تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان

دکتر فریده حمیدی[1]
هانیه جلیلیان[2]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش‌آموزان بود. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل همهٔ دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان مریم شهرستان خرمشهر بوده که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بوده اند. آزمودنیهای پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر بود که از میان دانش‌آموزان دبیرستان مریم خرمشهر به صورت تصادفی ساده، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن(۱۹۸۴) استفاده شده است. همچنین گروه آزمایش تحت تأثیر پروتکل درمانی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی هشت جلسه نود دقیقه ای در دو ماه قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی(میانگین، انحراف معیار و واریانس) و در بعد استنباطی از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درماندگی آموخته‌شده دانش‌آموزان مؤثر بوده است، به‌طوری‌که سبب افزایش سبک اسناد رویدادهای منفی و مثبت دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است($p\leq ۰/۰۵$). بنابراین تمرینهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات دانش آموزان و نیز عملکرد آنها تاثیری مثبت دارد. از این رو پیشنهاد می‌شود که کارگاههای آموزشی ذهن آگاهی و دوره‌های ضمن خدمت برای معلمان و مشاوران جهت آشنایی با ذهن آگاهی و اجرای هر چه بهتر آن در مدارس و مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش برگزار شود.

کلیدواژگان: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درماندگی آموخته‌شده، سبکهای اسنادی، دانش‌آموزان

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۰

۱. دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی (نویسنده مسئول) fhamidi@sru.ac.ir
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی Haniejalilian302@gmail.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

مقدمه

از مباحث اساسی که در حوزه‌های تعلیم و تربیت و روان‌شناسی مطرح می‌شود، توانایی دانش‌آموزان در توجیه موفقیت و شکست خود است. دانش‌آموزان برای موفقیتها و شکستهای خود عللی را در نظر می‌گیرند و با توجه به آنها واکنش عاطفی نشان می‌دهند. برخی، موفقیت را به عوامل درونی و شکست را به عوامل بیرونی نسبت می‌دهند. درماندگی آموخته‌شده[1] به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد به این باور می‌رسد که نمی‌تواند کاری انجام دهد تا یک موقعیت آزارنده را برطرف سازد یا از آن اجتناب کند و این امر به موقعیتهای دیگر تعمیم می‌یابد؛ بنابراین، درماندگی آموخته‌شده به خودی خود از یک تجربه ناگوار ناشی نمی‌شود، بلکه از ناتوانی یا ناتوانی تصوری فرد دراین‌باره که کاری از او ساخته نیست ناشی می‌شود.(السون[2] و هرگنهان[3]، ۲۰۰۹). اگر دانش‌آموز به این باور برسد که هیچ کاری از دستش برنمی‌آید تا موقعیت ناگوارش را تغییر دهد، حالت او را درماندگی آموخته‌شده می‌نامند و می‌توان وضعیت را این‌گونه توصیف کرد که شخص واقعاً ممکن است که در یک موقعیت ناراحت‌کننده قرار داشته و هیچیک از اعمال او نتوانسته است موقعیتش را تغییر دهد. درنتیجه از تلاش بازمانده و به این باور رسیده است که هیچ کاری از وی ساخته نیست. در چنین فرایندی، دانش‌آموز اطمینان خود را از دست می‌دهد و به ناتوانی خود اذعان می‌کند و توان حرکت و خلاقیت از او سلب و به موجودی بی‌تحرک، خنثی و فاقد معیار و ارزش تبدیل می‌شود، اما اگر شرایط تغییر کند و شخص بتواند با انجام دادن کاری موقعیت ناگوارش را تغییر دهد، این باور که کاری از او ساخته نیست باور غلطی خواهد بود (روزنهان[4] و سلیگمن[5]، ترجمه سید محمدی،۱۳۹۲).

سلیگمن درزمینهٔ شکست تحصیلی، به درماندگی آموخته‌شده اشاره می‌کند. وی معتقد است که علت شکست تحصیلی این است که دانش‌آموز، درماندگی را یاد گرفته است، یعنی به این نتیجه رسیده که ناتوان است. سلیگمن معتقد است که دانش‌آموزان ناموفق برداشت منفی از خود دارند و همان برداشت منفی ممکن است دربارهٔ توانایی آنها باشد. شاید این دانش‌آموزان تلاش اندکی داشته‌اند ولی چون تلاششان بی‌ثمر بوده و نتوانسته‌اند با کوشش خود به موفقیت دست بیابند، به این نتیجه رسیده‌اند که ناتوان‌اند و این برداشت آنان منجر به عدم تلاش شده است. زمانی‌که معلم

1. Learned helplessness
2. Olson
3. Hergenhahn
4. Rosenhan
5. Seligman

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

یا والدین از دانش‌آموز ضعیف مطلبی را می‌پرسند و او در پاسخ‌گویی ناتوان می‌ماند و این عمل تکرار می‌شود، کم‌کم دانش‌آموز به این نتیجه می‌رسد که تلاش وی ثمری ندارد و حتی ممکن است با خود بگوید «من یاد نمی‌گیرم» و همین تلقین، عزت‌نفس دانش‌آموز را پایین می‌آورد و عقیده «من ناتوانم» یا «من یاد نمی‌گیرم» را در او تقویت می‌کند. زمانی‌که این عقیده در دانش‌آموزان ثابت شد دیگر نمی‌توان از آنان انتظار یادگیری داشت (سیف، ۱۳۹۲).

درماندگی به‌طور معناداری عملکرد شناختی را کاهش می‌دهد و فعالیت ساختارهای مرتبط با اضطراب/ترس را فعال می‌کند. به‌طورکلی، خستگی شناختی[1] درباره درماندگی به این موضوع اشاره دارد که مواجهه با رویدادهای غیرقابل‌کنترل مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و بازداری پردازش اطلاعات و درنتیجه در بیشتر موارد مشکلات تحصیلی بسیار را در پی خواهد داشت (الیس و کناس[2]، ۱۹۷۷).

در نظریه آبرامسون[3]، سلیگمن و تیزدیل[4] (۱۹۷۸)، میزان درماندگی شخص را پیامدهای غیرقابل کنترل معین نمی‌کنند، بلکه تبیینهای عملی فرد تعیین‌کننده رفتار و انتظارات بعدی او هستند. به‌عبارت‌دیگر، هنگام برخورد با وقایع غیرقابل‌کنترل، نحوه تبیین فرد از واقعه و اسناد علّی او، واکنش وی را نسبت به آن واقعه مشخص می‌سازد. آنها معتقدند که تبیینهای علّی افراد از یک حادثه حول سه محور اصلی می‌چرخند: الف) درونی- بیرونی[5] ، ب) پایدار- ناپایدار[6] ، ج) کلی «همه‌شمول»- اختصاصی[7] (آبرامسون و همکاران،۱۹۷۸).

بعد درونی- بیرونی باورها، عزت‌نفس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر شخص حادثه ناخوشایند را به عاملی درونی نسبت دهد احتمال بیشتری برای کاهش عزت‌نفس وجود دارد و اگر آن را با یک عامل بیرونی تبیین کند، احتمال فوق کمتر می‌شود. پایدار بودن باورهای علّی، سبب مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می‌شود. اگر حادثه‌ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود واکنشهای درماندگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارند، اما اگر حادثهٔ مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنشهای درماندگی نیز کوتاه‌مدت خواهند بود. سرانجام کلی بودن باورهای علّی بر گسترش نقایص متعاقب حوادث بد تأثیرمی‌گذارد. اگر شخص معتقد باشد که یک عامل

1. Cognitive fatigue
2. Ellis & Knaus
3. Abramson
4.Teasdale
5. Internal-External
6. Stable-Unstable
7. Global-Specific

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

کلی و فراگیر حادثه ناخوشایند را به وجود آورده است، نقایص مبتنی بر درماندگی در موقعیتهای متعدد رخ خواهد داد، اما اگر شخص باور داشته باشد که یک عامل خاص علت حادثه است نارساییها و مشکلات بعدی محدود خواهند بود (کریمی،۱۳۸۹).

طیف گسترده ای از مطالعات انجام شده در سالهای گذشته نشان می‌دهد که سبکهای اسنادی و درک میزان کنترل انسانها بر اعمالشان، عوامل اثرگذار و با اهمیتی برای سلامت جسمانی و روانی آنان است. در این چارچوب ، ذهن آگاهی فرایندی است که به ترویج انعطاف‌پذیری به اقتضائات محیطی و سلامت روان افراد می‌انجامد (لدریک و گانا[1]، ۲۰۱۳؛ پانیینی[2] و همکاران، ۲۰۱۶؛ کوری[3] و همکاران، ۲۰۱۴؛ پانیینی و همکاران، ۲۰۱۵).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[4] به منزلهٔ یکی از درمانهای شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی نـوعـی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیینهای مذهبی شرقی، به ویژه آیین بودا دارد (اوست[5]، ۲۰۰۸). کابات-زین[6]، ذهن‌آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (سیگال[7] و همکاران، ۲۰۰۳). شـنـاخـت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی[8] کابات- زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های گوناگون، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مـرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط میان خلق، افکار، احساس و حسهای بدنی را نشان می‌دهد. همهٔ این تمرینها به نوعی توجه به موقعیتهای بدنی و پیرامون را در لحظه حال میسر می‌سازد و پردازشهای خودکار اضطراب و افسردگـی را کاهش می‌دهد (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵). مراقبه ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه ای از مغز می شود که سبب ایجاد عواطـف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌شود (دیویدسون[9] و همکاران، ۲۰۰۳). برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی[10]، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون

1. Ledrich & Gana
2. Pagnini
3. Khoury
4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
5. Ost
6. Kabat-Zinn
7. Segal
8. Mindfulness-Based Stress Reduction
9. Davidson
10. Desensitization

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

داوری، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تاثیر بر این فرایندها می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش دهد و به پیشگیری از عود مصرف مواد یاری رساند(برزلین[1] و همکاران، ۲۰۰۲).

همچنین مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی مانند کاهش درد (کابات- زین، ۲۰۰۳)، اضطراب و افسردگی (کابات- زین و همکاران، ۱۹۹۲) و استرس (اسپسا[2] و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد. مطالعه کابات - زین (۲۰۰۳) نشان داد که درمان با ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و افسردگی بیماران جسمی موثر است (کابات- زین، ۲۰۰۳). تحقیقات دیگر نشان داده است که ذهن‌آگاهی، خلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش می‌دهد (زیدان[3] و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی بیماران تاثیر می‌گذارد (بولمایر[4] و همکاران، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش عزت‌نفس می‌انجامد (گلدین و گروس[5]، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات پیشین، آموزش ذهن‌آگاهی، سبب کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می‌شود (ایوانز[6] و همکاران، ۲۰۰۸)، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳) و از عود افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین پژوهشهای کیِیسا[7] و همکاران (۲۰۱۵) در بیماران مبتلا به افسردگی؛ مطالعه کرین[8] و همکاران (۲۰۱۴) در مورد تاثیر پیوستگی میان تمرینات خانگی ذهن آگاهی و پیامدهای آن در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ پژوهش گادفرین و ون‌هرینگن[9] (۲۰۱۰) در بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در عود افسردگی شرکت کنندگان و همچنین بررسی خلق و خو و کیفیت زندگی آنان و نیز پژوهش بارنهوفر[10] وهمکاران (۲۰۰۹) به بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی(ترکیبی از مدیتیشن و مداخلات برگرفته از درمان شناختی) در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن پرداخته اند. با توجه به اینکه در همهٔ پژوهشهای انجام شده تا به حال، تاثیر

1. Breslin
2. Speca
3. Zeidan
4. Bohlmeijer
5. Goldin & Gross
6. Evans
7. Chiesa
8. Crane
9. Godfrin & van Heeringen
10. Barnhofer

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی و درماندگی آموخته شده مورد بررسی قرار نگرفته است، ازاین‌رو براساس مبانی نظری و پژوهشی، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی و نیز درماندگی آموخته شده دانش‌آموزان دختر نوجوان است.

روش

تحقیق حاضر پژوهشی از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمایش است.

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش همهٔ دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان روزانه دولتی مریم در شهر خرمشهر بوده است که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بوده اند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ دانش‌آموز دختر بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند. از میان پایه‌های تحصیلی، سال سوم و سپس دو کلاس از سه کلاس رشته انسانی بصورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب گردید و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن[1]: برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن استفاده شده است. پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن را در سال ۱۹۸۲ پیترسون[2]، سمل[3]، فن‌بایر[4]، آبرامسون، متالسکی[5] و سلیگمن ساخته اند. سپس در سال ۱۹۸۴ پیترسون و سلیگمن آن را مورد تجدید نظر قرار داده اند. این پرسشنامه که ارائه دهنده میزان خودسنجی[6] آزمودنی از الگوهای سبکهای مورد انتظار خود در تبیین علّی حوادث خوب و بد است شامل ۱۲ موقعیت فرضی است که نیمی از آنها موقعیتهای خوب و نیمی دیگر موقعیتهای بد است. همچنین نیمی از آنها در زمینهٔ روابط میان- فردی است در حالی‌که نیم دیگر در مورد رسیدن یا نرسیدن به موقعیتی فرضی است.

مطالعات متعددی همسانی درونی پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده است. به عنوان مثال، پیترسون و همکاران (۱۹۸۲) میزان آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برای سه زیرمقیاس

1. Attributional Style Questionnaire (ASQ)
2. Peterson
3. Semmel
4. Von Baeyer
5. Metalsky
6. Self-report

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

مرکزتوجه، ثبات و پایداری و کلی بودن میان ۰/۴۴ تا ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای دیگر پیترسون و سلیگمن (۱۹۸۴) میزان آلفای کرونباخ برای ۱۸ موقعیت بد پرسشنامه تجدید نظر شده را میان ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ گزارش نموده‌اند. در مورد روایی پرسشنامه نیز پیشینه ای طولانی دربارهٔ روایی ملاکی و روایی سازه وجود دارد. در پژوهش سلیگمن و همکاران (۱۹۸۲) روایی سازهٔ پرسشنامه اثبات شده است. در داخل ایران نیز در زمینهٔ پایایی پرسشنامه سبکهای اسنادی تحقیقاتی صورت گرفته است. از جمله رجبی و شهنی‌ییلاق (۱۳۸۴) در یک مطالعه مقدماتی پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای سبکهای اسنادی مثبت ۰/۷۶ و برای سبکهای اسنادی منفی ۰/۸۱ گزارش کرده اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر که میان دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان رشته علوم انسانی اجرا شده،۰/۶۷ به دست آمده است.

روش اجرا

ابتدا دانش آموزان فرمهای رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. سپس پیش‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) شرکت کردند. پس از پایان جلسات، دانش آموزان هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه سبک اسنادی سلیگمن را تکمیل کردند. در این آموزش، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند که چطور به شیوه‌ای متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکارشان متمرکز شوند. آنها همچنین یاد می‌گیرند که چگونه جهت افکار خودآیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و آنها را در چشم اندازی وسیع‌تر ببینند.

اهداف جلسات

۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حسهای بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربهٔ بودن در لحظه
۲. توجه به احساسات و افکار و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند
۳. مهارتهای پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی
۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن فعالیتها، فرار یا اجتناب از موقعیتهای سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

۶. آگاه شدن از علائم درماندگی آموخته‌شده و اهمال‌کاری در امور

۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق

برای اجرای پژوهش، پس از اخذ مجوزهای موردنیاز و هماهنگی با مسئولان، رضایتنامه آگاهانه کتبی و شفاهی از دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش دریافت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و انجام پژوهش هیچگونه ضرر و زیان را متوجه آنها نخواهد کرد. به منظورتجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین، واریانس و انحراف استاندارد استفاده شده است. همچنین در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است.

یافته‌ها

شاخصهای توصیفی به دست آمده شامل میانگین، واریانس و انحراف معیار آزمودنیها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در قالب جداول ۱ تا ۳ ارائه می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف‌معیار خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای مثبت در دو گروه آزمایش وکنترل در پیش‌آزمون-پس‌آزمون

گروه		درونی		پایدار		کلی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۵/۶۸	۰/۷۵۸	۵/۱۸	۱/۰۴	۵/۴۰	۰/۶۴۲
	کنترل	۵/۹۶	۰/۹۶۴	۵/۲۶	۰/۹۳۷	۵/۰۶	۰/۵۹۶
پس آزمون	آزمایش	۶/۲۵	۰/۷۴۸	۵/۷۴	۰/۶۴۸	۵/۵۵	۰/۵۶۴
	کنترل	۵/۵۹	۱/۰۵	۵/۱۴	۱/۰۴	۴/۶۷	۰/۸۰۴

جدول شماره ۱ شامل میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون-پس‌آزمون خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای مثبت (درونی، پایدار، کلی) در دو گروه آزمایش و کنترل است. نتایج نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی میان میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش میانگین سبکها وجود دارد.

جدول ۲: میانگین و انحراف‌معیار خرده‌مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون-پس‌آزمون

گروه		بیرونی		ناپایدار		خاص	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۶۲	۱/۰۲	۳/۹۸	۰/۸۰۴	۳/۷۵	۰/۸۷۲
	کنترل	۳/۶	۰/۶۱۲	۴/۱۶	۰/۶۹۰	۳/۹۹	۰/۹۳۵
پس‌آزمون	آزمایش	۴/۵۸	۱/۲۲۹	۴/۴۴	۰/۹۸۲	۴/۴۳	۱/۱۰۵
	کنترل	۳/۵۸	۰/۵۸۷	۳/۵۸	۰/۵۹۴	۳/۶۲	۰/۶۸۶

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

جدول شماره ۲ شامل میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون خرده مقیاسهای سبک اسناد رویدادهای منفی (بیرونی، ناپایدار، خاص) در دو گروه آزمایش و کنترل است. نتایج نشانگر آن است که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی میان میانگین نمرات دو گروه وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش تا حدودی افزایش داشته است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سبک اسناد مثبت و منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	سبک اسناد رویدادهای مثبت				سبک اسناد رویدادهای منفی			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۵/۴۱	۰/۷۸۴	۵/۸	۰/۵۷۳	۳/۷۸	۰/۶۵۶	۴/۴۵	۰/۷۶۱
کنترل	۵/۴۹	۰/۶۵۹	۵/۱	۰/۹۰۱	۳/۸۷	۰/۴۲۵	۳/۷۱	۰/۳۷۷

جدول شماره ۳ شامل میانگین و انحراف معیار سبک اسناد رویدادهای مثبت و منفی دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج به دست آمده، این یافته را به دست می‌دهد که میانگین سبک اسناد رویدادهای مثبت و منفی در پیش‌آزمون چندان تفاوتی با هم نداشته‌اند، اما میانگین این سبکها در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش داشته است.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات به دلیل حجم کم گروهها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف و شاپیرو-ویلک استفاده شده است.

جدول ۴: بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرها با بهره‌گیری از آزمون شاپیرو ویلک

متغیرها		شاپیرو ویلک		
		مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
درماندگی آموخته شده	سبک اسناد مثبت	۰/۹۳۸	۳۰	۰/۰۸
	سبک اسناد منفی	۰/۹۶۱	۳۰	۰/۳۳۴

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول شماره ۴ و آزمون شاپیرو ویلک و اینکه مقادیر به دست آمده برای متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین شرط برابری واریانس درون- گروهی و توزیع نرمال داده‌ها برقرار است.

جدول ۵: بررسی نرمال بودن داده‌های متغیرها با بهره‌گیری از آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیرها		کولموگروف-اسمیرنف		
		مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
درماندگی آموخته شده	سبک اسناد مثبت	۰/۱۴۵	۳۰	۰/۱۱۱
	سبک اسناد منفی	۰/۱۳۷	۳۰	۰/۱۵۴

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

با توجه به جدول شماره ۵ و نتایج به دست آمده از آزمون که سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است، بنابراین شرط برقراری نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است.

جدول ۶: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروهها

متغیرهای وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سبک اسناد مثبت	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۵۱۳
درونی مثبت	۲/۸۲۴	۱	۲۸	۰/۱۰۴
پایدار مثبت	۰/۳۸۵	۱	۲۸	۰/۵۴
کلی مثبت	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۸۱
سبک اسناد منفی	۳/۶۵۹	۱	۲۸	۰/۰۶۶
بیرونی منفی	۲/۹۴۹	۱	۲۸	۰/۰۹۷
ناپایدار منفی	۰/۱۲۳	۱	۲۸	۰/۷۲۸
خاص منفی	۰/۰۵۸	۱	۲۸	۰/۸۱۱

جدول شماره ۶ نتایج آزمون لوین را نشان می‌دهد. نتایج نمایانگر این مطلب است که سطح معناداری برای تمام متغیرها و خرده مقیاسها در گروهها از ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین می‌توان گفت واریانس گروهها از تجانس لازم برخوردار است.

فرضیه اصلی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب افزایش سبک اسناد رویدادهای مثبت در دانش‌آموزان می‌شود.

جدول ۷: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد کلی مثبت

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم‌گیری
پیش‌آزمون	۳/۸۴۷	۱	۳/۸۴۷	۱۰/۷۴۵	۰/۰۰۳
گروه	**۳/۱۰۷**	**۱**	**۳/۱۰۷**	**۸/۶۷۸**	**۰/۰۰۷**
خطا	۹/۶۶۶	۲۷	۹/۶۶۶		
کل	۸۰۳/۸۷۶	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد کلی مثبت تفاوت معنادار وجود دارد ($F=$ ۸/۶۷۸ و $P=$ ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک کلی اسناد درونی رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

جدول ۸: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر اسناد درونی رویدادهای مثبت

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم‌گیری
پیش‌آزمون	۵/۹۱۴	۱	۵/۹۱۴	۱۵/۵۵۶	۰/۰۰۱
گروه	**۴/۰۴۵**	**۱**	**۴/۰۴۵**	**۱۰/۶۴۲**	**۰/۰۰۳**
خطا	۱۰/۲۶۴	۲۷	۰/۳۸۰		
کل	۹۱۱/۲۵۳	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد درونی مثبت تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۱۰/۶۴۲ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار میان نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد درونی رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۹: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد پایدار مثبت

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم‌گیری
پیش‌آزمون	۴/۷۳۴	۱	۴/۷۳۴	۷/۴۵۸	۰/۰۱۱
گروه	**۵/۱۹۵**	**۱**	**۵/۱۹۵**	**۸/۱۸۴**	**۰/۰۰۸**
خطا	۱۷/۱۴۰	۲۷	۰/۶۳۵		
کل	۸۸۲/۶۸۵	۳۰			

همان گونه که در جدول ۹ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد پایدار مثبت تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۸/۱۸۴ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد پایدار رویدادهای مثبت است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۰: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد بیرونی منفی

	مجموع مجذورات میانگین	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم گیری
پیش‌آزمون	۷/۰۳۷	۱	۷/۰۳۷	۱۰/۰۱۵	۰/۰۰۴
گروه	۷/۳۵۶	۱	۷/۳۵۶	۱۰/۴۶۹	۰/۰۰۳
خطا	۱۸/۹۷۱	۲۷	۰/۷۰۳		
کل	۵۳۴/۴۶۲	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۱۰ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد بیرونی منفی تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۱۰/۴۶۹ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد بیرونی رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۱: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی

	مجموع مجذورات میانگین	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم گیری
پیش‌آزمون	۲/۵۴۲	۱	۲/۵۴۲	۴/۳۱۴	۰/۰۴۷
گروه	۶/۳۴۸	۱	۶/۳۴۸	۱۰/۷۷۱	۰/۰۰۳
خطا	۱۵/۹۱۲	۲۷	۰/۵۸۹		
کل	۵۰۷/۲۲۷	۳۰			

همان گونه که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۱۰/۷۷۱ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد ناپایدار رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

جدول ۱۲: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد خاص رویدادهای منفی

	مجموع مجذورات میانگین	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم گیری
پیش‌آزمون	۵/۷۴۰	۱	۵/۷۴۰	۸/۶۲۶	۰/۰۰۷
گروه	۶/۳۸۳	۱	۶/۳۸۳	۹/۵۹۲	۰/۰۰۵
خطا	۱۷/۹۶۷	۲۷	۰/۶۶۵		
کل	۵۱۴/۷۱۸	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۱۲ می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد خاص رویدادهای منفی تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۹/۵۹۲ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد خاص رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

جدول ۱۳: تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر سبک اسناد رویدادهای منفی

	مجموع مجذورات میانگین	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معیار تصمیم گیری
پیش‌آزمون	۱/۹۳۶	۱	۱/۹۳۶	۶/۳۹۰	۰/۰۱۸
گروه	۴/۵۹۸	۱	۴/۵۹۸	۱۵/۱۷۴	۰/۰۰۱
خطا	۸/۱۸۲	۲۷	۰/۳۰۳		
کل	۵۱۳/۲۶۱	۳۰			

همان گونه که در جدول شماره ۱۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که میان گروههای آزمایش و کنترل از لحاظ سبک اسناد منفی تفاوت معنادار وجود دارد (F= ۱۵/۱۷۴ و P= ۰/۰۵). در واقع پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنادار در نمرات دو گروه در پس‌آزمون وجود دارد، بنابراین فرض صفر رد می‌شود و فرض مقابل که تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش سبک اسناد رویدادهای منفی است، پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان دختر دوره متوسطه بوده است. براساس نتایج به دست آمده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سبب افزایش سبکهای اسنادی رویدادهای مثبت و منفی در دانش‌آموزان شده است؛ افزایش در سبکهای اسنادی رویدادهای منفی نسبت به رویدادهای مثبت بیشتر بوده است، اما درمجموع شاهد کاهش معنادار درماندگی آموخته‌شده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بوده‌ایم. یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبکهای اسنادی دانش آموزان با پژوهشهای شریفی درآمدی (۱۳۹۳)، حقی و همکاران (۱۳۹۳)، رستمی و همکاران (۱۳۹۳)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، ولیدی‌پاک و همکاران (۱۳۹۴)، یوسفیان و اصغری‌پور (۱۳۹۴)، حناساب‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۷)، کیِیسا و همکاران (۲۰۱۵)، کرین و همکاران (۲۰۱۴)، گادفرین و ون‌هرینگن (۲۰۱۰) و بارنهوفر و همکاران (۲۰۰۹) همسویی داشته است.

اسناد اهمیت دارد، زیرا تبیینی که برای توضیح یک پیامد استفاده می‌شود واکنشهای هیجانی تولید می‌کند. به دنبال پیامدهای مثبت، معمولاً احساس خوشحالی می‌کنیم و به دنبال پیامدهای منفی، احساس غمگینی یا ناکامی به ما دست می‌دهد. واکنش هیجانی وابسته به پیامد، ارزیابی اولیه پیامد محسوب می‌شود. هیجانهای اصلی شادی و غم صرفاً به دنبال پیامدهای خوب و بد می‌آیند. در نظریه اسنادی، افزون بر ارزیابی اولیه پیامد، شخص، موفقیت و شکست خود را تبیین می‌کند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

وقتی که پیامد تبیین شد، هیجانهایی جدید برای متمایز کردن واکنش هیجانی اولیه شادی–غم به هیجانهای ثانویه خاص آشکار می‌شوند. اسناد چرایی وقوع پیام، ارزیابی ثانویه پیامد را به وجود می‌آورد. نظریه انتساب عمدتاً به چهار توجیه برای موفقیت و شکست در موقعیتهای پیشرفتی می‌پردازد: توانایی، تلاش، دشواری تکلیف و شانس. انتسابهای توانایی و تلاش درونی هستند و انتسابهای دشواری تکلیف و شانس بیرونی. توانایی حالت نسبتاً پایدار و تغییرناپذیر است؛ تلاش می‌تواند تغییر کند. همین‌طور دشواری تکلیف، اصولاً ویژگی پایدار است درحالی‌که شانس ناپایدار است. وقتی‌که دانش‌آموزان موفق می‌شوند، دوست دارند باور کنند که علت آن این بوده است که آنها باهوش هستند (انتساب درونی، پایدار)، نه به‌این‌علت که آنها خوش‌شانس بوده اند یا تکلیف آسان بوده است، یا حتی به‌این‌علت که آنها سخت تلاش کرده‌اند (زیرا «سخت تلاش کردن» احتمال موفقیت آنها را در آینده پیش‌بینی نمی‌کند). در مقابل، دانش‌آموزانی که شکست می‌خورند، دوست دارند باور کنند بدشانسی آورده‌اند (انتساب بیرونی، ناپایدار) که امکان موفق شدن را در آینده میسر می‌سازد.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن شامل پنج مکانیسم است. توصیف کردن، مشاهده کردن، عمل کردن با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش‌دهی (بارنهوفر و کرین، ۲۰۰۹). در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن هدف آن است که فرد بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخهایی که آنها معمولاً بر می‌انگیزانند، جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد. در جلسات به دانش آموزان آموزش داده شد تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌هایی جدید را برای مدیریت چنین شرایطی بیاموزند، اما آنچه بیشتر اولویت داشت توانمند شدن آنان برای بازگشت دوباره به لحظه حال است که برای این هدف باید حضور ذهن را با کمک تنفس داشته باشند.

با مرور نتایج پژوهش مشخص شد که سبکهای اسنادی منفی گروه آزمایش و درماندگی آموخته‌شده در آنان بعد از مداخلهٔ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش داشته است که این میزان کاهش در گروه کنترل مشاهده نشده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دانش‌آموزانی که تحت تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی قرار داشتند رویدادهای مثبت را بیشتر به علل درونی، پایدار و کلی و رویدادهای منفی را نیز بیشتر به علل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی اسناد داده‌اند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

بعد درونی- بیرونی باورها، عزت‌نفس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر شخص حادثه ناخوشایند را به عاملی درونی نسبت دهد احتمال بیشتری برای کاهش عزت‌نفس وجود دارد و اگر آن را با یک عامل بیرونی تبیین کند، احتمال فوق کمتر می‌شود و البته تبیین حوادث خوب با عوامل درونی هم سبب افزایش عزت‌نفس و کاهش درماندگی می‌شود. از طرفی نیز در پیشینه پژوهش به این مسئله اشاره شد که یکی از دلایل اهمال‌کاری می‌تواند عزت‌نفس پایین باشد. بنابراین افزایش سبک اسناد بیرونی که سبب افزایش عزت‌نفس می‌شود، سبب کاهش درماندگی می‌شود.

پایدار بودن باورهای علّی، سبب مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می‌شود. اگر حادثه‌ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود واکنشهای درماندگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارد، اما اگر حادثهٔ مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنشهای درماندگی نیز کوتاه‌مدت خواهند بود. از طرفی نیز چنانچه حوادث خوب به عواملی پایدار نسبت داده شود با کاهش درماندگی آموخته‌شده مواجه خواهیم بود.

سرانجام کلی بودن باورهای علّی بر گسترش نقایص متعاقب حوادث بد تأثیرمی‌گذارد. اگر شخص معتقد باشد که یک عامل کلی و فراگیر حادثه ناخوشایند را به وجود آورده است، نقایص مبتنی بر درماندگی در موقعیتهای متعدد رخ خواهد داد، اما اگر شخص باور داشته باشد که یک عامل خاص علت حادثه است نارساییها و مشکلات بعدی محدود خواهند بود.

به نظر می‌رسد تمرینهای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات دانش آموزان و نیز عملکرد آنها تاثیر خوبی دارد. از این رو با توجه به موثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندیهای این روش در سبکهای اسنادی دانش آموزان، پیشنهاد می‌شود که به منظور آشنایی مشاوران با ذهن‌آگاهی و اجرای هر چه بهتر آن در مدارس و مراکز مشاوره وابسته به آموزش و پرورش کارگاههای آموزشی ذهن‌آگاهی و دوره‌های ضمن خدمت برگزار شود.

پژوهش حاضر به عنوان پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه، صرفاً دربارهٔ دانش‌آموزان دختر انجام شده است. پیشنهاد می‌شود که پژوهشهایی در مورد دانش آموزان پسر نیز انجام شود. این کار هم قابلیت تعمیم‌پذیری را بالا می‌برد و هم امکان مقایسه را در دو گروه فراهم می‌کند. همچنین در پژوهشهای آتی پیشنهاد می‌شود که پیگیری طولانی‌مدت برای سنجش اثربخشی درمان در درازمدت انجام شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

منابع

السون، میتو اچ. و هرگنهان، بی. آر. (۱۳۹۵). *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*، ترجمه علی اکبر سیف، ویرایش هشتم. تهران: نشر دوران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۹).

حقی، اکبر؛ سلیمی، سید حسین؛ دباغی، پرویز و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر کیفیت زندگی کارکنان نظامی. *نشریه پرستار و پزشک در رزم*، ۲ (۳)، ۶۴-۷۱.

حناساب‌زاده اصفهانی، مریم؛ یکه یزدان‌دوست، رخساره؛ غرایی، بنفشه و نژادفرید، علی‌اصغر. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی (MBCT) برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱ (۱)، ۴۵-۳۵.

رجبی، غلامرضا و شهنی‌ییلاق، منیجه. (۱۳۸۴). اثرات جنسیت و رشته تحصیلی بر سبکهای اسنادی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اهواز و یافته‌های روانسنجی مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و علوم انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲ (۴۵)، ۱۵-۳۲.

رستمی، اعظم؛ شریعت‌نیا، کاظم و خواجوندخوشلی، افسانه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه خودکارآمدی و ذهن‌آگاهی با نشخوار فکری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود. *فصلنامه علوم پزشکی*، ۲۴ (۴)، ۲۵۴-۲۵۹.

روزنهان، دیوید ال. و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۹۲). *روانشناسی نابهنجاری، آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ارسباران.

سیف، علی اکبر. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی تربیتی (رشته علوم تربیتی-روانشناسی). تهران:* نشر دانشگاه پیام نور.

شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی در افراد بزرگسال با اختلال‌های طیف درخودماندگی. *مجله مطالعات روانشناسی بالینی*، ۴ (۱۴)، ۹۹-۱۱۸.

فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و موحدی، معصومه. (۱۳۹۲). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *نشریه پرستاری قلب و عروق ایران*، ۲ (۴)، ۶-۱۴.

کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و جواهری، فروزان. (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد. *نشریه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۲ (۲)، ۵-۱۴.

کریمی، رامین. (۱۳۸۹). *مارتین سلیگمن، نظریه درماندگی آموخته شده و روان‌شناسی مثبت نگر(بزرگان روانشناسی و تعلیم و تربیت)*. تهران: انتشارات دانژه.

ولیدی‌پاک، آذر؛ خالدی، شادیه و معینی‌منش، کیومرث. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی. *مجله علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*،۴ (۱۴)، ۶۲-۷۸.

یوسفیان، فهیمه و اصغری‌پور، نگار. (۱۳۹۲)، مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵ (۵۹)، ۲۰۵-۲۱۵.

Abramson, L. Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87* (1), 49-74.

Barnhofer, T., & Crane, C. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy for depression and suicidality. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 221-243). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J.M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, *47*(5), 366-373.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(6), 539-544.

Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(3), 275-299.

Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Giommi, F. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research*, *226*(2-3), 474-483.

Crane, C., Crane, R.S., Eames, C., Fennell, M.J., Silverton, S., Williams, J.M., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in mindfulness based cognitive therapy on hazard of relapse to depression in the staying well after depression trial. *Behavior Research and Therapy*, *63*, 17-24.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., … Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564-570.

Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Signet Books.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(4), 716-721.

Godfrin, K.A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, *48*(8), 738-746.

Goldin, P.R., & Gross, J.J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83-91.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 144-156.

Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American of Journal Psychiatry*, *149*(7), 936-943.

Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahiray, H. (2005). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Advances in Cognitive Science*, *7*(1), 49-59.

Khoury, B., Langer, E. J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: Mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in Psychology*, 5, 602. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00602

Ledrich, J., & Gana, K. (2013). Relationship between attribution style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]

equation-modelling approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 86*(4) 413-430. http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02067.x

Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, *46*(3), 296-321.

Pagnini, F., Phillips, D., Bosma, C. M., Reece, A., & Langer, E. (2015). Mindfulness, physical impairment and psychological well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology & Health*, *30*(5), 503-517. doi: 10.1080/08870446.2014.982652.

Pagnini, F., Bercovitz, K., & Langer, E. (2016). Perceived control and mindfulness: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, *26*(2), 91-102.

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(3), pp. 287-300. doi: 10.1007/bf01173577

Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and Evidence. *Psychological Review*, *91*(3), 347-374.

Segal, Z.V., Williams, J.M. G., & Teasdale, J.D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press.

Seligman, M. E. P., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*(2), 235-238.

Speca, M., Carlson, L.E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*(5), 613-622.

Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19*(2), 597-605.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.5.9]