Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2021/ Ninth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative automatic thoughts, self-criticism and rumination in students experiencing emotional failure

Abstract

Introduction: Emotional failure is one of the most painful problems that can occur to anyone during an emotional relationship. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative automatic thoughts, self-criticism and rumination in students experiencing emotional failure.

Methods: In order to conduct this study, 30 students from all undergraduate students of the Islamic Azad University of Hamadan in 2019 who suffered from emotional failure were selected by Random available method and divided into experimental and control groups. The experimental group received mindfulness-based cognitive therapy for eight sessions (1.5 hours) and the control group remained on the waiting list. To measure the variables, questionnaires of negative automatic thoughts, self-critical levels and rumination response were used.

Results: Data were analyzed using Statistical method of repeated measures analysis of variance. The results showed that participation in mindfulness-based cognitive therapy sessions was significantly effective in reducing negative automatic thoughts, rumination and self-criticism in students experiencing emotional failure.

Conclusion: Mindfulness requires the use of special cognitive, behavioral and metacognitive strategies to focus the attention process, which in turn, lead to prevents negative moods and negative thoughts, tends to worrying responses and the growth of new perspectives and the development of thoughts and Pleasant excitement.

Keywords: Mindfulness based on cognitive therapy, Negative automatic thoughts, Self-criticism, Rumination, Students.

Article Info

Authors:

Mostafa Peyambari[1]
Mohsen Mansoobifar[2]
Nahid Havasi Somar[3*]
Arezoo Tari Moradi[4]
Mohammad Reza Belyad[5]

Affiliations

1. PhD student in 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, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Research location: Islamic Azad University of Hamadan. Email: havassi.n2020@gmail.com
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6 ISSN: 2645-3940

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی

چکیده

مقدمه: شکست عاطفی از رنج‌آورترین مشکلاتی است که در طول یک رابطه عاطفی ممکن است برای هر فردی پیش آید. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی بود.

روش کار: به منظور انجام این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از بین کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۸ که دچار شکست عاطفی بودند، به روش تصادفی در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش، جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به مدت هشت جلسه (۱/۵ ساعت) دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه‌های افکار خودآیند منفی، سطوح خودانتقادی و پاسخ‌دهی نشخواری استفاده شد.

یافته‌ها: داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نشخوار فکری و خودانتقادی در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی به طور معناداری اثربخش بوده است.

نتیجه‌گیری: ذهن‌آگاهی نیازمند بکار بستن راهبردهای شناختی، رفتاری و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است، که به نوبه خود به پیشگیری از خلق و افکار منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدید آمدن افکار و هیجان‌های خوشایند منتهی می‌شود.

کلیدواژگان: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افکار خودآیند منفی، خودانتقادی، نشخوار فکری، دانشجویان

اطلاعات مقاله

مصطفی پیمبری[۱]
محسن منصوبی‌فر[۲]
ناهید هواسی‌سومار[۳*]
آرزو تاری‌مرادی[۴]
محمدرضا بلیاد[۵]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، 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 کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. محل انجام پژوهش: دانشگاه آزاد اسلامی همدان. havassi.n2020@gmail.com

٤. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

مقدمه

در هر دوره از چرخه زندگی، فرد درگیر روابط ویژه‌ای با دیگران است که این روابط می‌تواند سلامت فردی و اجتماعی او را ارتقا بخشد یا باعث به وجود آمدن آسیب در فرد شود (۱). ورود به دانشگاه برای جوانان همراه با تجارب جدید از جمله ارتباط با جنس مخالف است. تغییر موقعیت و دوری از خانواده موجب اولویت یافتن نیازهای عاطفی شده و بر احتمال درگیرشدن در روابط عاطفی می‌افزاید (۲). روابط عاطفی و شکست‌های عاطفی، نقش مهمی در بهداشت روانی افراد به ویژه جوانان ایفا می‌کنند (۳). شکست عاطفی از رنج‌آورترین مشکلاتی است که در طول یک رابطه عاطفی ممکن است برای هر فردی پیش آید. در شکست عاطفی، فرد حالتی شبیه سوگ یا از دست دادن را تجربه می‌کند و گاهی در افرادی که دچار شکست عاطفی شده‌اند، حالتی نظیر گوشه‌گیری، زودرنجی، غمگینی، کم‌حرفی، پرخاشگری، اضطراب، سوء مصرف مواد و الکل و غیره مشاهده می‌شود (۴).شکست عاطفی یکی از پیشبینی‌های علائم افسردگی در جوانان محسوب می‌گردد (۵). یکی از متغیرهای مهم در افسردگی، نشخوار فکری است. نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع تعریف می‌شود (۶). به عبارت دیگر، تمایل به فکرکردن دائم به تجربه‌ها و افکار غمگین، یا جویدن مکرر افکار که در افراد دچار شکست عاطفی بسیار دیده می‌شود (۷). یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، خودانتقادی[1] است. خودانتقادی به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد که در آن، هویت فرد مختل می‌شود و به عبارتی خود را به صورت منفی ارزیابی می‌کند (۸). اگرچه انتقاد از خود یا عمل اشاره به نقایص ادراک شده فرد می‌تواند راهی سالم برای افزایش خودآگاهی و دستیابی به رشد شخصی باشد، اما در حالت افراطی می‌تواند یک مانع برای عزت نفس و سلامت روان فرد تلقی شود (۹). خودانتقادگری اغلب با اختلال افسردگی اساسی همراه است. این گروه از افراد، همواره احساس بی‌ارزشی، حقارت، شکست و گناه را تجربه می‌کنند و درگیر ارزیابی منفی از خود به طور مداوم هستند و همچنین از عدم پذیرش، انتقاد و از دست‌دادن تایید دیگران هراسان هستند (۱۰).

از سوی دیگر، وجود افکار آزاردهنده‌ای مثل توهم شنیدن صدای فرد مورد نظر در خواب و بیداری، افکار معطوف به شکست، طردشدن و حس تنهایی در جوانان دارای تجربه شکست عاطفی، سبب تجربه افکار منفی به صورت غیرقابل بازداری می‌گردد که این افکار با نام افکار خودآیند منفی[2] شناخته می‌شود. افکار خودآیند منفی، افکاری ناخودآگاه، غیرمنطقی و آزار دهنده‌ای هستند که در پاسخ به حوادث روزمره رخ می‌دهند و سبب اختلالات اضطرابی می‌گردند (۱۱).

در جوانان دارای تجربه شکست عاطفی، بروز افکار خودآیند می‌تواند در حوزه فردی، بین فردی، شخصی و یا اجتماعی باشد و چون این افراد نمی‌توانند تجارب عاشقانه گذشته خود را فراموش کنند، به طور مکرر آن‌ها را بیان می‌کنند و همین امر سبب می‌شود تا دچار ناامیدی، اضطراب، افسردگی و حس نفرت شوند (۱۲).

تاکنون روانشناسان برای حل مسائل روانشناختی انسان‌ها، از روش‌های درمانی مختلفی استفاده کرده‌اند. یکی از درمان‌های موثر برای مشکلات هیجانی و عاطفی افراد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. در این نوع روش درمانی، از درمان‌های شناختی-رفتاری سنتی به همراه راهبردهای جدیدی همچون ذهن‌آگاهی برای کمک به افراد استفاده می‌شود (۱۳). ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شوند شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیابند. از این روش درمانی به طور معمول برای مقابله با اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب، ترس‌های مربوط به سلامتی استفاده می‌شود (۱۴).

افرادی که مهارت‌های مقابله‌ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت می‌کنند، این توانایی را دارند که افکار مضطرب و نگرانکننده خود را کنترل کنند. همچنین، این روش درمانی با ارائه تمرینهایی، توانایی سازگاری فرد با شرایط را بهبود بخشیده و از این طریق، افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد (۱۵). این روش درمانی از تمایل فرد به اجتناب از افکار و احساسات دردناک جلوگیری می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد تا آنها را حتی اگر ناخوشایند هستند، متحول کنند. همچنین در این روش درمانی، افراد با استفاده از مهارت‌های مدیریت ذهن و آگاهی‌های فراشناختی، تفکرات منفی را به راحتی می‌پذیرند و به دنبال واکنش‌های مفیدتری برای آن‌ها می‌گردند. به عبارتی، این بینش می‌تواند به افراد کمک کند تا با یادگیری افکار مثبت به جای افکار منفی، آن‌ها را خنثی کنند (۱۶) و با ارائه تمرین‌هایی، توانایی سازگاری فرد با شرایط را بهبود بخشیده و از این طریق، افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری را کاهش دهد (۱۵). پژوهش‌ها نیز نشان دهنده‌ی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای یاد شده هستند. جاجرمی و همکاران (۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که اجرای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش افسردگی

1. self-criticism
2.negative automatic thoughts

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

و نشخوار فکری در بیماران دیابتی شد. ترخان (۱۸) نیز دریافت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را می‌توان مداخله‌ای مؤثر در کاهش افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان پرخاشگر به حساب آورد. همچنین مقتدر (۱۹) در پژوهش خود نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و ابعاد افکار خودآیند منفی از جمله باور به افکار ناکارآمد و فراوانی افکار ناکارآمد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. موسی و همکاران (۲۰) نشان دادند که این درمان به تنهایی می‌تواند برای درمان علائم اصلی افسردگی کاربرد داشته باشد اگرچه هنگامی که با سایر مداخله‌ها مثل درمان شناختی-رفتاری، آموزش روانی، و استفاده از داروهای ضد افسردگی ترکیب شود، تاثیرگذاری بیشتری دارد. فراستادوتیر و دورجی (۲۱) نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری در افراد دارای استرس، اضطراب و افسردگی تاثیر قابل توجه‌ی داشته است. کلادر-میکوس و همکاران (۲۲) نیز دریافتند که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب کاهش بیشتر نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی شده است. با توجه به میزان بالای شیوع شکست عاطفی در جمعیت دانشجویان و وجود خلاء پژوهشی در این زمینه، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی موثر است؟

روش‌کار

روش مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند. به منظور اجرای پژوهش، پس از اخذ کد اخلاق و مجوزهای لازم از سوی دانشگاه، نمونه‌گیری برای شرکت در گروه‌ها آغاز شد. بر اساس منابع پژوهشی، تعداد نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد (۲۳).

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش

معیارهای ورود به پژوهش

- تکمیل و امضای رضایتنامه آگاهانه توسط آزمودنی‌دانشجوی مقطع کارشناسیسن بین ۲۸-۱۸ سالبیشتر از ۸ ماه در رابطه باشد و رابطه عاطفی قطع شده باشد.
- حداقل سه ماه از قطع رابطه عاطفی گذشته باشد.
- از ابتدا تا انتهای پژوهش، وابستگان خود را از دست نداده باشد.
- اختلال روانی و بیماری جسمی نداشته باشد.
- تحت هیچگونه درمان روانشناختی، آموزشی، پزشکی و یا دارویی دیگری نباشد.
- وارد رابطه عاطفی دیگری نشده باشد.

معیارهای خروج از پژوهش

- در ابتدا، اواسط و یا انتهای پژوهش، وابستگان نزدیک خود را از دست دهد.
- دچار اختلال روانی و یا بیماری جسمی شود و یا از قبل به اختلال روانی یا بیماری جسمی مبتلا باشد.
- تحت درمان روانشناختی، آموزشی، پزشکی و دارویی دیگری قرار داشته باشد.
- شرکت‌کننده‌ای که از رابطه عاطفی خارج شده و دوباره وارد رابطه عاطفی دیگری شده باشد.
- به صورت حضوری، از طریق فضای مجازی، پیامکی و یا تماس تلفنی با معشوق قبلی خود ارتباط برقرار کند.
- شرکت نامنظم در جلسات مداخله و پیگیری
- غیبت بیش از دو جلسه‌آزادی
- شرکت‌کنندگان برای خروج از پژوهش در هر زمان از اجرای آن

دانشجویان واجد شرایط به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در جلسات مداخله مربوط به خود شرکت کردند. در این زمان، گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در انتهای جلسات مداخله، افراد هر دو گروه مجددا به پرسشنامه‌های افکار خودآیند منفی و نشخوار فکری به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. پس از گذشت سه ماه از تاریخ اخذ پس‌آزمون، دوره پیگیری نیز انجام شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه افکار خودآیند[1]: پرسشنامه افکار خودآیند هولون و کندال (۲۴) شامل ۳۰ گویه است که خرده مقیاسه‌ای "میزان اعتقاد به افکار خودآیند منفی" در یک طیف لیکرت از «اصلا= ۱»، «تا حدی= ۲»، «نسبتا زیاد= ۳»، «بسیار زیاد= ۴»، و «صد در صد= ۵» و "فراوانی افکار خودآیند منفی" را در یک طیف لیکرت از «اصلا= ۱»، «گاهی= ۲»، «بسیاری از مواقع= ۳»، «اغلب اوقات= ۴»، و «همیشه= ۵» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هولون و کندال (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. کاویانی و همکاران (۲۵) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۸۸ درصد گزارش کرده‌اند. در این

1. Automatic Thoughts Questionnaire

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

جدول شماره ۱- جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	مداخله
جلسه اول (هدایت خودکار)	تمرین خوردن ذهن آگاه کشمش (نوعی مراقبه جهت جلب توجه شرکت‌کنندگان به ویژگی‌های حسی کشمش). تمرین وارسی بدن (جلب توجه شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق تنفس به قسمت‌های مختلف بدن). تکلیف خانگی: انجام ذهن‌آگاهانه یک فعالیت روزمره به مدت ۶ روز و انجام وارسی بدنی.
جلسه دوم (رویارویی با موانع)	بررسی تکلیف جلسه قبل و از بین بردن موانع اجرای صحیح آن‌ها. تمرین افکار و احساسات (از طریق تجسم موقعیت‌های مبهم، تمرکز بیشتر بر بدن، نجواهای ذهنی و آگاهی از ذهن سرگردان که منجر به کنترل بیشتر واکنش فرد نسبت به وقایع روزانه می‌گردد). تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند.
جلسه سوم (تنفس)	تمرین مراقبه نشسته: تمرکز توجه شرکت‌کنندگان به الگوهای تنفس، مشاهده کنجکاوانه سرگردان شدن ذهن، سپس بازگردان توجه به تنفس به آرامی و بدون درگیرشدن با افکار. راه رفتن ذهن‌آگاهانه: ارائه تمرین‌های حرکتی جهت متمرکز ساختن توجه شرکت‌کنندگان به وضعیت حرکت و قرارگرفتن بدن. تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند و تمرین فضای تنفس.
جلسه چهارم (ماندن در زمان حال)	مراقبه دیدن و شنیدن: تمرکز توجه شرکت‌کنندگان به صداها یا مناظر بینایی اطراف و باز گرداندن آرام ذهن به این حس‌ها در صورت سرگردان‌شدن. مراقبه نشسته: با تاکید بر ادراک و احساس بدن. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس در زمان‌هایی که شرکت‌کنندگان احساس استرس نمودند.
جلسه پنجم (مجوز حضور)	مراقبه نشسته: با تاکید بر آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار. آگاهی از افکار و احساسات، شناسایی واکنش‌های شرکت‌کنندگان نسبت به وقایع خوشایند و ناخوشایند و پذیرفتن آنها بدون قضاوت. تکلیف خانگی: تمرین مراقبه نشسته هدایت شده و ثبت آن.
جلسه ششم (افکار حقایق نیستند)	مراقبه نشسته تجسم: تجسم افکار و مشغله‌های ذهنی به عنوان پرده سینما و توجه به موقتی بودن آن‌ها. تمرین تغییر خلق و افکار: از طریق تلقی افکار به عنوان فکر نه واقعیت. تکلیف خانگی: تمرین تنفس سه دقیقه‌ای در زمان تجربه هیجانات ناخوشایند.
جلسه هفتم (مراقبت از خود)	مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، حس‌های بدنی، صداها و افکار. هوشیار بودن نسبت به نشانه‌های بیماری: تنظیم برنامه برای مواجه‌شدن احتمالی با نشانه‌های بیماری. آگاهی از ارتباط بین خلق با فعالیت‌های روزمره: تهیه لیستی از فعالیت‌های افزایش دهنده خلق و انرژی.
جلسه هشتم (فراتر رفتن از ترس)	تمرین وارسی بدنی: توضیح این که تجارب و پاسخ به تمرین‌ها با یادگیری‌های جدید ممکن است تغییر کند. بازنگری کل برنامه: مرور آنچه در جلسات یاد گرفته شده. برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از تکنیک‌های حضور در زمان حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

پژوهش، پایایی دو خرده مقیاس این ابزار به وسیله روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای فراوانی افکار خودآیند منفی و ۰/۹۵ برای میزان اعتقاد به افکار خودآیند منفی به دست آمده است. کاویانی و همکاران (۲۵) روایی همگرا و محتوایی این مقیاس را تایید کرده‌اند.

۲- پرسشنامه سطوح خودانتقادی: این پرسشنامه توسط تامپسون و زوروف (۲۶) ساخته شده است که شامل ۲۲ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف‌کننده من است (۶) تا اصلا توصیف‌کننده من نیست (۰) نمره‌گذاری می‌گردد. این پرسشنامه در دو سطح، خودانتقادی را در فرد می‌سنجد: اول خودانتقادی درونی‌شده و دوم خودانتقادی مقایسه‌ای. خودانتقادی مقایسه‌ای به عنوان دیدگاه منفی نسبت به خود در برابر دیگران تعریف می‌شود. خودانتقادی مقایسه‌ای بر روی مقایسه نامناسب خود با دیگران که خصمانه یا انتقادی می‌باشد، تمرکز می‌کند. تامپسون و زوروف (۲۶) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. یاماگوجی و کیم (۲۷) در مطالعه خود، همسانی درونی مناسبی را برای این مقیاس گزارش کردند (آلفای کرونباخ=۰/۹۰). در پژوهش نوربالا (۲۸) ضریب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی در کل نمونه ۰/۹۰ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه پاسخ‌دهی نشخواری[1]**:** این مقیاس توسط نولن هوکسما و مورو (۲۹) ساخته شده است و برای ارزیابی نشخوار فکری ۲۲ ماده دارد که این ماده‌ها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریبا هرگز) تا ۴ (تقریبا همیشه) نمره‌گذاری می‌گردد. در این پرسشنامه، دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد. نمره کل نشخوار فکری از جمع تمامی ماده‌ها محاسبه می‌گردد. پاپاجورجیو و ولز (۳۰) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و همبستگی درون طبقه‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش نموده‌اند. منصوری و همکاران (۳۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و حسنوندی و همکاران (۳۲) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای آن گزارش نمودند. گزارش‌ها حاکی از پایایی و اعتبار خرده‌مقیاس‌ها است. فرخی و همکاران (۳۳) در پژوهشی، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۸ گزارش نمودند. همچنین باقری‌نژاد و همکاران (۳۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس برابر ۰/۸۸ به عنوان شاخصی از همسانی درونی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری گزارش نمودند.

در رساله حاضر، پایایی، اعتبار و روایی متغیرهای پرسشنامه‌های مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط محقق محاسبه شد و نتایج آن به این شرح گزارش می‌گردد: افکارخودآیند منفی:۰/۹۱، خودانتقادی کلی: ۰/۹۶، خودانتقادی درونی‌شده: ۰/۹۱، خودانتقادی مقایسه‌ای: ۰/۹۳، نشخوار فکری کلی: ۰/۹۲، بازتاب: ۰/۷۱، در فکر فرورفتن: ۰/۸۳، افسردگی: ۰/۸۷.

پس از همتاسازی دو گروه آزمایش و گواه، گروه آزمایش طی هشت جلسه، تحت آموزش با استفاده از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل سگال، ویلیامز، تیزدل (۳۵) قرار گرفت که در اینجا عنوان و توضیحات هر جلسه ذکر می‌شود.

در این پژوهش تمام اطلاعاتی که از شرکت‌کنندگان در پژوهش گرفته شد و نیز نام ایشان محرمانه باقی ماند و نتایج پژوهش به صورت جواب کلی گروه مطالعه منتشر گردید و نتایج فردی بدون ذکر نام عرضه شد و محرمانه باقیماندن اطلاعات به سمع و نظر شرکت‌کنندگان رسید. در بدو ورود به پژوهش، فرم رضایتنامه آگاهانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امضای ایشان گرفته شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش همگی به سن قانونی رسیده بودند. در هر مرحله از اجرای پژوهش، شرکت‌کنندگانی که تمایل به عدم همکاری داشتند، آزادانه از گروه خارج شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۱۸ تا ۲۸ سال حضور داشتند که ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان از دانشجویان زن و ۶۰ درصد از دانشجویان مرد بودند.

از ملاحظه ارقام جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که بین میانگین‌های متغیرهای وابسته افکارخودآیند منفی، خودانتقادی (خودانتقادی درونی‌شده، خودانتقادی مقایسه‌ای) و نشخوار فکری (بازتاب، در فکر فرو رفتن، افسردگی) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروه گواه تفاوت وجود دارد.

همچنین نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که تمامی متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها نیز برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود و نشان دهنده این است که برابری واریانس‌ها برقرار بوده و اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره امکانپذیر است.

چنان که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، عامل زمان معنادار است. به این معنی که تفاوت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری معنادار است. همچنین، عامل گروه نیز معنادار است. به این معنی که تفاوت در شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و

1. Ruminative Response Scale (RRS)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای افکار خودآیند منفی، نشخوار فکری و خودانتقادی در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر		گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		گروه کنترل	
		M	SD	M	SD
افکار خودآیند منفی	پیش‌آزمون	۶۸/۹۳	۲/۹۱	۷۰/۸۷	۲/۶۷
	پس‌آزمون	۶۱/۸۷	۲/۴۴	۶۹/۸۷	۲/۶۷
	پیگیری	۵۹/۸۶	۲/۴۴	۶۷/۸۷	۲/۶۷
خودانتقادی درونی‌شده	پیش‌آزمون	۳۰/۵۳	۱/۶۰	۳۰	۱/۶۹
	پس‌آزمون	۲۳/۵۳	۲/۰۳	۲۷/۹۳	۱/۶۷
	پیگیری	۲۳/۵۳	۲/۰۳	۲۷/۹۳	۱/۶۷
خودانتقادی مقایسه‌ای	پیش‌آزمون	۳۶/۶۰	۱/۴۵	۳۶/۱۳	۱/۳۵
	پس‌آزمون	۳۱/۶۰	۱/۳۳	۳۶/۱۳	۱/۳۵
	پیگیری	۲۸/۸۰	۱/۳۲	۳۵/۱۳	۱/۳۳
بازتاب	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۱/۷۱	۱۴/۶۰	۱/۶۴
	پس‌آزمون	۸/۶۰	۱/۳۵	۱۳/۲۷	۲/۰۲
	پیگیری	۶/۹۳	۰/۹۶	۱۲/۲۷	۲/۰۱
در فکر فرو رفتن	پیش‌آزمون	۱۳/۸۷	۱/۳۵	۱۴/۲۷	۱/۵۸
	پس‌آزمون	۱۰/۴۰	۰/۹۱	۱۳/۲۷	۱/۵۸
	پیگیری	۸/۴۰	۰/۹۱	۱۲/۲۷	۱/۵۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۶/۵۳	۲/۰۹	۲۷/۲۰	۱/۸۶
	پس‌آزمون	۱۸/۲۰	۱/۹۶	۲۶/۲۰	۱/۹۶
	پیگیری	۱۸/۰۷	۲/۶۰	۲۵/۱۳	۱/۸۵

کنترل در متغیرهای افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری معنادار است. در نهایت تعامل زمان با عضویت گروهی نیز معنادار است. به این معنی که متغیرهای افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری بر حسب عضویت گروهی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

جدول شماره ۳- نتایج آزمون‌های چندمتغیری در تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای افکار خودآیند منفی، خودانتقادی (خودانتقادی درونی‌شده، خودانتقادی مقایسه‌ای) و نشخوار فکری (بازتاب، در فکر فرو رفتن، افسردگی)

اثر	شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری
زمان (پیش‌آزمون، پس-آزمون، پیگیری)	اثر پیلای	۰/۹۹۳	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۱۳۷/۶۵۲	۳۵۵/۶۰۲	۱۲	۰/۰۰۰
گروه (MBCT، کنترل)	اثر پیلای	۱/۷۱۴	۳۷/۸۸۰	۱۲	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۷	۶۵/۶۴۰	۱۲	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۳۶/۸۴۵	۱۱۰/۵۳۶	۱۲	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۳۳/۹۶۸	۲۱۵/۱۳۰	۶	۰/۰۰۰
تعامل زمان×گروه	اثر پیلای	۱/۸۹۴	۴۷/۷۷۷	۲۴	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکس	۰/۰۰۱	۶۶/۲۹۲	۲۴	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۷۳/۱۵۵	۹۱/۴۴۳	۲۴	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه روی	۶۳/۰۵۸	۱۶۸/۱۵۵	۱۲	۰/۰۰۰

(شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دارای تجربه شکست عاطفی در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، خودانتقادی و نشخوار فکری در دانشجویان دچار شکست عاطفی موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جاجرمی و همکاران (۱۷)، ترخان (۱۸)، مقتدر (۱۹)، موسا و همکاران (۲۰)، فراستادوتیر و دورجی (۲۱) و کلادر-میکوس و همکاران (۲۲) همسو بود که همگی بر اثربخشی این درمان بر بهبود نشخوار فکری، خودانتقادی و افکار خودآیند منفی در گروه‌های مختلف بیماران اشاره داشته‌اند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین بیان داشت که ذهن‌آگاهی نیازمند بکار بستن راهبردهای شناختی، رفتاری و فراشناختی ویژه برای متمرکزکردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به پیشگیری از خلق منفی و افکار منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منتهی می‌شود. در ذهن‌آگاهی آنچه مهم است، حضور و آگاهی در زمان حال است. در این رویکرد، فرد لحظه به لحظه از شیوه ذهنی خود، آگاه می‌شود و مهارت‌هایی برای شناسایی شیوه‌های ذهنی مفید می‌آموزد. به بیانی دیگر، هدف عمده ذهن‌آگاهی، ایجاد بینش از هر آنچه در لحظات متوالی اتفاق می‌افتد، است (۳۵). دانشجویان با ذهن‌آگاهی بالا به علت اشراف داشتن بر زمان و نترسیدن از تغییرات می‌توانند محیطی دائما پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی مدت می‌شود که این تعارضات، خود، ایجادکننده‌ی زنجیره‌ای از مشکلات بعدی خواهند بود. افراد با ذهن‌آگاهی بالا نه تنها به خود و موقعیت درونی و بیرونی‌شان، آگاه هستند، بلکه به تغییرات ایجاد شده در ظاهر و رفتارهای اطرافیان خود نیز آگاهی بالایی دارند. آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکزشدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌های ناخوشایند می‌شود. در حقیقت، افراد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود در می‌یابند که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک مانند شکست عاطفی انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد (۳۶).

همچنین در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت بر خودانتقادی می‌توان گفت که افراد در نتیجه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و بنابراین به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نیستند، پذیرفته و نهایتا درونی می‌کنند (۳۷). در برنامه آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آموزش مهارت‌هایی چون روش‌های صحیح برقراری ارتباط، این امکان را برای فرد فراهم می‌آورد تا توانایی‌های لازم را برای عملکردن طبق معیارهای خود و دستیابی به پیامدهای مطلوب در یک موقعیت ویژه در خود پرورش دهد. افزون بر این، این مداخله، دانش فرد را افزایش می‌دهد و باورهای مثبت او را قوت می‌بخشد. همه‌ی این‌ها باعث می‌شود که عواملی که بر سلامت روانی فرد اثر نامطلوب می‌گذارند، به وجود نیاید، زیرا به نظر می‌رسد بیشتر اختلالات روانی ناشی از ناتوانی در عملکردن طبق معیارهای خود و به دنبال آن، ناکامی در دستیابی به پیامدهای مورد انتظار و همچنین نداشتن دانش کافی و باورهای اشتباه در مورد خود و جهان اطراف است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و به نحوی به خودشناسی برسند و برای اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند. خودانتقادی بیشتر یک فرآیند شناختی است که در قالب نشخوارهای فکری به عنوان یک دفاع قابل تبیین است (۳۸).

به زعم پژوهشگر، در تحقیق حاضر، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش خودانتقادگری بر اساس اصولی چون ماندن در زمان حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت، پذیرش، بالابردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه قابل توجیه است. آموزش مشاهده‌ی افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در تعارضات بین فردی در شکست عاطفی می‌شود. همچنین تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به پذیرش شرایط موجود و ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روان‌شناختی موجود بر سر راه سازگاری با شرایط می‌گردد (۳۹). همچنین ادبیات پژوهشی و پژوهش‌های مروری نیز قویا نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمانی موثر برای افسردگی و نشخوار فکری است. چندین مداخله کار آزمایی بالینی نشان داده‌اند که شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان کم هزینه است که به طور قابل توجه‌ای کاهش خطر ابتلا به افسردگی را در افرادی که سه یا بیش از سه دوره افسردگی اساسی را در طول عمر خود تجربه کرده‌اند، به همراه داشته است (۴۰ و ۴۱).

در واقع به نظر می‌رسد که ذهن‌آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه، مؤثر واقع می‌شود. طبق نظریه فعال‌سازی افتراقی، فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خودانتقادی و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد. آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادتی واقع در موتور مرکزی را از حالت تصلب خارج و با جهت‌دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا حس لحظه‌ی حال، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، بکارگیری مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی و نشخوار فکری جلوگیری کرده و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. همچنین از دیدگاه حضور ذهن، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرح‌واره می‌شود (۳۵).

تشکر و قدردانی

دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم می‌دانند تا از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاق زیست‌پزشکی دانشگاهی معاونت علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج واقع شده است و به شماره IR.IAU.K.REC.1399.078 قابل پیگیری می‌باشد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

منابع

1. Berk L. Development through the lifespan. Pearson Education India; 2009.
2. McCarthy G, Maughan B. Negative childhood experiences and adult love relationships: The role of internal working models of attachment. Attachment & Human Development. 2010 Sep 1;12(5):445-61.
3. Qazi Nejad N, Bahonar F, Asayesh M. Cognitive reactions of girls with love failure syndrome. Journal of Psychological Development, 2020, No. 46: 106-97. [Persian]
4. Sadeghi M. Emotional failure and its psychosocial dimensions. Ministry of Science, Research and Technology Publications, Tehran. 2017. [Persian]
5. Ratto N. *The role of attachment style with mother and father in adolescents' ways of coping with a romantic break up* (Doctoral dissertation, Concordia University).
6. Teymouri S, Ramezani F, Mahjoub N. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing rumination and depression in women leaving methadone. Journal of Addiction Research. 2015: 9 (34): 159-145. [Persian]
7. Ganji M, Ganji H. Pathology based on DSM-5. Tehran: Savalan. 2020. [Persian]
8. Rose AV, Rimes KA. Self-criticism self-report measures: Systematic review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2018 Dec;91(4):450-89.
9. Werner AM, Tibubos AN, Rohrmann S, Reiss N. The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review–Update. Journal of Affective Disorders. 2019 Mar 1;246:530-47.
10. Kopala-Sibley DC, Klein DN, Perlman G, Kotov R. Self-criticism and dependency in female adolescents: Prediction of first onsets and disentangling the relationships between personality, stressful life events, and internalizing psychopathology. Journal of abnormal psychology. 2017 Nov;126(8):1029.
11. Ertekin H, Beyazit F, Sahin B. Evaluation of psychiatric symptoms and automatic negative thoughts among menopausal women. Medicine Science. 2018;7:507-10.
12. Quigley L, Dozois DJ, Bagby RM, Lobo DS, Ravindran L, Quilty LC. Cognitive change in cognitive-behavioural therapy v. pharmacotherapy for adult depression: A longitudinal mediation analysis. Psychological medicine. 2019 Nov 1;49(15):2626-34.
13. Chiesa A, Castagner V, Andrisano C, Serretti A, Mandelli L, Porcelli S, Giommi F. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. Psychiatry research. 2015 Apr 30;226(2-3):474-83.
14. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. Behaviour research and therapy. 2017 Aug 1;95:29-41.
15. Solati K. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on resilience among the wives of patients with schizophrenia. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2017 Apr;11(4):VC01.
16. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, Strauss C, Sweeney T, Crane C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in real-world healthcare services. Mindfulness. 2020 Feb;11(2):279-90.
17. jajarmi M, Razavizadeh Tabadkan B, Vakili Y. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Depression and the

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

matic thoughts questionnaire. Cognitive therapy and research. 1980 Dec 1;4(4):383-95.
25. Kaviani H, Javaheri F, Bahiraei, H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing negative spontaneous thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety. Journal of Cognitive Science News, 7 (1): 59-49. 2005. [Persian]
26. Thompson R, Zuroff DC. The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. Personality and individual differences. 2004 Jan 1;36(2):419-30.
27. Yamaguchi A, Kim MS. Effects of self-criticism and its relationship with depression across cultures. International Journal of Psychological Studies. 2013 Mar 1;5(1):1.
28. Noorbala F. The effectiveness of compassionate mind training on anxiety and self-criticism in depressed patients. Master Thesis in Clinical Psychology, Allameh Tabatabai University. 2012. [Persian]
29. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. Journal of personality and social psychology. 1991 Jul;61(1):115.
30. Papageorgiou C, Wells A, editors. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. John Wiley & Sons; 2011 Feb 6.
31. Mansoori A, Bakhshipoor A, Mahmoodaliloo M, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression Disorder and normal individual. *Journal of Psychological Studies*, 2011; 7(4): 55-74. [Persian]
32. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2013; 15(57): 71-81. [Persian]
Style of Ruminative Response in Women with Type 2 Diabetes Abstract. *Women and Family Studies*, 2019; 12(43): 85-104. [Persian]
18. Tarkhan M. The Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Negative Automatic Thoughts, Aggression and Dysfunctional Attitudes of Aggressive Students. *Journal of Psychological Studies*, 2018; 14(2): 161-176. [Persian]
19. Moghtader L. THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN REDUCING RUMINATION, DYSFUNCTIONAL ATTITUDE AND NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDERS. Stud Med Sci. 2016; 27 (9) :825-835. [Persian]
20. Musa ZA, Lam SK, Mamat FB, Yan SK, Olalekan OT, Geok SK. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020 Jan 1;12:100200.
21. 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. Frontiers in psychology. 2019 May 17;10:1099.
22. Cladder-Micus MB, Becker ES, Spijker J, Speckens AE, Vrijsen JN. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on a behavioural measure of rumination in patients with chronic, treatment-resistant depression. Cognitive Therapy and Research. 2019 Aug;43(4):666-78.
23. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Editing Publishing. 2018. [Persian]
24. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an auto-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]

33. Farrokhi H., Seyedzadeh E, Mostafa Pour and. Investigating the factor structure, validity and reliability of the Persian form of the Ruminant Positive and Negative Beliefs Scale and the Ruminant Response Scale. Journal of New Developments in Behavioral Sciences, 2017: 2 (14): 37-21. [Persian]
34. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi S. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2010; 011(1). [Persian]
35. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publications; 2018 Jun 4.
36. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout and Self-criticism of Infertile Women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2020 Sep 10;23(4):488-97.
37. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Marital Self-Regulation, Marital Burnout and Self-Criticism of Infertile Women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2020 Sep 10;23(4):0-.
38. Stahl B, Meleo-Meyer F, Koerbel L. A mindfulness-based stress reduction workbook for anxiety. New Harbinger Publications; 2014 Dec 1.
39. Crain W. Theories of development: Concepts and applications: Concepts and applications. Psychology Press; 2015 Oct 2.
40. Creswell JD. Mindfulness interventions. Annual review of psychology. 2017 Jan 3;68:491-516.
41. Dhillon A, Sparkes E, Duarte RV. Mindfulness-based interventions during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Mindfulness. 2017 Dec 1;8(6):1421-37.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.6]