and psychological interventions on the level of depression symptoms. Counseling Culture and Psycotherapy. 2012;3(10):1–31. [Persian] https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2012.6068
13. Mohammadalizadeh Namini A, Esmaeilzadeh Akhoundi M. Comparing the components of mindfulness and emotional health in people with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals. Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. 2016;3(4):12–26. [Persian] http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-245-en.pdf
14. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD. International encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2nd ed. Oxford: Elsevier; 2015. pp: 549–53. https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14148-0
15. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. Personality and Individual Differences. 2020;152:109568. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568
16. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. Conscious Cogn. 2014;28:64–80. https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005
17. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness approaches to psychological disorders. In: Friedman HS. encyclopedia of mental health. 2nd ed. Oxford: Academic Press; 2016. pp: 148–55. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0
18. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness training for improving attention regulation in university students: Is it effective? And do yoga and homework matter? Front Psychol. 2020;11:719. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719
19. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. Comparing the effectiveness of natived Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and cognitive – behavioral training on dysfunctional attitudes and job affects in employees. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2015;5(1):1–20. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17354_1650e89270be194103e9baf50cb0bb0f.pdf
20. Shayganfar N. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on suicidal thoughts of female students with major depression disorder. Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal. 2020;9(7):25–34. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1929-en.pdf
21. Hanassabzadeh M, Yazdandoost R, Asghatnezhad-Farid AA, Gharaee B. Group Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) protocol on suicidal depressed patients: a qualitative assessment. International Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(1):33–8. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67714_7d43b2e04b216ab460535f394d27d6d6.pdf
22. Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, van Os J, Mainz V, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. Compr Psychiatry. 2014;55(8):1883–90. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.08.043
23. Morgan BL, Voorhis CRWV. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology. 2007;3(2):43–50.
24. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343–52. https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–71. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
26. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189–98. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
27. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol. 1988;44(4):499–505. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4%3C499::aid-jclp2270440404%3E3.0.co;2-6
28. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:268.
29. Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2017.
30. Burdick D. Mindfulness skills for kids & teens: a workbook for clinicians & clients with 154 tools, techniques, activities & worksheets. US: PESI Publishing & Media; 2014.
31. Hagen R, Hjemdal O. Cognitive behavior therapy. In: Ramachandran VS. Encyclopedia of human behavior. 2nd ed. San Diego: Academic Press; 2012. pp: 525–30. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00093-8
32. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2020.
33. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice. New York: Guilford Press; 2011.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]