

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان

لیلا عظیمی

فارغ التحصیل کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود. طرح پژوهش، آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ آزمودنی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی براساس کتاب شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی کرین (۱۹۹۸)، ترجمه خوش لهجه صدق، (۱۳۹۱) و درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (بائر، ۲۰۱۴) به مدت ۸ جلسه روی گروه آزمایش اعمال گردید. بعد از اتمام مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و روش آماری تحلیل کوریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور معنی‌داری اضطراب و افسردگی را در افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کاهش داده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان یک شیوه روان‌درمانی مؤثر در کاهش علائم و نشانه‌های مشکلات روانی و بهبود زندگی شاد کمک کرده و موجب بهبود کیفیت زندگی دانشجویان گردد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

۱- مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است و با پیامدهای منفی گوناگونی مانند اختلالات خلقی، سوء مصرف مواد و مشکلات شغلی همراه است (هیگا-مک میلان، فرانسیس، ریت-نجریان و چورپیتا^۱، ۲۰۱۶). اضطراب^۲، مرحله پیشرفته استرس مزمن است و هنگامی به صورت یک مشکل روانی در می‌آید که مانع رسیدن فرد به اهدافش شود یا در انجام کارهای روزانه و عادی او اختلال ایجاد کند (تیرانانچی، کر، امین، رکسارانگتام و لاو^۳، ۲۰۱۷). اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که فرد را گوش به زنگ می‌کند؛ یعنی فرد را متوجه می‌کند که خطری در راه است و باعث می‌شود فرد بتواند برای مقابله با خطر اقدام کند (سادوک، سادوک و روئیز^۴، ۲۰۱۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۳). شخص مضطرب در مورد خطرات ناشناخته بسیار نگران است. علاوه بر آن، فرد مضطرب ترکیبی از این علائم را دارد: تپش قلب، تنگی نفس، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی و لرزش که همه این علائم جسمانی با ترس و اضطراب همراه است (رشیدی، آتش‌پور و بادامی، ۱۳۹۲).

از سویی، افسردگی^۵ در حال حاضر جدی‌ترین بیماری قرن تلقی شده و به گزارش دانشگاه هاروارد تا سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری‌های شایع قرار می‌گیرد (هتچ، پوتر، مارتوس، روس و فروید^۶، ۲۰۱۹). افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات عصب روانپزشکی است که امکان ابتلا به آن در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان‌ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند (هیرش^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی با ایجاد پیامدهای گوناگون منفی بر افکار، احساسات و عملکرد سبب کاهش تاب‌آوری افراد در برابر مشکلات و تضعیف بهزیستی روانشناختی آن‌ها می‌گردد (تیلور، تیلور، گوین و چترز^۸، ۲۰۱۶). افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. احساس غمگینی و از دست دادن علاقه که باعث کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه با تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش نیز روی می‌دهد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵، ترجمه گنجی، ۱۳۹۳). علل ابتلا به افسردگی عموماً به تغییرات شیمیایی عصبی برمی‌گردد که در اثر آسیب‌های فیزیکی و روانی، عوامل اجتماعی، حوادث ناخوشایند، عوامل ژنتیکی و مصرف برخی داروها می‌تواند بروز کند (کسلر و برومت^۹، ۲۰۱۳).

مداخلات روانشناختی می‌توانند سطوح مختلف اضطراب و افسردگی را در بیماران کاهش دهند (آلمانی، میرا و روین^{۱۰}، ۲۰۱۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۱} (MBCT) در سال ۱۹۹۲ به منظور جلوگیری از بازگشت افسردگی ابداع شد (سگال، تیزدیل و ویلیامز^{۱۲}، ۲۰۰۲). این روش درمانی، ترکیبی خلاقانه از شناخت درمانی بک^{۱۳} و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات-زین^{۱۴} است (وبی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۵). این روش، یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز

^۱. Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita

^۲. anxiety

^۳. Teeraananchai, Kerr, Amin, Ruxrunghamn, & Law

^۴. Sadock, Sadock, & Ruiz

^۵. depression

^۶. Hatch, Potter, Matus, Rose, & Freude

^۷. Hirsch

^۸. Taylor, Nguyen, & Chatters

^۹. Kessler & Bromet

^{۱۰}. Almaani, Meara, & Rovin

^{۱۱}. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

^{۱۲}. Segal, Teasdale, & Williams

^{۱۳}. Beck

^{۱۴}. Kabat-Zinn

^{۱۵}. Vibe

بر خود استوار است و در تلاش است با تغییر در ادراکات افراد از رویدادهای زندگی به آن‌ها یاری رساند (ایسر^{۱۶}، ۲۰۱۲). در این روش، آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند، قبل از آن که تسلیم حوادث و رویدادهای زندگی شوند، به روش خاص، دارای هدف، دارای نظم و جدای از هرگونه پیشداوری و قضاوت کردن، حوادث زندگی خود را بپذیرند (شیرر، هانت، چودهری و نیکل^{۱۷}، ۲۰۱۵). بر این اساس، پژوهشگران، این مداخله را یک نگرش منطقی نسبت به مسائل کنونی زندگی می‌دانند که تاکنون به روشی دیگر به آن توجه می‌شده است (ایسنتراس، چرتار و مکین^{۱۸}، ۲۰۱۲). اگر چه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برای اولین بار برای درمان افسردگی ابداع شد، اما در دهه‌های اخیر در زمینه‌های مختلف و برای درمان مشکلات روانی به کار گرفته شده و از پشتوانه تجربی بالایی بهره‌مند است (ترخان، ۱۳۹۷). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان رویکردی منحصر به فرد برای رفع طیف وسیعی از مشکلات بالینی و زیربالینی مانند استرس، دردهای مزمن، اضطراب یا افسردگی به وجود آمده است (تور^{۱۹}، ۲۰۲۰).

طالبی (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان داد که مراقبه ذهن‌آگاهی تأثیر معنی‌داری بر اضطراب نداشت، اما موجب افزایش معنی‌دار شادی در گروه آزمایش شد. قمری، قاسم‌زاده و حسینیان (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی، اضطراب را کاهش داده است. پیشگاهی، دانش و سلیمی‌نیا (۱۳۹۹) در پژوهشی دریافت که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب در گروه مداخله شد. اصفهانی و عقیلی (۱۳۹۹) در پژوهشی دریافتند که در گروه آزمایش پس از انجام درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نمرات افسردگی کاهش معنی‌داری نشان داد. وجدیان، عارفی و منشئی (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان محور بر افسردگی و اضطراب دختران دارای شکست عاطفی تأثیر معنی‌داری دارد. نتایج پژوهش نامور، خرمی، نورالهی و پورنعمت (۱۳۹۹) نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر استرس با گروه گواه در متغیرهای اضطراب و افسردگی وجود دارد و میزان افسردگی و اضطراب را در بیماران کاهش داده است. زمستانی و فاضلی نیکو (۱۳۹۸) دریافتند که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان اثر داشته و این نتایج تا مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. نتایج پژوهش ریتوو^{۲۰} (۲۰۲۱) نشان داد که ذهن‌آگاهی باعث کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و استرس شده است. ماهر و کوردوا^{۲۱} (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که آموزش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی مانند افسردگی و اضطراب و اعتیاد به موادمخدر از طریق بهبود راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجانی مؤثر است. دهیلون، اسپارکس و دوریت^{۲۲} (۲۰۱۷) در بررسی فراتحلیلی دریافتند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند برای علائمی مانند اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده و سطح آگاهی در دوران بارداری مفید است. یافته‌های پژوهشی دیمیجیان^{۲۳} (۲۰۱۶) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش علائم افسردگی و جلوگیری از بازگشت و عود علائم افسردگی زنان طی دوره بارداری و پس از آن می‌شود.

¹⁶. Esser

¹⁷. Shearer, Hunt, Chowdhury, & Nicol

¹⁸. Eisendrath, Chartier, & Mclane

¹⁹. Torre

²⁰. Ritvo

²¹. Maher & Cordova

²². Dhillon, Sparkes, & Duarte

²³. Dimidjian

با توجه به اهمیت دانشجویان برای آینده یک جامعه و مشکلات و معضلات دوران دانشجویی، انتظارات افراد جامعه از دانشجویان، نیازها و انتظارات دانشجویان، ضرورت بررسی یک روان‌درمانی کوتاه مدت را در این زمینه آشکار می‌سازد. از سوی دیگر، هر چند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کارایی بالایی از نظر میزان ماندگاری و تطابق‌پذیری در کاهش بسیاری از اختلالات روانشناختی در جمعیت‌های بالینی برخوردار بوده است، اما کمتر به بررسی اثربخشی آن در بین دانشجویان توجه شده است. از این رو، پژوهشگر در پژوهش حاضر در پی آن بود تا دریابد که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان اثربخش است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و با استفاده از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌های در گروه‌های آزمایشی و گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. روش انتخاب نمونه بدین صورت بود که از بین دانشکده‌های علوم انسانی و علوم پایه این دانشگاه، ۸ کلاس به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و ابزار پژوهش در بین آن‌ها توزیع شد. پس از جمع‌آوری کامل ابزار، تعداد ۳۰ نفر که نمرات بالاتری در ابزار به دست آورده بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل نداشتن سابقه بیماری روانی، نداشتن سوء مصرف مواد و روان‌گردان‌ها، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و عدم شرکت در هر گونه مداخله آموزشی یا درمانی و معیارهای خروج شامل عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب بک^{۲۴} (BAI): پرسشنامه اضطراب توسط بک و استیر^{۲۵} (۱۹۹۰) برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۰) تا شدید (۴) نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های پرسشنامه یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. دامنه نمرات اضطراب از ۰ تا ۶۳ می‌باشد. در صورتی که نمره به دست آمده بین ۰-۷ باشد آزمودنی هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ نشان‌دهنده اضطراب شدید است. بک، اپستین، براون^{۲۶} و استیر (۱۹۸۸) روایی همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه‌های اضطراب حالت، اضطراب صفت، اضطراب روزانه و افسردگی بک به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۴۷، ۰/۵۴ و ۰/۵۰ به دست آوردند. همچنین، پایایی این ابزار را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن را با فاصله زمانی یک هفته ۰/۸۱ گزارش نمودند. کاپیانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی سازه‌ای این ابزار را تأیید کرده و روایی همگرایی آن را از طریق ارزیابی کمی متخصص بالینی ۰/۷۲ محاسبه نمودند. به علاوه، پایایی آن را ۰/۹۲ و پایایی آن به روش بازآزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۸۳ گزارش کردند. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۷۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی این ابزار در نمونه پژوهشی حاضر است.

²⁴. Beck Anxiety Inventory (BAI)

²⁵. Steer

²⁶. Epstein & Brown

پرسشنامه افسردگی بک-^{۲۷} (BDI-II): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی و تشخیص آن توسط بک، وارد، مندلسون، موک و ارباغ^{۲۸} (۱۹۶۱) در یک ماده طراحی شد و دارای پنج خرده‌مقیاس افسردگی عمومی (۷ ماده)، ناامیدی (۷ ماده)، ناراحتی هیجانی آشکار (۴ ماده)، نگرش‌های منفی (۳ ماده) و اختلالات بدنی (۳ ماده) است. این پرسشنامه برای گروه سنی بزرگسال و نوجوانان بالای ۱۳ سال طراحی شده است. نمره‌گذاری ماده‌ها در یک طیف چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. این آزمون دارای چهار نقطه برش است. نمره ۱۳-۰ نشانه عدم وجود افسردگی یا افسردگی جزئی، نمره ۱۸-۱۳ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۲۹-۱۸ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید و نمره ۶۶-۳۰ نشانه افسردگی شدید است. دوزیوس و آسبون^{۲۹} (۱۹۹۸) روایی همزمان پرسشنامه را از راه همبستگی با مصاحبه روانپزشکی ۰/۷۷ به دست آوردند. همچنین، پایایی این ابزار را با استفاده از روش دونیمه‌سازی ۰/۹۰ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش نمودند. بخشانی (۱۳۸۱) ضریب همبستگی آزمون افسردگی بک و مقیاس افسردگی هامیلتون^{۳۰} (HDRS) را در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش کرد. همچنین، همبستگی سؤالات این ابزار را بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و با کل سؤالات ۰/۹۳ به دست آورد. نامور و همکاران (۱۳۹۹) پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و از طریق بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۹۴ گزارش نمودند. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی این ابزار در نمونه پژوهشی حاضر است.

خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

در این پژوهش جلسات آموزش ذهن‌آگاهی، براساس کتاب شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی کرین^{۳۱} (۱۹۹۸)، ترجمه خوش لهجه صدق، (۱۳۹۱) و درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (باثر^{۳۲}، ۲۰۱۴) و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. شرح جلسات در جدول شماره ۱ آورده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا
اول	برقراری ارتباط با هدف برقراری ارتباط و همدلی، آشنایی و معرفی برنامه و قوانین اساسی، شرح مختصری از روش مداخله، تکنیک کشمش خوردن، تمرین واری بدن، تمرین مراقبه متمرکز بر تنفس، صحبت در مورد احساسات ناشی از مراقبه‌ها، ارائه تکلیف خانگی
دوم	تمرین واری بدن، بحث در مورد این تجربه، بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، بحث در ارتباط برخی ویژگی‌های ذهن‌آگاهی مانند غیرقضاوتی بودن یا رها کردن، ارائه تکلیف خانگی
سوم	تمرین دیدن و شنیدن به نحو غیرقضاوتی، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با تمرکز بر حواس بدن،

²⁷. Beck Anxiety Inventory-II (BDI-II)

²⁸. Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

²⁹. Dozois & Uobson

³⁰. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

³¹. Crane

³². Baer

بحث در مورد تکالیف خانگی. تمرین فضای تنفسی: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی	
مراقبه نشسته، تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی و افکار (مراقبه نشسته چهار بعدی)، بحث در مورد پاسخ‌های تنیدگی و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم زدن ذهن آگاهانه، ارائه تکالیف خانگی	چهارم
انجام مدیتیشن نشسته، ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن. ارائه تکالیف خانگی: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره	پنجم
تمرین فضای تنفسی، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه تمرینی با عنوان مزاج، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه، پذیرش احساسات به عنوان احساس، ارائه تکالیف خانگی	ششم
مراقبه چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آن چه در لحظه هوشیاری وارد می‌شود. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست، ارائه تمرینی که در آن آزمودنی‌ها مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن، گونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد، آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید	هفتم
وارسی بدنی، نحوه کاربرد و استمرار تمرین‌ها در خارج از جلسات، تمرین فضای تنفسی، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، پاسخ‌گویی به سؤالات و رفع ابهام، خاتمه جلسات و اجرای پس‌آزمون	هشتم

یافته‌های پژوهش

داده‌های به دست آمده از ابزار پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در اضطراب و افسردگی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

مرحله	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب	آزمایش	۳۵	۵/۲۳
	گواه	۳۴/۴۶	۵/۴۴
افسردگی	آزمایش	۳۷/۴۶	۶/۶۳
	گواه	۳۷/۹۳	۴/۹۹

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش پیدا کرده است. در این پژوهش، قبل از بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای بررسی شرط همگنی ماتریس-کواریانس از آزمون ام‌باکس و جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین استفاده شد. جدول شماره ۳، نتایج آزمون‌های ام‌باکس و همگنی واریانس بین متغیرهای وابسته پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون ام‌باکس و آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر وابسته	ام باکس	df1	df2	F	p
اضطراب	$F=۰/۲۷$	۱	۲۸	۱/۷۰	۰/۲۰۲
افسردگی	$P=۰/۸۴۴$	۱	۲۸	۲/۷۰	۰/۱۱۱

نتایج مندرج در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین در متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین، واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در نمره متغیرهای پژوهش به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. همچنین، آزمون ام‌باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس-کواریانس به عمل آمد که با توجه به عدم معنی‌داری آن در این پژوهش، این شرط رعایت شده است ($F=۰/۲۷$, $p \geq ۰/۸۴۴$). برای بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته پژوهش گروه‌های آزمایشی و گواه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۰/۹۲	۱۴۶/۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لمبدای ویلکز	۰/۰۷	۱۴۶/۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۱/۶۹	۱۴۶/۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۱/۶۹	۱۴۶/۱۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول شماره ۴، بین گروه‌های آزمایشی و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کواریانس روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول شماره ۵، نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن تحلیل کواریانس را برای مقایسه نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های همه متغیرهای وابسته، در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا برای مقایسه پس‌آزمون متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب	۹۴/۲۶	۱	۹۴/۲۶	۱۱۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
افسردگی	۷۶/۱۰	۱	۷۵/۱۰	۹۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهند با کنترل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در اضطراب ($F=116/19$) و افسردگی ($P \leq 0/001$ و $F=95/09$) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان تأثیر معنی‌داری داشته و آن را کاهش داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی در دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی بر اضطراب دانشجویان تأثیر معنی‌داری دارد. این نتیجه با نتایج یافته‌های طالبی (۱۴۰۰) ناهمخوان و با نتایج پژوهش‌های قمری و همکاران (۱۴۰۰)، پیشگاهی و همکاران (۱۳۹۹)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، ریتوو (۲۰۲۱)، کوردوا و ماهر (۲۰۱۹) و دهیلون و همکاران (۲۰۱۷) همخوان است. آموزش ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و به ویژه جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که روی می‌دهد، کمک می‌کند (کابات-زین، ۲۰۱۳). بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات اضطراب دانشجویان نقش مهمی داشته باشد. این امر در پژوهش‌های قبلی به خوبی نشان داده شده است که ذهن‌آگاهی به افراد در تعدیل رفتارها و افکار منفی کمک می‌نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت می‌شود، قابل توجه است (جانکین^{۳۳}، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، آموزش ذهن‌آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی افراد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می‌تواند باعث شود که افراد احساسات منفی که منجر به اضطراب می‌شود، بپذیرند و از این نظر به کاهش احساسات منفی و هیجانات منفی خود بکاهند، زیرا براساس پژوهش‌ها از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که افراد می‌آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بولمایجر، پرینگر، تال و کوایچ پرس^{۳۴}، ۲۰۱۰). پژوهش وجدیان و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب دانشجویان شده است. ماتیز، فابرو، پاسچتو، کانتون، پالون و کریستینی^{۳۵} (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای که در دوران شیوع کووید-۱۹ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی منجر به بهبود قابل توجه اضطراب، افسردگی و بهزیستی روانشناختی معلمان ایتالیایی شده است. نکته دیگر این است که ذهن‌آگاهی از تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی تنفس و تن‌آرامی برخوردار است (کابات-زین،

³³. Junkin

³⁴. Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers

³⁵. Matiz, Fabbro, Paschetto, Cantone, Paolone, & Crescentini

۲۰۱۳). بنابراین، کاهش اضطراب براساس آموزش‌های ذهن‌آگاهی قابل توجه است. معمولاً افراد زمانی دچار اضطراب می‌شوند که افکار منفی و غیرارادی ذهن آن‌ها را مشغول کند و برداشت‌های منفی ذهنی را عین واقعیت فرض کنند و به آن اعتماد کنند. در ذهن‌آگاهی زمانی که به یک فرد گوش می‌دهید، حضور یک آگاهی را احساس می‌نمایید. به این ترتیب، فکر قدرت و استیلا خود را بر شما از دست می‌دهد و می‌توانید بلافاصله کنترل آن را در دست بگیرید. زمانی که یک فکر تسلیم شود، نوعی عدم پیوستگی در جریان ذهنی تجربه می‌کنید، وقفه یا شکافی به نام بی‌ذهنی. در ابتدا این وقفه‌ها کوتاه هستند و شاید چند ثانیه دوام داشته باشند، اما به تدریج طولانی‌تر می‌شوند. زمانی که این وقفه‌ها رخ می‌دهند، ثبات و آرامشی خاص درون خود احساس می‌کنید. این حس آرامش و ثبات با تمرین عمیق‌تر می‌شود و اضطراب کاهش می‌یابد (زابورک، لینچ، امان و رینگر^{۲۶}، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی بر افسردگی دانشجویان تأثیر معنی‌داری دارد. این نتیجه با نتایج یافته‌های اصفهانی و عقیلی (۱۳۹۹)، وجدیان و همکاران (۱۳۹۹)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، کوردوا و ماهر (۲۰۱۹)، دهیلون و همکاران (۲۰۱۷) و دیمیجیان (۲۰۱۶) همخوان است. نتایج پژوهش ریتوو (۲۰۲۱) نشان داد که ذهن‌آگاهی باعث کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و استرس شده است. زمستانی و فاضلی نیکو (۱۳۹۸) دریافتند که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی اثرات پایداری دارد. آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند لحظه یا تنفس شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، افسردگی کاهش می‌یابد (تیزدیل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴). آموزش ذهن‌آگاهی، از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می‌تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله نماید، کمتر به درماندگی فکر کند، از نظر شغلی و تحصیلی موفق بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی آن است که افراد می‌آموزند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بالوق^{۳۷} و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی مانند یوگا و مراقبه باعث کاهش افسردگی دانشجویان شود تا آن‌ها بتوانند با تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان طور که اتفاق می‌افتند در برابر حوادث و رویدادهای ناراحت‌کننده مقاوم‌تر شده و کمتر احساس ناامیدی و افسردگی کنند.

نمونه این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز بود، لذا تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر و سایر مقاطع تحصیلی با احتیاط باید صورت گیرد. در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، سابقه بیماری‌های خاص و سابقه خانوادگی کنترل نشده است. در نتیجه احتمال تأثیر گذاشتن روی نتیجه پژوهش وجود دارد. پیشنهاد می‌شود که در زمینه ترویج و انعکاس روش‌ها، آموزش‌های درمان روانشناختی، بهبود سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی این افراد، برنامه جامع و پیشگیرانه در مراکز درمانی-مراقبتی و حمایتی مربوط به آن‌ها تدوین و به طور کاربردی اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی کیفی در این زمینه پژوهشگران علاقمند انجام دهند تا اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پژوهش‌های پیشین با متغیرهای مختلف مورد بررسی و کنکاش قرار گیرد.

³⁶. Zarbock, Lynch, Ammann, & Ringer

³⁷. Balogh

منابع

۱. اصفهانی، مه‌ری و عقیلی، سیدمجتبی (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۲(۱)، ۶۵-۷۰.
۲. بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۱). *بررسی ابعاد شخصیتی با رویدادهای استرس‌زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده: آزمون مدل شناختی افسردگی*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم ایران.
۳. پیشگاهی، بهناز، دانش، عصمت و سلیمی‌نیا، نرگس (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب، تاب‌آوری و امید به زندگی زنان مضطرب. *روان پرستاری*، ۸(۳)، ۱۱۷-۱۰۴.
۴. ترخان، مرتضی (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان پرخاشگر. *مطالعات روانشناختی*، ۴(۲)، ۱۷۷-۱۶۱.
۵. رشیدی، علی، آتش‌پور، سیدحمید و بادامی، رخساره (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی روش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر اضطراب رقابتی ورزشکاران (مطالعه موردی: فوتبالیست‌ها). *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۱(۲۵۵)، ۱۶۱۹-۱۶۰۸.
۶. زمستانی، مهدی و فاضلی نیکو، زهرا (۱۳۹۸). عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. *روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۱)، ۱۳۹-۱۱۹.
۷. سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*. ترجمه مهدی گنجی (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ساوالان.
۸. طالبی، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان اضطراب و شادی و ذهن‌آگاهی در پرستاران. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۹(۲)، ۱۳۶-۱۲۶.
۹. قمری، محمد، قاسم‌زاده، عظیم و حسینیان، سیمین (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب و بهزیستی روانشناختی دانشجویان. *دو ماه‌نامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱)، ۸۷-۷۷.
۱۰. کاویانی، حسین و موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایران. *دانشکده پزشکی*، ۲(۶۶)، ۱۴۰-۱۳۶.
۱۱. کرین، ربکا (۱۹۹۸). *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی*. ترجمه انیس خوش‌لهجه صدق (۱۳۹۱). تهران: انتشارات بعثت.
۱۲. نامور، ملیحه، خرمی، محمد، نورالهی، عاطفه و پورنعمت، مینا (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اضطراب و افسردگی بیماران ام اس شهر بجنورد. *فصل‌نامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۱۰(۳۹)، ۱۷۹-۲۰۰.
۱۳. وجدیان، محمدرضا، عارفی، مژگان و منشئی، غلامرضا (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر افسردگی و اضطراب دختران دارای شکست عاطفی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳، ۶۱-۵۱.

14. Almaani, S., Meara, A., & Rovin, B. H. (2017). Update on lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol*, 12(5), 825-835.

15. Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Elsevier Academic.

16. Balogh, E., Veale, D. J., McGarry, T., Orr, C., Szekanecz, Z., Ng, C. T., & Biniecka, M. (2018). Oxidative stress impairs energy metabolism in primary cells and synovial tissue of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 20(1), 95-95.
17. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Anto: Psychological Corporation.
18. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-899.
19. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
20. Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effect 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.
21. Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 3(1), 1-17.
22. Dimidjian, S. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(2), 134-145.
23. Dozois, D. J. A., & Uobson, K. S. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Assess*, 10(2), 83-89.
24. Eisendrath, S., Chartier, M., & Mclane, M. (2012). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 362-370.
25. Esser, J. (2012). *The effects of mindfulness based cognitive therapy on patients with chronic anxiety and depression-a pilot study*. University of Twente, Enscheda, Netherlands.
26. Hatch, D. J., Potter, G. G., Martus, P., Rose, U., & Freude, G. (2019). Lagged versus concurrent changes between burnout and depression symptoms and unique contributions from job demands and job resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(6), 617-628.
27. Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
28. Hirsch, C. R., Krahe, C., Whyte, J., Loizou, S., Bridge, L., Norton, S., & Mathews, A. (2018). Interpretation training to target repetitive negative thinking in generalized anxiety disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(12), 1017-1030.
29. Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-age women*. A dissertation for M. A. degree Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan.
30. Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: The Random House Publishing Group.
31. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.

32. Maher, E. L., & Cordova, J. V. (2019). Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple Family Psychol Res Pract*, 8(2), 77-89.
33. Matiz, A., Fabbro, F., Paschetto, A., Cantone, D., Paolone, A. R., & Crescentini, C. (2020). Positive impact of mindfulness meditation on mental health of female teachers during the COVID-19 outbreak in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 1-22.
34. Ritvo, R. (2021). A mindfulness-based intervention for student depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *JMIR Ment Health*, 8(1), 1-10.
35. Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
36. Shearer, A., Hunt, M., Chowdhury, M., & Nicol, L. (2015). Effects of a brief mindfulness meditation intervention on student stress and heart rate variability. *International Journal of Stress Management*, 12(8), 127-135.
37. Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., & Chatters, L. (2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*, 30(2), 229-246.
38. Teasdale, J. D., & Segal, Z. V., & Williams, J. M. (1994). How does cognitive therapy prevent depression relapse and why should attentional control (mindfulness) Training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
39. Teeraananchai, S., Kerr, S. J., Amin, J., Ruxrungtham, K., & Law, M. G. (2017). Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: A meta-analysis. *HIV Med*, 18(4), 256-266.
40. Torre, G. L. (2020). Yoga and mindfulness as a tool for influencing affectivity, anxiety, mental health, and stress among healthcare workers: Results of a single-arm clinical trial. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1037-1042.
41. Vibe, M. D. Solhaug, L., Tyssen, R., Friberg, O., Jan, H., Rosenving, J. H., et al. (2015). Does personality moderate the effects of mindfulness training for medical and psychology students? *Mindfulness*, 6(2), 281-289.
42. Zarbock, G., Lynch, S., Ammann, A., & Ringer, S. (2015). *Mindfulness for therapists: Understanding mindfulness for professional effectiveness and personal well-being*. Chi Chester: Wiley-Blackwell.

Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on students' anxiety and depression

Leila Azimi

Master of General Psychology from Islamic Azad University, Tabriz Branch

Abstract: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and depression in students of Islamic Azad University, South Tehran Branch. The research design was experimental with pre-test and post-test with control group and using random alternation of subjects in experimental and control groups. The statistical population of the study included all students of the Islamic Azad University, South Tehran Branch in the academic year 2022-2023. Thirty subjects were selected by purposive sampling method and were examined in two experimental and control groups (15 people in each group). First, both groups were pre-tested. Then, mindfulness-based cognitive therapy sessions based on Crane's book on cognitive therapy based on mindfulness therapy (1998, Sadegh, 2012) and mindfulness-based therapy (Bauer, 2014) were applied to the experimental group for 8 sessions. After the intervention, post-test was performed on both groups. Data collection tools in the present study included Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory-2 (BDI-II). Data were analyzed using SPSS-24 software and statistical method of analysis of covariance. The results of data analysis showed that mindfulness-based cognitive therapy significantly reduced anxiety and depression in the experimental group compared to the control group. Therefore, it can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy can be used as an effective method of psychotherapy to reduce the signs and symptoms of mental problems and improve a happy life and improve the quality of life of students

Keywords: Anxiety, Depression, Mindfulness-Based Cognitive Therapy.
