دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست- پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۴، صفحه ۷۸۵– ۷۷۳ (مهر و آبان ۱۳۹۴)
ISMJ 2015; 18(4): 773-785

مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار

فرهاد خرمائی [۱*]، شکیبا کلانتری [۱]، اعظم فرمانی [۲]

[۱] گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

[۲] گروه روانشناسی،دانشگاه پیام نور تهران

(دریافت مقاله: ۹۳/۴/۱۱- پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۳)

چکیده

زمینه: ذهن آگاهی مفهومی جدید است که در سال‌های اخیر در درمان بسیاری از اختلالات روانشناختی مورد توجه روانپزشکان و روانشناسان قرار گرفته است. استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مستلزم بهره‌گیری از اطلاعات دیگری در خصوص چگونگی عملکرد مؤلفه‌های ذهن آگاهی در هر یک از اختلالات روانشناختی است. هدف این پژوهش مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در سه گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار بوده است.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بود که به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، تعداد ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یک گروه ۳۰ نفری از افراد بهنجار که فاقد اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بودند نیز از بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انتخاب شد. افراد هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماری‌های جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های روانی همتاسازی شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر و پرسشنامه پنج مؤلفه ذهن‌آگاهی بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سه گروه در مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، در مؤلفه‌های مشاهده، توصیف و عمل توأم با آگاهی میان افراد مضطرب و بهنجار و همچنین افراد افسرده و بهنجار تفاوت معناداری (P<۰/۰۰۰۱) وجود داشت. در مؤلفه‌ی عدم قضاوت ذهن آگاهی، میان افراد افسرده و مضطرب و افراد بهنجار و مضطرب تفاوت‌ها معنادار (P<۰/۰۰۰۱) بود. همچنین در مؤلفه‌ی عدم واکنش تفاوت میان گروه‌های مضطرب- افسرده (P<۰/۰۰۱)، مضطرب- بهنجار (P<۰/۰۰۰۱) و افسرده- بهنجار (P<۰/۰۵) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که بیماران مضطرب و افسرده نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌های ذهن آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند و بنابراین درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با تأکید بر این مؤلفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و همچنین بهبود علایم این گونه بیماران شود.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، افسردگی اساسی، اضطراب منتشر، مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی، عدم قضاوت، عدم واکنش

* شیراز، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Email: khormaei@shirazu.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

افسردگی[1] بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد و علایم آن عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف انگیزشی، هیجانی، شناختی، رفتاری و زیستی را مختل می‌کند (۱).

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)[2]، اختلال افسردگی اساسی [3] با تغییرات آشکاری در عاطفه[4]، شناخت[5] و کارکردهای عصبی- زیستی[6] که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند، مشخص می‌شود (۲). این اختلال در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را دارد. اختلال اضطراب منتشر[7] نیز اختلال شایع دیگری می‌باشد که شیوع یک ساله آن ۳ تا ۸ درصد تخمین زده شده و شیوع این اختلال در طول عمر ۸ درصد گزارش شده است. همچنین اختلال اضطراب منتشر احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که همزمان با دیگر اختلالات یافت می‌شود (۳).

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)، نگرانی و اضطراب مفرط در مورد دامنه‌ای از رویدادها و فعالیت‌ها در اکثر ایام و طی یک دوره حداقل شش ماهه از ویژگی‌های اختلال اضطراب تعمیم یافته می‌باشد. در این اختلال، کنترل نگرانی و اضطراب برای فرد دشوار است و با حداقل سه علامت از علایم اضطراب همراه می‌باشد (۲).

افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب دارای سوگیری‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمدی هستند که این گونه نگرش‌ها و افکار نقش مهمی در تداوم این اختلالات ایفا می‌کند. به‌عنوان مثال، پژوهش‌ها تأیید کرده‌اند که افسردگی با گرایش به توجه انتخابی بر اطلاعات منفی همراه است. همچنین سوگیری‌های شناختی در میان افراد افسرده با قضاوت‌ها و اسنادهای منفی توأم می‌باشد. این گونه افراد شکست‌های خود را بزرگ‌نمایی می‌کنند و موفقیت‌های خود را نادیده می‌گیرند (۴). افراد مبتلا به اضطراب منتشر نیز به‌منظور کاهش اضطراب خود از پاسخ‌های اجتنابی شناختی استفاده می‌کنند. نگرانی که مهم‌ترین نشانه‌ی اختلال اضطراب منتشر به شمار می‌آید، به‌عنوان یک پاسخ اجتنابی شناختی به یک موضوع تهدید کننده در نظر گرفته شده است. هنگامی که فرد با تهدیدی در مورد وقوع یک رویداد در آینده مواجه می‌شود و امکان بروز هیچ‌گونه پاسخ رفتاری اجتنابی برای او فراهم نیست، از پاسخ اجتنابی شناختی استفاده می‌کند (۵). با توجه به آنچه که مطرح شد، به نظر می‌رسد که بیشتر اشتغالات فکری افراد افسرده در مورد رویدادهای گذشته است و افراد مضطرب نیز با افکاری در مورد وقوع رویدادی تهدید کننده در آینده مواجه هستند. بنابراین به نظر می‌رسد که بیماران افسرده و مضطرب توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و در گذشته یا آینده به سر می‌برند. به منظور کمک به این گونه بیماران می‌توان از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی[8] استفاده نمود.

ذهن آگاهی از جمله مفاهیم مهمی است که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده و به نظر می‌رسد نقش مهمی را در اختلالات یاد شده ایفا می‌کند. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص است: بودن در حال حاضر، هدفمند و خالی از قضاوت.

[1] Depression
[2] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5TM)
[3] Major depressive disorder
[4] Affect
[5] Cognition
[6] Neuro-vegetative
[7] Generalized anxiety disorder
[8] Mindfulness

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

ذهن‌آگاهی بدان معناست که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف کند (۶). ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (۷).

همان‌گونه که مطرح شد، آنچه از لحاظ روانی انسان را در برابر افسردگی و اضطراب، آسیب‌پذیر می‌کند، درگیری ذهنی با خاطرات گذشته و رویدادهای محتمل آینده است. بنابراین ذهن‌آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد تمرکزمان را در زمان حال نگاه داریم. وقتی ما نسبت به زمان حال، آگاه هستیم دیگر توجه ما با گذشته یا آینده درگیر نیست (۷). بررسی پژوهش های صورت گرفته در مورد اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز این مسئله را مورد تأیید قرار داده‌اند. این گونه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود نشانگان جسمی و روانی اختلالات افسردگی (۱۱-۸) و اضطراب (۱۴-۱۲) مؤثر هستند.

علاوه بر آنچه که مطرح شد، پژوهشگران در پژوهش‌های بعدی خود به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی به صورت یک صفت در همه‌ی افراد (حتی کسانی که آموزش ندیده‌اند) وجود دارد.

بائر (Baer) و همکاران (۱۵) با انجام تحلیل عاملی، پنج مؤلفه را برای ذهن‌آگاهی مشخص نمودند. این مؤلفه‌ها عبارتند از: مشاهده[9] (داشتن توجه دقیق به پدیده‌ها و محرک‌های درونی و بیرونی)، توصیف[10] (توصیف پدیده‌هایی که در حیطه‌ی آگاهی قرار می‌گیرند)، عمل توأم با آگاهی[11] (عطف کامل توجه به فعالیت در حال انجام به جای عمل به شکل خودکار)، عدم قضاوت [12] (قضاوت نکردن درباره‌ی تجارب جاری) و عدم واکنش[13] (واکنش نشان ندادن به احساسات در حال وقوع).

در پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی صفت ذهن‌آگاهی انجام شده مشخص گردیده که این صفت، رابطه‌ای منفی با افسردگی و اضطراب دارد (۱۹-۱۶). به عنوان مثال، پژوهش ویلیامز (Williams) (۲۰) نشان داد که سطوح بالاتر ذهن آگاهی با سطوح پایین‌تر نشخوار فکری[14]، اجتناب[15]، کمال گرایی [16]و خود- راهنمایی ناسازگارانه [17] همراه می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش دیگری (۲۱) که از معدود مطالعات صورت گرفته در زمینه ارتباط مؤلفه‌های ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب در یک نمونه بالینی بوده است، نشان داد که همه مؤلفه‌های ذهن آگاهی به‌طور معناداری با همه‌ی ابعاد افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار دارد. اما مؤلفه‌ی توصیف ذهن آگاهی با تنش- اضطراب کلی[18] رابطه‌ای نشان نداد و مؤلفه‌ی مشاهده نیز با هیچ یک از مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی همبستگی معنادار نشان نداد. به‌طور کلی، مطالعات صورت گرفته در زمینه ذهن آگاهی بیشتر نمره کل ذهن آگاهی را مورد بررسی قرار داده‌اند و پژوهش‌ها در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی اندک می‌باشد. از طرف دیگر، معدود مطالعات صورت گرفته در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی نیز بیشتر بر روی نمونه‌های غیر بالینی بوده و گاه نتایج این پژوهش‌ها متناقض بوده است. علاوه بر این، محققین پژوهش حاضر به مطالعه‌ای دست

[9] Observing
[10] Describing
[11] Acting with awareness

[12] Nonjudging
[13] Nonreacting
[14] Rumination
[15] Avoidance
[16] Perfectionism
[17] Maladaptive self- guides
[18] General distress-anxiety

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

نیافته‌اند که مؤلفه‌های ذهن آگاهی را در سه گروه افسرده، مضطرب و بهنجار مورد مقایسه قرار داده باشد. بنابراین با توجه به اینکه مفهوم ذهن آگاهی نقش مهمی در رهایی از نشانگان افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کند، آگاهی از اینکه کدام یک از مؤلفه‌های این مفهوم در شکل‌گیری این اختلالات مؤثر است به روانپزشکان و روانشناسان در جهت پیشگیری و درمان این اختلالات کمک خواهد نمود و بدین‌وسیله هزینه‌های بخش درمان را کاهش خواهد داد. همچنین با توجه به اندک بودن پژوهش‌ها در مورد مؤلفه‌های ذهن آگاهی در نمونه‌های بالینی و عدم وجود پیشینه پژوهشی در مورد تفاوت مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سه گروه افسرده، مضطرب و بهنجار، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های ذهن-آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افراد عادی متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع علّی- مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر بود که به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، تعداد ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب منتشر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. یک گروه ۳۰ نفری از افراد بهنجار فاقد اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب منتشر نیز از بین کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انتخاب شد. افراد هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماری‌های جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های روانی همتاسازی شدند. ملاک‌های انتخاب آزمودنی‌ها عبارت از: ۱- تشخیص روانپزشک مرکز مبتنی بر اصلی بودن اختلالات اضطرابی یا افسردگی؛ ۲- انجام مصاحبه‌ی بالینی با بیماران بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR؛ ۳- اجرای پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب اشپیلبرگر بود. بدین صورت که گروه افسرده می‌بایست نمره بالا در افسردگی و نمره پایین در اضطراب، گروه مضطرب، نمره بالا در اضطراب و نمره پایین در افسردگی و گروه بهنجار، نمره پایین در هر دو پرسشنامه به دست آورند. ملاک‌های خروج از نمونه عبارت از ابتلا به هرگونه بیماری جسمی، ابتلا به سایر اختلالات روانی همراه، سابقه بستری در بیمارستان روانی و سن بالای ۵۰ سال بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به قرار زیر بود:

-پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم[19]: این پرسش‌نامه توسط بک، استیر و براون (Steer & Brown) (۲۲) ساخته شده است. پرسش نامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال می‌باشد که محتوای ۱۵ سؤال مرتبط با علایم روانشناختی و ۶ سؤال مرتبط با علایم جسمانی است. همه سؤالات شدت اختلال را بر مبنای مقیاس لیکرت (صفر تا سه) ارزیابی می‌کنند. نمره‌ی کل فرد از طریق جمع نمرات کلیه سؤالات در دامنه صفر تا ۶۳ حاصل می‌شود. بر اساس پیشنهاد بک، نمره صفر تا ۹ فقدان افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ نشانگر افسردگی شدید است. در پژوهشی که توسط دابسون (Dobson) و محمدخانی (۲۳) صورت گرفت، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. گودرزی

[19] Beck depression inventory (BDI- II)

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

(۲۴) پایایی این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش نموده است.

-**پرسش‌نامه اضطراب اشپیلبرگ**[20]: این پرسشنامه توسط اشپیلبرگر (۲۵) ساخته شد. این ابزار حاوی ۴۰ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال، اضطراب حالت و ۲۰ سؤال اضطراب صفت را می‌سنجد. سؤال‌ها بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه‌ای (۲۶) همسانی درونی و ضریب پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه عالی گزارش شد.

همچنین در مطالعه مهرام (۲۷) همسانی درونی هر دو مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بر روی یک گروه ۶۰۰ نفری محاسبه گردید. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت در پژوهش این محقق به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ کل پرسش نامه ۰/۹۴ محاسبه گردیده است.

-**پرسش‌نامه پنج مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی**[21]: این پرسشنامه توسط بائر و همکاران (۱۵) ساخته شده است. پرسشنامه ذهن آگاهی یک مقیاس ۳۹ گویه‌ای است که پنج مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی شامل مشاهده، توصیف، عمل توأم با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش را با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی مورد سنجش قرار می‌دهد. دو برا (De Bruin) و همکاران (۲۸) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این محققین نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس بود. پیش از انجام این پژوهش ابتدا محققین پرسش‌نامه ذهن آگاهی را از متن اصلی به فارسی ترجمه کردند. سپس متن فارسی این پرسشنامه توسط یک متخصص زبان انگلیسی، از فارسی به انگلیسی بازگردانیده شد و در مرحله بعد تطابق مفهومی و لفظی گویه‌های پرسش‌نامه اصلی و گویه‌های پرسش‌نامه از فارسی به انگلیسی ترجمه شده با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت و واژه‌ها و گویه‌های دارای ابهام مورد اصلاح قرار گرفت. سپس این پرسش‌نامه بر روی نمونه‌ای شامل ۳۰۰ نفر اجرا گردید. به‌منظور بررسی روایی این پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج نشان دهنده‌ی استقلال پنج عامل ذهن آگاهی بوده است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه مشاهده ۰/۶۲، مؤلفه توصیف ۰/۸۱، مؤلفه عدم قضاوت ۰/۶۵، مؤلفه عدم واکنش ۰/۶۳ و مؤلفه عمل توأم با آگاهی ۰/۷۷ به‌دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش متشکل از ۴۷ زن (۵۲ درصد) و ۴۳ مرد (۴۸ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار

گروه‌ها	افسرده		مضطرب		بهنجار	
مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشاهده	۹/۱	۲/۶۴	۹/۹۷	۲/۱۱	۱۲/۷۲	۲/۸۷
توصیف	۲۱/۳۷	۳/۶۵	۱۹/۸۶	۳/۸۷	۲۷/۱۷	۵/۵۱
عدم قضاوت	۱۸/۳۳	۳/۸۹	۱۳/۹۷	۳/۱۲	۲۰/۱۴	۴/۶۳
عدم واکنش	۱۵/۹۷	۳/۲	۱۳/۳۱	۲/۱۴	۱۷/۵۹	۲/۴۸
عمل توأم با آگاهی	۲۱/۸۳	۴/۵۱	۲۰/۱	۴/۴۸	۲۸/۵۹	۵/۷۷

نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در

[20] Speilberger State– Trait Anxiety Inventory (STAI)
[21] Five Facets of Mindfulness Questionnaire

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به نتایج گزارش شده در جدول و با توجه به مقدار F می‌توانیم بگوییم که نتایج در سطح (P<۰۰۰۱) معنادار بوده و سه گروه از لحاظ مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با یکدیگر به شکل معناداری متفاوتند.

جدول ۲) نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۸	۱۰/۴۶	۱۰	۱۶۴	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۵	۱۰/۹۸	۱۰	۱۶۲	۰/۰۰۰۱

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه آزمودنی‌ها را در هر یک از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود در مؤلفه‌های مشاهده توصیف (F=۱۵/۹۵؛P<۰/۰۰۰۱)، عمل توأم با آگاهی (F=۲۲/۳۰؛P<۰/۰۰۰۱)، عدم قضاوت (F=۲۳/۸۰؛P<۰/۰۰۰۱)، و عدم واکنش (F=۱۸/۹۰؛P<۰/۰۰۰۱) تفاوت معناداری میان سه گروه وجود داشت.

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت مؤلفه‌های ذهن-آگاهی در سه گروه مورد مطالعه

	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه‌ها	مشاهده	۲۰۹/۹۸	۲	۱۰۴/۹۹	۱۵/۹۵	۰/۰۰۰۱
	توصیف	۸۶۶/۳۴	۲	۴۳۳/۱۷	۲۲/۲۳	۰/۰۰۰۱
	عمل توأم آگاهی	۱۱۶۸/۰۹	۲	۵۸۴/۰۴	۲۳/۸	۰/۰۰۰۱
	عدم قضاوت	۲۹۲/۴۵	۲	۲۹۲/۴۵	۱۸/۹	۰/۰۰۰۱
	عدم واکنش	۱۳۵/۲	۲	۱۳۵/۲	۱۹/۲	۰/۰۰۰۱

به دنبال نتایج فوق، به مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخته شده است که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که در مؤلفه‌های مشاهده، توصیف و عمل توأم با آگاهی میان افراد مضطرب و بهنجار و همچنین افراد افسرده و بهنجار تفاوت معناداری (P<۰/۰۰۰۱) وجود داشت. بدین صورت که افراد بهنجار در مؤلفه‌های فوق‌الذکر نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و مضطرب کسب کردند. در مؤلفه‌ی عدم قضاوت نیز میان افراد افسرده و مضطرب و افراد بهنجار و مضطرب تفاوت معنادار (P<۰/۰۰۰۱) مشاهده شد. بدین صورت که بیماران افسرده و افراد بهنجار در این مؤلفه نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند. همچنین در مؤلفه‌ی عدم واکنش تفاوت میان گروه‌های مضطرب- افسرده (P<۰/۰۰۱) معنادار بود و گروه افسرده در این مؤلفه نمرات بالاتری کسب کردند. در گروه‌های مضطرب- بهنجار (P<۰/۰۰۰۱) و افسرده- بهنجار (P<۰/۰۵) هم تفاوت در مؤلفه عدم واکنش معنادار بوده است و افراد بهنجار نسبت به دو گروه دیگر نمرات بالاتری به‌دست آوردند.

جدول ۴) آزمون توکی جهت مقایسه جفت میانگین‌ها

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مشاهده	مضطرب	افسرده	۰/۸۷	۰/۶۷	۰/۴
	بهنجار	مضطرب	۲/۷۶	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۳/۶۲	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
توصیف	افسرده	مضطرب	۱/۵	۱/۱۵	۰/۳۵
	بهنجار	مضطرب	۷/۳۱	۱/۱۶	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۵/۸۱	۱/۱۵	۰/۰۰۰۱
عمل توأم با آگاهی	افسرده	مضطرب	۱/۷۳	۱/۲۹	۰/۳۸
	بهنجار	مضطرب	۸/۴۸	۱/۳	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۶/۷۵	۱/۲۹	۰/۰۰۰۱
عدم قضاوت	افسرده	مضطرب	۴/۳۷	۱/۰۲	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	مضطرب	۶/۱۷	۱/۰۳	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱/۸	۱/۰۲	۰/۱۸۹
عدم واکنش	افسرده	مضطرب	۲/۶۶	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	بهنجار	مضطرب	۴/۲۸	۰/۷	۰/۰۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱/۶۲	۰/۶۹	۰/۰۵

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اختلال اضطراب منتشر و افراد عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های ذهن آگاهی در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار متفاوت است؛ البته این تفاوت بیشتر میان افراد بهنجار با دو گروه بیمار وجود داشت و تفاوت‌ها میان افراد مضطرب و افسرده در اکثر مؤلفه‌ها معنادار نبود. با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، تاکنون پژوهشی که مستقیماً این پنج مؤلفه را در گروه‌های بیمار و بهنجار مورد مقایسه قرار داده باشد انجام نشده است، اما نتایج این پژوهش با چندین پژوهشی که در زمینه مؤلفه‌های ذهن آگاهی صورت گرفته، همسو می‌باشد (۲۸ و ۲۹).

بر طبق نتایج این پژوهش، افراد بهنجار در مؤلفه‌ی مشاهده (داشتن توجه دقیق به پدیده‌ها و محرک‌های درونی و بیرونی) نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده و مضطرب به دست آوردند. این یافته با پژوهش‌هایی که در گروه‌های غیربالینی صورت گرفته متناقض می‌باشد. به عنوان مثال، پژوهش بائر و همکاران (۳۰) نشان داد که سطوح بالاتر مشاهده با استرس روانشناختی[۲۲] بیشتری همراه می‌باشد. در پژوهش دیگری (۳۱) نیز میزان بالای مشاهده با استرس روانشناختی بیشتر همراه بود. همچنین در پژوهش دیگری (۳۲) افزایش مشاهده با افزایش علایم اضطراب همراه بود اما با افسردگی رابطه‌ای نشان نداد. پژوهش دسروسرز (Desrosiers) و همکاران (۲۱) که بر روی یک نمونه بالینی صورت گرفته بود، نشان داد که مؤلفه مشاهده با هیچ یک از علایم افسردگی و اضطراب همبستگی معنادار ندارد. اما نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره در این مطالعه نشان داد که سطوح بالاتر مشاهده با سطوح بالاتر برانگیختگی اضطرابی[۲۳] همراه است. احتمالاً تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی تبیین کننده تفاوت میان یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های مورد اشاره می‌باشد. همچنین در تبیین تفاوت میان نمرات گروه افسرده و بهنجار در مؤلفه مشاهده می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که افراد افسرده، افرادی غمگین و درخود فرورفته هستند که مدام درگیر افکار ناراحت کننده و نشخوارهای فکری خود می‌باشند و ارتباط چندانی با محیط اطراف خود برقرار نمی‌کنند. این افراد احتمالاً توجهی به ریزش آب روی بدن خود در حمام، وزش باد، تابش خورشید، آواز پرندگان و امثال این پدیده‌ها ندارند. بنابراین مشغولیت ذهنی فراوانی با دنیای درونی خود دارند و این عملکرد سبب می‌شود که افراد بهنجار در این مؤلفه که مستلزم آگاهی نسبت به موارد مورد اشاره است، بهتر از افراد افسرده عمل کنند؛ چون افراد بهنجار در اکثر مواقع متوجه محیط اطراف خود بوده و با آن ارتباط برقرار می‌کنند. قابل ذکر است که از جمله علایم بالینی افسردگی، کاهش قدرت تمرکز و توجه می‌باشد (۲) که این مسئله نیز می‌تواند توجیه کننده نمرات پایین افراد افسرده در مقایسه با افراد بهنجار در مؤلفه‌ی مشاهده باشد.

با توجه به نمرات بالاتر گروه بهنجار در مقایسه با گروه مضطرب در مؤلفه‌ی مشاهده می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که بر اساس دیدگاه شناختی افراد مضطرب نسبت به محرک‌های تهدیدآمیز، سوگیری توجه دارند (۳۳) و شاید به همین دلیل توجه آن‌ها نسبت به سایر محرک‌ها که لزوماً تهدیدآمیز نیستند کمتر از افراد بهنجار است. لذا این مسئله موجب

[22] Psychological distress

[23] Anxious arousal

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

می‌شود که ظرفیت توجه گروه مضطرب نسبت به محرک‌های اطراف کمتر شود. همچنین دشواری در تمرکز یا احساس کار نکردن مغز یکی از علایم اختلال اضطراب منتشر می‌باشد (۲) که به نظر می‌رسد تبیین کننده تفاوت نمرات افراد مضطرب و بهنجار در مؤلفه مشاهده باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که افراد بهنجار در مؤلفه‌ی توصیف (ریختن پدیده‌ها و اتفاقات اطراف خود در قالب کلمات) نمراتی بالاتر از افراد افسرده و مضطرب به دست آوردند. این یافته با پژوهش‌های دسروسرز و همکاران (۲۱)، بارنهوفر و همکاران (Barnhofer)(۱۷) و بائر و همکاران (۳۰) همسو می‌باشد. با توجه به دلایلی که برای مؤلفه مشاهده ذکر شد در اینجا نیز به نظر می رسد که افراد افسرده توجه چندانی به پدیده های اطراف خود ندارند؛ پس علاقه ای نیز به توصیف و بیان آن ها با استفاده از کلمات و عبارات نخواهند داشت. همچنین پژوهش‌ها (۳۴ و ۳۵) نشان داده‌اند که مشکل در شناسایی و توصیف هیجانات آلکسیتیمیا (Alexithymia) با علایم افسردگی ارتباط دارد. این موضوع نیز می‌تواند توجیه کننده‌ی نمرات پایین‌تر گروه افسرده نسبت به گروه بهنجار در مؤلفه‌ی توصیف باشد. افراد مضطرب نیز، احساسات و افکار مبهمی نسبت به پدیده‌های اطراف دارند و به جهت تشویش و سردرگمی، یافتن کلماتی که با استفاده از آن‌ها بتوانند به توصیف این افکار و احساسات بپردازند برای این افراد دشوار است.

همچنین برای اینکه افراد بتوانند احساس‌ها و برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی خود را توصیف کنند، می‌بایست توانایی تحمل استرس مرتبط با تجربه مستقیم این گونه احساسات و برانگیختگی‌ها را داشته باشند. بنابراین توانایی توصیف تجارب درونی به کاهش اجتناب کمک می‌کند و کاهش اجتناب منجر به کاهش اضطراب خواهد شد. از طرف دیگر، توانایی توصیف احساسات درونی میزان عینی بودن این گونه تجارب را افزایش می‌دهد (۲۱). به همین دلیل هدف اصلی درمان شناختی اختلالات اضطرابی آموزش توصیف عینی تجارب اضطراب‌انگیز به مراجعان است (۳۶).

نتایج نشان داد که در مؤلفه‌ی عمل توأم با آگاهی (عطف کامل توجه به فعالیت در حال انجام به جای عمل به شکل خودکار) نیز افراد بهنجار نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده به دست آوردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاش و ویتینگام (Cash & Whittingham) (۳۷) و کریستوفر (Christopher) و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش‌ها نشان دهنده‌ی همبستگی منفی معنادار میان عمل توأم با آگاهی و علایم افسردگی بود. همان گونه که پیش از این بیان شد، افراد افسرده افرادی هستند که افکار و احساسات منفی همراه با نشخوارهای فکری درباره‌ی اشتباهات، محرومیت‌ها و شکست‌های خود در گذشته دارند. در واقع توجه به زمان حال و فعالیت در حال انجام در تضاد با نشخوارهای فکری در مورد گذشته است (۳۹ و ۴۰). کندی روانی- حرکتی و از دست دادن علاقه نسبت به امور نیز از جمله دیگر ویژگی‌های افراد افسرده است (۲). بنابراین این افراد علاقه‌ای به انجام کارها ندارند و اگر بر حسب موقعیت مجبور باشند کاری انجام دهند، احتمالاً به قدری درگیر افکار و خیالات خود هستند که توجهی به چگونگی انجام کار نخواهند داشت و به همین دلیل است که نمره پایین‌تری نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌ی عمل توأم با آگاهی به دست آورده‌اند.

نتایج نشان داد که افراد بهنجار در مؤلفه‌ی عمل توأم

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

با آگاهی نیز نسبت به افراد مضطرب نمرات بالاتری به دست آوردند. این یافته با نتایج پژوهش دسروسرز و همکاران (۲۱) و دوبران (de Bruin) و همکاران (۲۸) همسو می‌باشد. اما در مطالعه کاش و ویتینگام (۳۷) ارتباطی میان علایم اضطراب و مؤلفه عمل توأم با آگاهی یافت نشد. نمرات بالای افراد بهنجار نسبت به افراد مضطرب در مؤلفه عمل توأم با آگاهی را می‌توان این گونه تبیین کرد که پریشانی و بی‌قراری در افراد مضطرب سبب می‌شود که از تمرکز حواس اندکی برخوردار باشند و مدام درگیر تفکر درباره‌ی تهدیدها و خطرهای احتمالی شوند. همچنین توجه به زمان حال و فعالیت در حال انجام در تضاد با نگرانی در مورد آینده است (۳۹ و ۴۰). بنابراین همان گونه که نتایج پژوهش نشان می‌دهد افراد مضطرب در حین انجام کار، توجهی به چگونگی انجام آن ندارند.

در مؤلفه‌ی عدم قضاوت (قضاوت نکردن درباره‌ی تجارب جاری، افکار، احساسات و عقاید) افراد افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند؛ به عبارتی افراد افسرده کمتر از افراد مضطرب در مورد افکار، احساسات و عقاید خود قضاوت می‌کنند. این نتیجه، خلاف نتیجه‌ی مورد انتظار است. زیرا یکی از ویژگی‌های بارز افراد افسرده این است که دائماً افکار، عقاید، و احساسات خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند و این قضاوت البته از نوع منفی است و یکی از مواردی است که در درمان شناختی، هدف درمان قرار می‌گیرد. البته افراد مضطرب نیز برای اجتناب از خطا خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند؛ اما این ویژگی در افراد افسرده بیشتر به چشم می‌خورد. احتمالاً دلیل به دست آمدن این نتیجه، عدم بینش افراد افسرده نسبت به این مشکل شناختی است؛ یعنی آن‌ها از این موضوع که دائماً خود را مورد قضاوت قرار می‌دهند بی‌اطلاعند. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دسروسرز و همکاران (۲۱)؛ بارنهوفر (Barnhofer) و همکاران (۱۷)، دسروسرز و همکاران (۳۲) ناهمسو می‌باشد. نتایج این تحقیقات نشان دهنده‌ی همبستگی معکوس معنادار میان افسردگی و مؤلفه عدم قضاوت بوده است. البته تاکنون پژوهشی به مقایسه این مؤلفه در بین افراد مضطرب و افسرده نپرداخته است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر جالب توجه به‌نظر می‌رسد.

پیشنهاد می‌شود موضوع تفاوت افراد مضطرب و افسرده در مؤلفه‌ی عدم قضاوت در تحقیقات بعدی بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌ی دیگری که در این مؤلفه به دست آمده این است که افراد بهنجار نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب در این مؤلفه کسب کردند؛ یعنی افراد بهنجار، غیرقضاوتی‌تر از افراد مضطرب هستند که این نتیجه با توجه به عدم وجود سوگیری‌ها و افکار ناکارآمد و یا کم بودن میزان آن‌ها در افراد بهنجار قابل توجیه است. به‌طور کلی، افراد مضطرب در مؤلفه‌ی عدم قضاوت نسبت به افراد افسرده و بهنجار نمرات پایین‌تری کسب کردند. این یافته با پژوهش‌های دسروسرز و همکاران (۲۱)، کاش و ویتینگام (۳۷) همسو می‌باشد.

در مؤلفه‌ی عدم واکنش (یعنی واکنش نشان ندادن به افکار، احساسات و عقاید) افراد افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد مضطرب کسب کردند؛ به عبارتی افراد افسرده، هنگامی که افکار و احساسات به سراغشان می‌آید کمتر از افراد مضطرب، درصدد واکنش نشان دادن به آن‌ها هستند. منظور از واکنش نشان ندادن این است که آن فکر یا احساس را به حال خود می‌گذارند و کاری برای افزایش یا کاهش آن انجام نمی‌دهند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

افراد افسرده افرادی هستند که کاملاً تسلیم افکار و احساسات منفی خود شده‌اند، آن‌ها را کاملاً پذیرفته‌اند و هیچ گونه واکنشی نسبت به آن‌ها نشان نمی‌دهند؛ اما افراد مضطرب این گونه نیستند، بلکه دائماً در تلاش و تکاپو هستند تا بتوانند احساسات و افکاری را که باعث رنج و عذاب آن‌ها می‌شود تغییر دهند. بنابراین طبیعی است که افراد افسرده نمرات بالاتری در این مؤلفه کسب کنند. البته باید به این نکته توجه داشته باشیم که این عدم واکنش در افراد افسرده، مثبت نیست. نتایج پژوهش‌ها در مورد مؤلفه عدم واکنش متناقض بوده است. بعضی از مطالعات (۳۲ و ۳۷) ارتباطی را میان عدم واکنش و علایم افسردگی گزارش نکرده‌اند، در حالی که در بعضی از پژوهش‌ها (۱۷، ۲۱ و ۳۸) میان این دو متغیر همبستگی منفی معنادار وجود داشت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج این مطالعات ناهمسو می‌باشد.

نتیجه‌ی دیگر در این مؤلفه این است که افراد بهنجار نمرات بالاتری نسبت به افراد افسرده و مضطرب به‌دست آورده‌اند. این عدم واکنش در مورد افراد بهنجار مثبت است. زیرا اکثر احساسات و افکار این افراد، بهنجار است و مشکلی در پذیرش آن‌ها ندارند. بنابراین افکار خود را می‌پذیرند بدون آنکه واکنشی نسبت به آن‌ها نشان دهند. نتایج پژوهش دسروسرز و همکاران (۲۱) نیز نشان داد که سطوح بالای عدم واکنش با اضطراب و افسردگی کمتر همراه می‌باشد.

به‌طور کلی، با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ضروری است مؤلفه‌های ذهن آگاهی به‌عنوان عواملی مهم در بیماران افسرده و مضطرب مورد توجه بالینی‌کاران قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر محدود به بیمارانی است که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه نموده‌اند، بهتر است تعمیم داده‌ها به کل جامعه با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سایر اختلالات نیز مورد بررسی قرار گیرد تا اطلاعات بیشتری در این حوزه حاصل گردد.

تلویح ضمنی نتایج این پژوهش این است که بیماران مضطرب و افسرده نسبت به افراد بهنجار در مؤلفه‌های ذهن آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با تأکید بر این مؤلفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و همچنین بهبود علایم این گونه بیماران شوند. بنابراین به نظر می‌رسد که توجه به موضوع ذهن آگاهی و مؤلفه‌های آن در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب می‌تواند مؤثر باشد و به بهبود علایم و احتمالاً جلوگیری از بازگشت مجدد بیماری کمک کند.

References:

1.Gilbert P. Psychotherapy and counselling for depression. Third ed. London: SAGE Publications Ltd; 2007.
2.DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
3.Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan H. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. [Rezaie F, trans]. 10th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2007. (Persian)
4.Clark DA. Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment. New York: The Guilford Press, 2005.
5.McLEOD BD. Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment. Rothbaum BO, editor. New York: The Guilford Press, 2006.
6.Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte Publishing, 1990.
7.Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

depression. New York: The Guilford Press, 2012.
8.Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consul Clin Psychol 2000; 68: 615-23.
9.Azargoon H, Kajbaf MB. The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University. J Psychol 2010; 14: 79-94. (Persian)
10.Melyani M, Allahyari A, Azad-Fallah P, et al. Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent depression. J Behav Sci 2013; 7: 17-8. (Persian)
11.Kaviani H, Javaheri F, Boheiraei H. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 day follow- up. Adv Cogn Sci 2005; 7: 49- 59. (Persian)
12.Kabat-Zinn J, Massion A, Kristeller J, et al. Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry 1992; 149: 936-43.
13.Golpour chamarkohi R, Mohammadamini Z. The efficacy of mindfulness based stress reduction on mindfulness and assertiveness of students with test anxiety. J School Psychol 2012; 1: 82-100. (Persian)
14.Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, et al. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. J Clin Psychol 2011; 2: 61- 71. (Persian)
15.Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. J Assess 2006; 13: 27-45.
16.Wong SY, Mak WW, Cheung EY, et al. A randomized, controlled clinical trial: The effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. BMC Psychiatry 2011; 11: 187.
17.Barnhofer T, Duggan DS, Griffith JW. Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. Pers Individ Dif 2011; 51: 958-62.
18.Way BM, Creswll JD, Eisenberger NI, et al. Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. Emotion 2010; 10: 12-24.
19.Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, et al. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol 2010; 78: 169.
20.Williams JM. Mindfulness, depression and modes of mind. Cogn Ther Res 2008; 32: 721-33.
21.Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. Behav Ther 2013; 44: 373-84.
22.Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.
23.Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. J Rehab 2007; 8: 80-6. (Persian)
24.Goudarzi MA. The study on reliability and validity of beck hopelessness scale in a group of Shiraz University students. J Soc Sci Humanit Shiraz Univ 2002; 18: 27-39. (Persian)
25.Spielberger CD. Manual for the State–Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden, 1983.
26.Barnes LL, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. Educ Psychol Meas 2002; 62: 603-18.
27.Mahram B. The normative of Spielberger anxiety test in Mashhad city [Master of science dissertation]. Tehran: Psychology College Allameh Tabatabaii University; 2000. (Persian)
28.de Bruin EI, Topper M, Muskens JG, et al. Psychometric properties of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. Assess 2012; 19: 187-97.
29.Kohls N, Sauer S, Walach H. Facets of mindfulness-results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. Pers Individ Dif 2009; 46: 224-30.
30.Baer RA, Smith GT, Lykins E, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and non-meditating samples. Assess 2008; 15: 329-42.
31.Coffey KA, Hartman M, Fredrickson BL. Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. Mindfulness 2010; 1: 235-53.
32.Desrosiers A, Donalds R, Anderson M, et al. School based mindfulness training may offer clinical benefits. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy (WCBCT);

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

Boston, MA 2010.
33.Tozandejani H. A Comparison of Selective Processing of Data on the Threat in Patients With Released AnixietyDisorder and Post-Traumatic Stress Disorder. knowl Res Appl Psychol 2009; 0: 15- 32. (Persian)
34.Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. Ann Gen Psychiatry. 2010; 9: 16.
35.Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, et al. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. Hum Resour Health 2009; 7: 72-7.
36.Beck A, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Cambridge, MA: Basic Books; 2005.
37.Cash M, Whittingham K. What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? Mindfulness 2010; 1: 177-82.
38.Christopher MS, Neuser NJ, Michael PG, et al. Exploring the psychometric properties of the five fact mindfulness questionnaire. Mindfulness 2012; 3: 124-31.
39.Holzel B, Lazar SW, Gard T, et al. How Does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. Perspect Psychol Sci 2011; 6: 537-59.
40.Watkins ER. Depressive rumination: Investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments. Cogn Behav Ther 2009; 38: 8-14.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

ISMJ 2015; 18(4): 773-785

Original Article

The comparison of the Facets of Mindfulness among Patients with Major Depression, Generalized anxiety Disorder and Normal Individuals

F. khormaei [1], Sh. Kalantari [1], A. Farmani [2]*

[1] Depatment of Clinical psychology, School of Psychology and Educational Sciences,Shiraz university,Shiraz, Iran
[2] Department of Psychology,Payam Nour University of Tehran,Tehran, Iran

(Received 2 Jul, 2014 Accepted 25 Auj, 2014)

Abstract

Background: Mindfulness is a new construct which has held psychiatrists and psychologists' attention in the treatment of many psychological disorders. The use of mindfulness techniques needs more information about the mechanisms of the facets of mindfulness in each disorder. The goal of the present study was to compare the facets of mindfulness among patients with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals.

Material and Methods: Statistical population of the present study consisted of all of patients who were diagnosed major depression disorder and Generalized anxiety disorder in the counseling center of Mashhad university of medical sciences. Thirty patients with MDD and 30 patients with GAD were recruited among them via available sampling method. Moreover, 30 normal individuals without the diagnosis of MDD and GAD from the staff of Mashhad university of medical sciences were recruited and matched to the depressed and anxious groups on the basis of age, gender and lack of medical and other mental diseases. Participants completed Beck Depression Inventory (BDI- II), Speilberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI) and Five Facets of Mindfulness Questionnaire. Mean and standard deviation were utilized to analyze the data in the descriptive statistics section. And in the inferential statistics section, MANOVA and Post Hoc Tukey Test were used.

Results: The results indicated that there were significant differences between the three groups with regards to the facets of mindfulness. In other words, there were significant differences between anxious and normal groups and also depressed and normal individuals with regards to the scores in the facets of Observing, Describing and Acting with awareness ($P<0.0001$). There were also significant differences between anxious and depressed groups and anxious and normal individuals in the facet of Nonjudging ($P<0.0001$). Moreover, significant differences were found between anxious- depressed ($P < 0.001$), anxious- normal ($P<0.0001$) and depressed- normal ($P<0.05$) groups with regards to the scores in the facet of Nonreacting.

Conclusion: It can be concluded that patients with MDD and GAD compared to normal individuals have lower scores in the facets of mindfulness. Therefore, mindfulness- based treatments can facilitate the process of the treatment and improve the symptoms of such disorders via focusing on the five facets of mindfulness.

Key words: Mindfulness, Major Depression, Generalized Anxiety Disorder, Observing, Describing, Acting with awareness, Nonjudging, Nonreacting

*****Address for correspondence*: Assistant professor of Shiraz University. Email: khormaei@shirazu.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]