



بررسی روایی و پایایی نسخه ایرانی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS) در مراجعان مراکز مشاوره و روان‌درمانی

Investigating the Validity and Reliability of the Persian Version of the Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) among Clients of Counseling and Psychotherapy Centers

Banafsheh Farzin Rad
Maryam Rashidian
Zeinab Shakeri Juybari
Ebrahim Dehghani Ashkezari

بنفشه فرزین راد*
مریم رشیدیان**
زینب شاکری جویباری***
ابراهیم دهقانی اشکذری****

Abstract

The aim of this study was to investigate the validity and reliability of the Persian version of the Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS). The research method was descriptive and basic by objective. The study population was all clients of Tehran Counseling and Psychotherapy Center in 2020, of which 648, including 500 women and 148 men, were selected as the sample according to the available sampling method. The instruments used in this study were Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), Brown and Ryan Mindfulness Scale (MAAS) and the second version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). The analysis of this study was performed by confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha, and correlation coefficient using AMOS 24 and SPSS 24 software. According to the results of the confirmatory factor analysis, the final version included the awareness subscale (9 questions) and the acceptance subscale (7 questions). The fit indices of the final model were at the desired level. Concurrent validity of this instrument was confirmed with the Brown and Ryan Mindfulness Scale and the Acceptance and Action Questionnaire. Cronbach's alpha was 0/85 and 0/81 for the Mindfulness and Acceptance subscales and 0/55 for the entire scale, respectively. The Iranian Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) had good validity and reliability and can be used by therapists and researchers.

Keyword: Validity, Reliability, Mindfulness, Philadelphia.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی روایی و پایایی نسخه ایرانی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS) صورت گرفت. پژوهش از نظر روش توصیفی و از لحاظ هدف بنیادی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مراجعان مرکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند که ۶۴۸ نفر از آن‌ها شامل ۵۰۰ زن و ۱۴۸ مرد به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS)، مقیاس ذهن‌آگاهی براون و رایان (MAAS) و نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) بود. تجزیه و تحلیل این پژوهش با روش‌های تحلیل عاملی تأییدی، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24 و SPSS 24 صورت گرفت. طبق نتایج تحلیل عاملی تأییدی، نسخه نهایی شامل خرده‌مقیاس آگاهی (۹ سؤال) و خرده‌مقیاس پذیرش (۷ سؤال) بود. شاخص‌های برازش مدل در سطح مطلوب بود. اعتبار هم‌زمان این ابزار با مقیاس ذهن‌آگاهی براون و رایان و پرسشنامه پذیرش و عمل تأیید شد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس آگاهی و پذیرش به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۱ و برای کل مقیاس ۰/۵۵ به دست آمد. مقیاس ایرانی ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS) از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند مورد استفاده درمانگران و پژوهشگران واقع شود.

واژه‌های کلیدی: روایی، پایایی، ذهن‌آگاهی، فیلادلفیا.

* دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

** کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*** کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

**** نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

مقدمه

ذهن‌آگاهی^۱ ریشه در فرهنگ‌های شرقی مانند بودایی دارد و در متون بودایی و در زبان پالی به معنای آگاهی‌داشتن و توجه^۲ است. پالی زبانی هندی است که بسیاری از متون بودایی به آن نگاشته شده است و از ۲۵ قرن گذشته در شمال هند به کار گرفته می‌شود (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹). به همین دلیل، مفهوم ذهن‌آگاهی از نظر تاریخی، بیش از آنکه با روان‌شناسی مرتبط باشد، با موضوعات معنوی همراه بوده است و قلب مراقبه بودایی نامیده می‌شود (کابات زین، ۲۰۰۳).

با این حال در دهه‌های اخیر، علاقه به مطالعه ذهن‌آگاهی در رویکردهای روان‌درمانی نیز افزایش یافته است. ذهن‌آگاهی تعاریف متفاوتی دارد. برخی از درمانگران آن را حالتی ذهنی می‌دانند و برخی دیگر آن را در قالب مهارت‌ها و فنون مطرح می‌کنند. با توجه به تعریف کابات زین (۱۹۹۴)، ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به یک روش خاص، هدفمند، در لحظه حال بودن و بدون قضاوت است. از دیدگاه براون و رایان (۲۰۰۳)، ذهن‌آگاهی یعنی آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت آنچه در لحظه حال می‌گذرد. کینگستون، چادویک، مرون و اسکینر (۲۰۰۷) معتقدند در ذهن‌آگاهی، فردی که در حال انجام مراقبه است، به دقت به حقایق لحظه حال می‌پردازد و هر رویداد را همان‌گونه که هست و اتفاق افتاده می‌بیند. بیشاپ و همکاران (۲۰۰۴) تعریفی از ذهن‌آگاهی ارائه دادند که به دو مؤلفه اساسی ذهن‌آگاهی تأکید می‌کنند: الف) توجه مستمر به لحظه حال که به نوعی به عنوان آگاهی مطرح می‌شود و ب) پذیرش^۳. با توجه به این تعاریف می‌توان ذهن‌آگاهی را حالتی دانست که در آن، افراد به زمان حال و آنچه می‌گذرد، بدون قضاوت کردن آن و بدون اضافه یا کم کردن جنبه‌ای از آن تجربه توجه می‌کنند و از این توجه آگاهی دارند. همچنین به تجربه هیچ واکنشی نشان نمی‌دهند (کابات زین، ۱۹۹۰؛ هیز و ویلسون، ۲۰۰۳؛ رایان و براون، ۲۰۰۳). توجه مستمر به لحظه حال و آگاهی از تجربه‌های بیرونی و درونی و همچنین پذیرش بی‌قیدوشرط همراه با عدم واکنش به تجربه، مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی هستند که تمامی متخصصان بر سر آن‌ها توافق دارند (کارداجیوتو، هربرت، فورمن، موریتا و فارو، ۲۰۰۸).

اولین مؤلفه ذهن‌آگاهی، آگاهی است که به عنوان نظارت مستمر بر تجربه با تمرکز بر تجربه جاری به جای فکر کردن به گذشته یا آینده مطرح می‌شود. ذهن‌آگاهی را به معنای توجه مستمر به لحظه حال و تنظیم توجه نیز مطرح می‌کنند. در واقع در بسیاری از تعاریف روان‌شناسی به توجه تأکید می‌شود. در واقع توجه و آگاهی از مؤلفه‌های اساسی ذهن‌آگاهی است که در درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر آن تأکید می‌شود. هرچند هر نوع توجه و آگاهی را نمی‌توان مؤلفه ذهن‌آگاهی دانست، بلکه به نظارت و توجه مستمر به تجربه‌های درونی و بیرونی که در لحظه حال وجود دارد، گفته می‌شود (کارداجیوتو و همکاران، ۲۰۰۸).

دومین مؤلفه ذهن‌آگاهی، عدم قضاوت درباره آنچه در لحظه حال تجربه می‌شود و پذیرش تجربه‌های

1. Mindfulness

2. Sati

3. acceptance

درونی و بیرونی همراه با مهربانی و کنجکاوی^۱ است. پذیرش به این معنا است که فرد رویدادهای جاری را بدون کم یا زیاد کردن آن‌ها و بدون قضاوت کردن آن‌ها به‌طور کامل بپذیرد (راجرز، شرز و کایون، ۲۰۲۱). برخی از روان‌درمانگران در اواسط قرن ۲۰ در روند درمانی خود از فنون مرتبط با ذهن‌آگاهی استفاده می‌کردند و در حال حاضر متخصصان زیادی در سراسر دنیا به آموزش روش‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمایل زیادی دارند. در واقع مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم مطرح می‌شوند (کرین، ۱۳۹۸). از پرکاربردترین روش‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توان به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ (خوری، شارما، راش و فورنیر، ۲۰۱۵)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ (سگال، تسدیل، ویلیامز و گمار، ۲۰۰۲) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اختلال وسواس فکری عملی (کی، روا، بیلینگ، مک‌کیب و پاولوک، ۲۰۱۷) اشاره کرد. همچنین ذهن‌آگاهی مؤلفه اصلی در درمان پذیرش و تعهد^۴ (هاگس، کلارک، کولکلاف، دیل و مک‌میلان، ۲۰۱۷) و رفتاردرمانی دیالکتیکی^۵ (زیفمن، بورتیز، بارنهارت، لابریش و مک‌مین، ۲۰۲۰) به‌حساب می‌آید.

پژوهش‌ها حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی^۶، بهزیستی روان‌شناختی^۷ و سلامت روان^۸ رابطه مثبت دارد (تانگ، تانگ و گراس، ۲۰۱۹؛ کارسلی، خوری و هیث، ۲۰۱۸) و موجب بهبود افسردگی و اضطراب می‌شود (اصفهانی و عقیلی، ۱۳۹۹؛ کشمیری، فتحی آشتیانی و جلالی، ۱۳۹۸). در پژوهش‌های دیگر، ذهن‌آگاهی با کارکردهای توجه پایدار^۹ (بائر و همکاران، ۲۰۲۰)، عزت‌نفس^{۱۰} (راندل، پرات و بوکی، ۲۰۱۵)، رضایت شغلی^{۱۱} و استرس شغلی^{۱۲} (ونگتونگ‌کام، کریووکوپیک-اسکوکو، دونکان و بلیو، ۲۰۱۷) نیز رابطه معنادار نشان داده است. ذهن‌آگاهی در مسائل بین‌فردی و درون‌فردی دارای مزایایی است و موجب بهبود تنظیم هیجانی و افزایش تاب‌آوری می‌شود (پراکاش، ویتمویر، آلدو و اسپچیردا، ۲۰۱۷؛ شسلر و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع ذهن‌آگاهی به داشتن روابط بین‌فردی مؤثر، تنظیم هیجان‌ها، مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا و افزایش شفقت به خود و دیگران کمک می‌کند. همچنین به فرد کمک می‌کند تا مشکلات و نگرانی‌های خود را به روشی سالم مدیریت کند، در موقعیت‌های بحرانی به شکل مؤثرتری تصمیم بگیرد و به کمک آن مهارت‌ها به تعادل ذهنی و احساسی دست یابد (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹).

-
1. Kindness and curiosity
 2. mindfulness-based stress reduction
 3. mindfulness-based cognition therapy
 4. acceptance and commitment therapy
 5. dialectical behavior therapy
 6. subjective well-being
 7. psychological well-being
 8. mental health
 9. sustained attention
 10. self-esteem
 11. job satisfaction
 12. job stress

اثربخشی رویکردهای درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مسائلی مانند اعتیاد به الکل (کمباج و همکاران، ۲۰۱۷)، مواد (سلیمی کیا و خان‌پور، ۱۳۹۷)، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (پوی و همکاران، ۲۰۱۸)، بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به میگرن (حسین‌پور، اکبری، حسنی و زرگر، ۱۳۹۹) و افراد مبتلا به اختلال خوردن (سلا، شانکاررام، ونژولا و لوینسون، ۲۰۲۰) تأیید شده است. در واقع پژوهش‌ها نشان داده است بسیاری از مشکلات روانی افراد به دلیل نداشتن آگاهی از لحظه‌ی حال و تجربه‌ی جاری است؛ درحالی‌که در افرادی که ذهن‌آگاهی زیادی مشاهده می‌شود - به این معنی که به تجربه‌های درونی و بیرونی و احساسات خوشایند یا ناخوشایند آگاهی دارند، آن‌ها را می‌پذیرند، به آن‌ها توجه مداوم دارند، آن‌ها را قضاوت نمی‌کنند و نگاهی بی‌طرفانه و بدون واکنش به تجربه دارند - مشکلات روانی کمتری مشاهده می‌شود (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهش‌های مختلفی که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر علائم افراد مبتلا به دوقطبی (حسینی اردکانی، جاویدی، مهریار و حسینی، ۱۳۹۸؛ میکلوویتز و همکاران، ۲۰۱۵)، افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (شایگان‌فر، ۱۳۹۹)، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (جوادی و قربانی، ۱۳۹۸؛ سادو و همکاران ۲۰۱۸)، افراد مبتلا به اختلال وسواس (حسینی، مهری‌نژاد و خدابخش پیرکلانی، ۱۳۹۹) بررسی کرده‌اند، نتایج نشان داده است درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر علائم اختلالات روان‌شناختی مؤثر باشد؛ بنابراین لازم است ذهن‌آگاهی در افرادی که مبتلا به اختلالات و انواع مشکلات روان‌شناختی هستند بررسی شود. بر این اساس، این پژوهش در پی بررسی ذهن‌آگاهی در افرادی است که به دلیل انواع درمان‌های روان‌شناختی به مراکز مشاوره و روان‌درمانی مراجعه کرده‌اند.

با توجه به گسترش درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تأثیر این سازه بر مشکلات روانی و سلامت روان افراد، ساخت ابزار مرتبط با ذهن‌آگاهی بسیار ضروری است. در نتیجه در سال‌های اخیر، ابزارهای زیادی برای سنجش ذهن‌آگاهی در بزرگسالان ساخته شده و پیشرفت زیادی در مطالعه ذهن‌آگاهی ایجاد شده است. با این حال، این ابزارها محدودیت‌هایی نیز دارند؛ برای مثال در مقیاس ذهن‌آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳) به صورت تک‌بعدی فقط به لحظه‌ی حال تأکید شده است و بعد پذیرش حذف شده است یا فرم بلند پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ ۲ فقط برای افرادی که قبلاً مراقبه ذهن‌آگاهی را تجربه کرده‌اند، طراحی شده و ممکن است معنای برخی سؤالات برای کسانی که تجربه مراقبه ندارند، روشن نباشد (کاردان‌چیوتو و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین پرسشنامه ذهن‌آگاهی ساوتهمپتون^۳ (چادوویک و همکاران، ۲۰۰۸) در بیشتر موارد به واکنش و نوع رویارویی فرد به تجربه‌های درونی توجه دارد (فروغی، آذر، پرویزی‌فرد، خانجانی و صادقی، ۱۳۹۸). درحالی‌که هدف پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلا‌دلفیا (کارداسیتو، هربرت، فورمن، موریتا و فارو، ۲۰۰۸) این بود که افراد بدون داشتن تجربه مراقبه نیز از آن استفاده کنند و با توجه به اهمیت دو بعد ذهن‌آگاهی یعنی پذیرش و آگاهی، هردو به شکل متمایزی بررسی شوند (کاردان‌چیوتو و همکاران، ۲۰۰۸). این پرسشنامه

1. Brown & Rayan Mindfulness Scale
2. Freiburg Mindfulness Inventory- long form
3. Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ)

براساس این تعریف از ذهن‌آگاهی شکل گرفته است: آگاهی و توجه مستمری که فرد به تجربه‌های مرتبط با لحظه حال دارد. همچنین فرد ذهن‌آگاه هر نوع تجربه (خوشایند یا ناخوشایند) را می‌پذیرد و به آن‌ها واکنش نشان نمی‌دهد (بیشاپ و همکاران، ۲۰۰۴). این دو مؤلفه یعنی آگاهی و پذیرش تجربه حال و تجربه‌های درونی و بیرونی دو مؤلفه کاملاً مجزا و درعین حال وابسته به هم هستند (تکسیرا، فریرا و پیرا، ۲۰۱۷). آگاهی به معنای نظارت مداوم بر افکار، احساسات و ادراک‌ها و حس‌های جسمی مرتبط به زمان حال است. پذیرش به‌عنوان دیدگاه فرد به رویدادها، از جمله رویدادهای ذهنی تعریف می‌شود. فرد به‌جای سرکوب، نشخوار یا تفسیر احساسات، آن‌ها را در لحظه حال می‌پذیرد (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹).

تسیرا، فریرا و پیرا (۲۰۱۷) ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلادلفیا را در یک نمونه پرتغالی (۱۶۸ نفر با دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال) بررسی کردند. نتایج نشان داد دو عامل آگاهی (۰/۷۷) و پذیرش (۰/۸۵) همسانی درونی خوبی دارند و به‌نظر می‌رسد این ابزار دارای ویژگی‌های روان‌سنجی کافی برای استفاده در جمعیت پرتغال است (۲۸). همچنین تیلور، بورن، ایمس و دیکسون (۲۰۱۵) ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلادلفیا را در ۹۳۶ نفر از افراد با بیماری سندرم درد اسکلتی-عضلانی مزمن^۱ (فیبرومیالژیا) بررسی کردند. نتایج نشان داد این مقیاس برای افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و همچنین افرادی که تجربه مراقبه ندارند، از ویژگی‌های روان‌سنجی کافی برخوردار است. در ایران، عامری و کوشکی (۱۴۰۰) ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار حاضر را روی دانشجویان بررسی کردند. مطابق نتایج، ابزار شامل سه خرده‌مقیاس آگاهی، پذیرش و شناخت احساسات منفی است.

با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکرشده و اهمیت سازه ذهن‌آگاهی در روان‌درمانی و آموزش مباحثی مرتبط با ذهن‌آگاهی، لازم است استفاده از ابزار مناسب برای بررسی و ارزیابی این مفهوم مورد توجه واقع شود. در این راستا و با توجه به کمبود بررسی‌های روایی و پایایی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا در فرهنگ ایرانی، بررسی خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در جامعه ایرانی بسیار ضروری است. بر این اساس، این پژوهش با هدف بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHLMS) در مراجعان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و از لحاظ هدف بنیادی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مراجعان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ است. ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلادلفیا توسط دو نفر از استادان روان‌شناسی بالینی مسلط به مبحث ذهن‌آگاهی به فارسی ترجمه شد. در مرحله دوم یک نفر کارشناس ارشد زبان انگلیسی نسخه فارسی را به انگلیسی برگرداند و در مرحله بعد، هر دو پرسشنامه

بار دیگر به فارسی ترجمه شد. دو نسخه مقایسه شدند و ابهامات آن‌ها رفع شد. سپس ۳۰ نفر از فارغ‌التحصیلان روان‌شناسی و مشاوره در تهران پرسشنامه را پر کردند و از آن‌ها خواسته شد که موارد مبهم را مشخص و پیشنهادهای خود را ارائه کنند. در مرحله آخر، پرسشنامه اصلاح و بازنگری و نسخه نهایی آن تهیه شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود که شش مرکز مشاوره و روان‌درمانی انتخاب و پرسشنامه‌ها بین مراجعان این مراکز توزیع شد. برای حداقل حجم تعداد نمونه در تحلیل‌عاملی نظرات متفاوتی بیان شده است. از جمله کمری (۱۹۸۸) حجم ۵۰۰ نفر نمونه را بسیار خوب و ۱۰۰۰ نفر را بسیار عالی می‌داند. بر این اساس، ۷۰۰ پرسشنامه بین مراجعان توزیع شد و در نهایت و پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش، ۶۴۸ نفر وارد تحلیل شدند. ملاک ورود به پژوهش حداقل یک بار مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹، سن ۱۸ سال به بالا و ابتلانداشتن به عقب‌ماندگی ذهنی بود.

ابزار سنجش

مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا^۱ (PHLMS)

این ابزار توسط کارداچیوتو و همکاران در سال ۲۰۰۸ ساخته شد. هدف از ساخت این ابزار، بررسی دو مفهوم کلیدی از ذهن‌آگاهی شامل حضور در لحظه حال و پذیرش بود. برای ساخت نسخه اولیه ابزار، ابتدا ۱۰۵ سؤال با نظر دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشکده روان‌شناسی طراحی شد و سپس زیر نظر شش نفر از متخصصان و صاحب‌نظران، نسخه نهایی تهیه شد. پرسشنامه نهایی روی ۵۵۹ دانشجو اجرا شد. ابزار نهایی شامل ۲۰ سؤال بود که در دو مؤلفه آگاهی و پذیرش، ذهن‌آگاهی را اندازه‌گیری می‌کردند. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹ نشان‌دهنده مؤلفه آگاهی بودند و سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰ مؤلفه پذیرش را می‌سنجیدند. نمره‌گذاری سؤالات به صورت لیکرت پنج‌تایی است که شامل هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی (۳)، اغلب (۴) و همیشه (۵) می‌شود. در این ابزار، سؤالات زوج که مقیاس پذیرش را می‌سنجیدند به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. بازه نمرات بین ۲۰ و ۱۰۰ بود که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی کمتر و نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. آلفای کرونباخ برای عامل آگاهی ۰/۷۵ و برای عامل پذیرش ۰/۸۲ گزارش شد. در ایران ساختار سه‌عاملی این پرسشنامه شامل آگاهی، پذیرش و شناخت احساسات منفی تأیید شد. همچنین اعتبار همگرایی^۲ این پرسشنامه با پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی^۳ (FFMQ) (بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی، ۲۰۰۶) تأیید شد. آلفای کرونباخ برای نمره کلی ابزار ۰/۹۲ و برای سه خرده‌مقیاس آگاهی، پذیرش و شناخت احساسات منفی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ به دست آمد (عامری و کوشکی، ۱۴۰۰).

1. Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)
2. convergent validity
3. Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

مقیاس ذهن‌آگاهی براون و رایان^۱ (MAAS)

این مقیاس توسط براون و رایان در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این ابزار شامل ۱۵ سؤال است. این پرسشنامه تک‌عاملی است که برای بررسی میزان ذهن‌آگاهی به کار می‌رود. پرسشنامه براون و رایان (۲۰۰۳) در یک طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از تقریباً همیشه با نمره ۱ تا تقریباً هرگز با نمره ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. میزان آلفای کرونباخ در هفت گروه از نمونه‌های مختلف بررسی شد که میزان آن از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ متفاوت بود. رابطه بین این ابزار و پرسشنامه‌های ذهن‌آگاهی بورگون و لانگر (۱۹۹۵) و رگه‌های فراخلقی^۲ سالوی، مایر، گلدمن، توروی و پالفای^۳ (۱۹۹۵) نیز در نمونه‌های مختلف محاسبه شد و ضرایب همبستگی ۰/۳۳ تا ۰/۴۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود (براون و رایان، ۲۰۰۳). در ایران ضریب همبستگی این مقیاس با عزت‌نفس روزنبرگ^۴ (۱۹۶۵) ۰/۳۶ به دست آمد و ضریب همبستگی برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه نشخوار ذهنی-تأمل^۵ ترامپل و کمپل (۱۹۹۹) ۰/۲۶- برای تأمل و ۰/۲۷- برای نشخوار ذهنی محاسبه شد (قربانی، واتسون و ویتینگتون، ۲۰۰۹).

نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل^۶ (AAQ-II)

این ابزار توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد. این ابزار نسخه کوتاه‌شده از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که توسط هیز (۲۰۰۶) ساخته شده بود. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی^۷ و نداشتن انعطاف‌پذیری روانی^۸ را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این ابزار به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای است که از «به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند» (نمره ۱) تا «همیشه در مورد من صدق می‌کند» (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ پایایی این ابزار برای دو گروه از افراد بالینی و غیربالینی از ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شد. همچنین ضریب بازآزمایی برای دو دوره سه‌ماهه و دوازده‌ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) این ابزار را هنجاریابی کرده‌اند. پرسشنامه هنجار شده شامل دو بعد اجتناب از تجارب هیجانی (۷ سؤال) و کنترل روی زندگی (۳ سؤال) است. ضریب همبستگی این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) ۰/۶۲- به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین در بررسی پایایی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ کل ۰/۸۹ و ضریب تصنیف ۰/۸۳

1. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
2. Trait Meta-Mood Scale (TMMS)
3. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P.
4. Rosenberg self-esteem scale
5. Rumination and Reflection Scale (RRS)
- 6 Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)
7. experimental avoidance
8. psychological inflexibility

گزارش شد.

شیوه تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های پژوهش به روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA)^۱، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و AMOS 24 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

۵۰۰ نفر (۷۷/۲ درصد) از افراد نمونه زن و ۱۴۸ نفر (۲۲/۸ درصد) از آن‌ها مرد بودند. جنسیت ۵۹ نفر (۹/۱ درصد) از افراد نمونه نیز مشخص نشده است. ۱۹۷ نفر (۳۰/۴ درصد) از افراد مجرد و ۳۹۲ نفر (۶۰/۵ درصد) از آن‌ها متأهل بودند. وضعیت تأهل ۵۹ نفر (۹/۱ درصد) از افراد نمونه نیز مشخص نشده است. افراد دارای مدرک دکتری با ۲۴ نفر (۳/۷ درصد) کمترین و افراد دارای مدرک لیسانس با ۲۲۸ نفر (۳۵/۲ درصد) بیشترین فراوانی را در بین افراد نمونه داشتند. همچنین کمترین فراوانی گروه سنی مربوط به افراد بین ۴۵ تا ۵۰ سال با ۷۸ نفر (۱۲ درصد) و بیشترین فراوانی گروه سن مربوط به گروه سنی ۴۰ تا ۴۵ سال با ۱۴۵ نفر (۲۲/۴ درصد) بود.

کالین (۱۳۹۲) تحلیل عاملی تأییدی را به دلیل آزمون کردن فرضیات، روش مناسب‌تری در مقایسه با تحلیل عاملی اکتشافی معرفی می‌کند. در اجرای تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار AMOS 24 نتایج نشان داد بار عاملی همه سؤالات معنادار است ($P < 0/01$)، اما بعضی از سؤالات بار عاملی کمتر از ۰/۳ داشتند. همچنین شاخص‌های برازش در ابتدا سطح مطلوبی را نشان ندادند. برای اصلاح مدل، سؤالات ۴، ۵، ۸ و ۱۰ که بار عاملی کمتر از ۰/۳ داشتند، از مجموعه سؤالات حذف شدند و مدل مطابق با پیشنهادهاى نرم‌افزار و با توجه به مبانی نظری و آماری اصلاح شد. شرح سؤالات، پارامترهای اندازه‌گیری و بارهای عاملی در جدول ۱ مشخص است.

1. confirmatory factor analysis

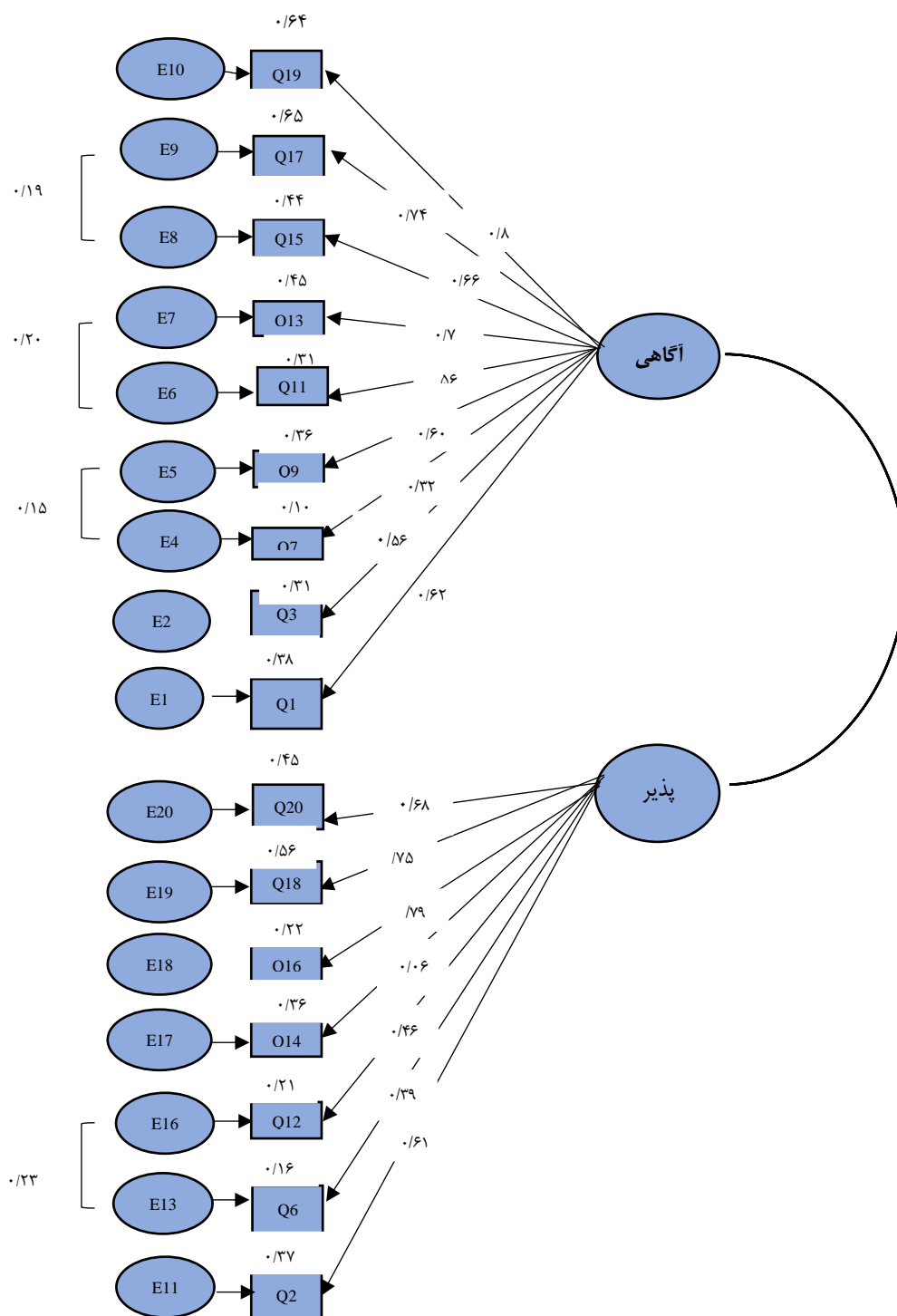
جدول ۱. پارامترها و بارهای عاملی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا در تحلیل عاملی تأییدی

نام مؤلفه	شماره سؤال	سؤال	t	بار عاملی	سطح معناداری
آگاهی	۱	من از افکاری که از ذهنم می‌گذرد، آگاه هستم.	۱۲/۰۱	۰/۶۲	P<۰/۰۱
	۳	زمانی که با دیگران صحبت می‌کنم، از حالت بدنی و چهره‌آنها آگاه هستم.	۱۲/۰۱	۰/۵۶	P<۰/۰۱
	۷	زمانی که شوکه می‌شوم، به آنچه درون بدنم در حال اتفاق افتادن است، توجه دارم.	۷/۲۴	۰/۳۲	P<۰/۰۱
	۹	زمانی که بیرون قدم می‌زنم، از بوها و هوایی که به صورتم می‌خورند، آگاه هستم.	۱۲/۶۴	۰/۶	P<۰/۰۱
	۱۱	وقتی کسی از من می‌پرسد چه احساسی دارم، می‌توانم احساسم را به راحتی تشخیص دهم.	۱۱/۹۵	۰/۵۶	P<۰/۰۱
	۱۳	زمانی که خلقم تغییر می‌کند، از افکاری که در آن لحظه از ذهنم می‌گذرد، آگاه هستم.	۱۴/۲۹	۰/۷	P<۰/۰۱
	۱۵	متوجه تغییراتی در بدنم مانند تندتر شدن ضربان قلبم یا منقبض شدن عضلاتم هستم.	۱۳/۵۷	۰/۶۶	P<۰/۰۱
	۱۷	هر زمان هیجان‌هایم تغییر می‌کند، فوراً از آنها آگاه می‌شوم.	۱۴/۸۵	۰/۷۴	P<۰/۰۱
	۱۹	زمانی که با دیگران صحبت می‌کنم، از هیجان‌هایی که در حال تجربه آنها هستم، آگاه هستم.	۱۵/۶۲	۰/۸	P<۰/۰۱
	۲	زمانی که احساسات ناخوشایند دارم، سعی می‌کنم ذهنم را منحرف کنم.	۸/۶۹	۰/۶۱	P<۰/۰۱
پذیرش	۶	سعی می‌کنم سرم را شلوع کنم تا افکار و احساسات به ذهنم خطور نکنند.	۸/۶۹	۰/۳۹	P<۰/۰۱
	۱۲	مواردی وجود دارد که سعی می‌کنم به آنها فکر نکنم.	۹/۸۹	۰/۴۶	P<۰/۰۱
	۱۴	به خودم می‌گویم، نباید غمگین باشم.	۱۲/۳۶	۰/۶	P<۰/۰۱
	۱۶	اگر مواردی وجود داشته باشد که نخواهم به آنها فکر کنم، با انجام کارهایی تلاش خواهم کرد که آن افکار را از ذهنم خارج کنم.	۱۴/۸۲	۰/۷۹	P<۰/۰۱
	۱۸	تلاش می‌کنم تا مشکلاتم را از ذهنم بیرون کنم.	۱۴/۳۷	۰/۷۵	P<۰/۰۱
	۲۰	زمانی که خاطره بدی یادم می‌آید، سعی می‌کنم با پرت کردن حواسم، آن خاطره را از خود دور کنم.	۱۳/۳۵	۰/۶۸	P<۰/۰۱

شاخص‌های برازش مدل نیز بررسی شدند. شرح شاخص‌های برازش در جدول ۲ مشخص است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا

شاخص	CMIN/DF	RMSEA	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI
نوع شاخص	مقتصد	مقتصد	مطلق	مطلق	مقایسه‌ای	مقایسه‌ای	مقایسه‌ای	مقایسه‌ای
مقدار استاندارد	کوچک‌تر از ۳	کوچک‌تر از ۰/۰۸	بزرگ‌تر از ۰/۸	بزرگ‌تر از ۰/۸	بزرگ‌تر از ۰/۹	بزرگ‌تر از ۰/۹	بزرگ‌تر از ۰/۹	بزرگ‌تر از ۰/۹
قبل از اصلاح مدل	۴/۲۵	۰/۰۷	۰/۸۸	۰/۸۶	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۸۲
بعد از اصلاح مدل	۲/۷۵	۰/۰۵	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۲



شکل ۱. تحلیل عاملی تأییدی مقیاس ذهن آگاهی فیلادلفیا در حالت ضرایب استاندارد

طبق جدول، مقدار نهایی شاخص مجذور کای^۱ (CMIN/DF) که برازش کلی مدل را نشان می‌دهد برابر با ۲/۷۵ است؛ بنابراین مدل کلی تأیید می‌شود. همچنین ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب^۲ (RMSEA) برابر با ۰/۰۵، شاخص برازندگی^۳ (GFI) ۰/۹۵، شاخص تعدیل‌یافته برازندگی^۴ (AGFI) ۰/۹۳، شاخص برازش فزاینده^۵ (IFI) ۰/۹۵، شاخص تاکر لویز^۶ (TLI) ۰/۹۴، شاخص برازندگی تطبیقی^۷ (CFI) ۰/۹۵ و شاخص نرم‌شده برازندگی^۸ (NFI) ۰/۹۲ به دست آمد که همگی در سطح مطلوب بود و تأیید شد. ویژگی‌های توصیفی ابزار در جدول ۳ مشخص است.

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی نمره کلی و خرده‌مقیاس‌های مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
آگاهی	۳۰/۸	۷/۰۴	-۰/۴۱	۰/۰۱	۹	۴۵
پذیرش	۱۹/۰۴	۵/۴۴	۰/۲۱	-۰/۰۱	۷	۳۵
نمره کلی ذهن‌آگاهی	۴۹/۸۴	۶/۵۸	۰/۳۷	۰/۸۴	۳۲	۷۶

برای بررسی اعتبار این ابزار به روش هم‌زمان، پرسشنامه‌های ذهن‌آگاهی براون و رایان (۲۰۰۳) و پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱) روی ۱۷۰ نفر از نمونه‌ها اجرا شد. ضریب همبستگی پیرسون بین مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا و ذهن‌آگاهی براون و رایان برابر با ۰/۳۹ با پرسشنامه پذیرش و عمل برابر با ۰/۲۸ بود که هر دو در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند.

همچنین آلفای کرونباخ برای بررسی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کلی مقیاس حاضر محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ به دست آمده برای خرده‌مقیاس‌های آگاهی و پذیرش به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۱ بود. همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کلی ذهن‌آگاهی ۰/۵۵ به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلادلفیا (PHMS) انجام شد. هنجاریابی ابزار حاضر روی ۶۴۸ نفر از مراجعان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ صورت گرفت. سوالات با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تحلیل شد و نسخه نهایی پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال و ۲ خرده‌مقیاس تشکیل شد. عوامل ابزار شامل آگاهی (۹ سؤال) و پذیرش (۷ سؤال) است.

1. chi-square fit statistics/degree of freedom
2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSE)
3. goodness of fit index
4. adjusted goodness of fit index
5. incremental fit index
6. Tucker-Lewis index
7. comparative fit index
8. normed fit index

شاخص‌های برازش مدل نهایی شامل شاخص مجذور کای (CMIN/DF)، ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)، شاخص برازندگی (GFI)، شاخص تعدیل‌یافته برازندگی (AGFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI)، شاخص تاکر لویز (TLI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص نرم‌شده برازندگی (NFI) همگی در سطح مطلوب بودند. بار عاملی هر ۱۶ سؤال نیز بالاتر از ۰/۳ است. اعتبار ابزار به روش هم‌زمان نیز تأیید شد. میزان آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای ابزار نیز مناسب بود.

با توجه به اینکه درمانگران در روند درمانی خود به دنبال به‌کارگیری درمان‌هایی هستند که رنج بیماران مبتلا به اختلالات روانی را کاهش دهند و با توجه به پتانسیل بالای ذهن‌آگاهی به‌عنوان ابزاری درمانی در جهت کاهش رنج این بیماران در پژوهش‌های مختلف (کایون، سارا و آیس، ۲۰۱۹)، ابزار اندازه‌گیری مناسب درخصوص سنجش آن اهمیت بسیاری دارد. نتایج پژوهش حاضر تا حدودی با پژوهش کارداچیوتو و همکاران (۲۰۰۸) و تشیرا، فریرا و پیررا (۲۰۱۷) که شامل دو خرده‌مقیاس آگاهی و پذیرش است همسو است، اما با پژوهش عامری و کوشکی (۱۴۰۰) که مقیاس ذهن‌آگاهی را شامل سه مؤلفه می‌دانند، ناهمسو است.

ذهن‌آگاهی به معنای رهایی از افکار و احساسات ناخوشایند نیست، بلکه شناختن، آگاهی‌داشتن و توجه به آن‌ها به‌عنوان امری زودگذر در لحظه حال است. درک گذرابودن تجربه‌های درونی و بیرونی و داشتن نگاهی بی‌طرفانه بدون داشتن واکنشی یا بدون سرکوب تجربه‌ها و درنهایت پذیرش آن‌ها، به افراد کمک می‌کند تا مالک احساسات و افکار خود باشند، به‌جای آنکه افکار و احساسات، مالک آن‌ها باشند (سالترمن، ۲۰۱۶). زمانی که فرد به‌طور مداوم به تمام تجربه‌های درونی و بیرونی آگاهی داشته باشد، بی‌آنکه قضاوتی در کار باشد، اعتمادبه‌نفس و خودباوری را در خود افزایش می‌دهد. درواقع نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که ذهن‌آگاهی در بالابردن بهزیستی روان‌شناختی نقش دارد که این افزایش بهزیستی روان‌شناختی موجب کاهش اهمال‌کاری، اضطراب و نگرانی، افسردگی و هیجان‌های منفی می‌شود و درنتیجه تنظیم هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها، اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس فرد نیز افزایش می‌یابد (شونین، ون گوردون، دان، سینگ و گریفیس، ۲۰۱۴؛ فرزین راد و کمال، ۲۰۱۳؛ سگال، تیسدیل، ویلیامز و گمار، ۲۰۰۲). برعکس این نتایج، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد افرادی که اختلالات روانی را تجربه می‌کنند، از مهارت‌های ذهنی آگاهی کمتری برخوردارند؛ برای مثال پژوهش محمدعلیزاده نمینی و اسمعیل‌زاده آخوندی (۱۳۹۵) نشان داد افرادی که مبتلا به افسردگی و اضطراب هستند، آگاهی کمتری از اعمال خود در مقایسه با افرادی عادی دارند. عامل اول در این مقیاس نیز آگاهی است که نشان می‌دهد هرچه فرد از افکار، احساسات و حواس جسمانی خود و دیگران که در لحظه حال اتفاق می‌افتد، آگاهی بیشتری داشته باشد، قادر به کسب نمره بالاتری در این مؤلفه است و ذهن‌آگاهی بیشتری دارد؛ برای مثال عبارت «زمانی که با دیگران صحبت می‌کنم از حالت بدنی و چهره آن‌ها آگاه هستم» جزو عامل آگاهی محسوب می‌شود و کسب نمره بالاتر در این مؤلفه نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بالاتر است. با توجه به اینکه نمونه‌های این پژوهش افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی بودند و نیاز به درمان‌های روان‌شناختی داشتند، در آگاهی از خود و محیط نیز

دچار ضعف بودند. توانایی کمتر جامعه آماری پژوهش حاضر در درک مفهوم آگاهی نیز می‌تواند نشان از همین امر باشد.

مهارت‌های ذهن‌آگاهی به فرد نشان می‌دهد هیجان‌های منفی اتفاق می‌افتند، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت او نیستند و هویت او را تشکیل نخواهند داد. همچنین به فرد کمک می‌کنند تا به‌جای واکنش و سرکوب، از تجربه درونی و بیرونی آگاهی داشته باشند و به هر آنچه در لحظه حال اتفاق می‌افتد توجه داشته باشد و همه آن تجربه‌ها را بپذیرد (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹). عامل دوم در این مقیاس، پذیرش نامگذاری شد. عبارت «اگر مواردی وجود داشته باشد که نخواهم به آن‌ها فکر کنم، با انجام کارهایی تلاش خواهم کرد که آن افکار را از ذهنم خارج کنم» نمونه‌ای از این عامل است و نشان می‌دهد هرچه فرد تجربه‌های درونی و بیرونی را بدون اینکه کنترلی بر آن‌ها داشته باشد یا بدون اینکه آن‌ها را قضاوت کند بپذیرد، ذهن‌آگاهی بالاتری دارد. درواقع منظور نگاهی بی‌طرفانه همراه با عدم کنترل، عدم قضاوت، عدم واکنش و عدم سرکوب است (کایون، سارا و آلیس، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها حاکی از آن است که عامل پذیرش با بهزیستی روانی مرتبط است (عماد، آتش‌پور و ذاکر فرد، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر، سه سؤال از زیرمقیاس پذیرش در مقایسه با پژوهش کاردانچوتو و همکاران (۲۰۰۸) حذف شد. در تبیین این امر می‌توان گفت نمونه‌های پژوهش حاضر که مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کردند، در درک مفهوم پذیرش نیز دچار ضعف بودند و قادر به فهم بعضی از سؤال‌های عامل پذیرش نبودند. همچنین نمونه‌های این پژوهش، میانگین نمره پایین‌تری را در این زیرمقیاس کسب کردند.

در پژوهشی با هدف مقایسه مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب منتشر با افراد بهنجار، نتایج نشان داده است که بیماران مضطرب و افسرده در مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی عملکرد ضعیف‌تری از افراد بهنجار دارند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد افراد بهنجار در مؤلفه عدم واکنش و پذیرش و مؤلفه آگاهی نمره بالاتری از افراد افسرده و مضطرب کسب کردند (خرمایی، کلانتری و فرمانی، ۱۳۹۴). درواقع پژوهش‌های مختلفی نشان داده است هرچه اضطراب و افسردگی در افراد بیشتر باشد، نمره کمتری در عامل پذیرش، عدم واکنش و عدم قضاوت و عامل آگاهی کسب می‌کنند (کاش و ویتینگام، ۲۰۱۰؛ دسروسرز، کلمانسکی و نولن-هوکسما، ۲۰۱۳). در نتیجه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فیلالدفیا می‌تواند برای بررسی ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به اختلالات روانی و افراد عادی مورد استفاده واقع شود که به‌نوبه خود به درمانگران و پژوهشگران در جهت انتخاب مناسب‌ترین درمان و کسب اطلاعات کمک زیادی می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر باید به این امر توجه داشت که ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار حاضر روی مراجعان مراکز مشاوره شهر تهران بررسی و ارزیابی شد. بدین ترتیب در هنگام تعمیم به دیگر جوامع باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین ممکن است پاسخ‌دهندگان در پی ارائه تصویری بهتر از خود باشند؛ بنابراین در به‌کارگیری نتایج این پژوهش باید این امر را مدنظر قرار داد. به پژوهشگران و صاحب‌نظران در

-
1. non-control
 2. non-judging

این امر پیشنهاد می‌شود هنجاریابی این ابزار را در جوامع و گروه‌های دیگر مطالعه کنند. به مراکز روان‌شناختی و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود مهارت‌های ذهن‌آگاهی و سنجش آن را در درمان و پژوهش خود به کار گیرند.

منابع

- اصفهانی، م.، و عقیلی، س. م. (۱۳۹۹). تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۲۲(۱)، ۶۵-۷۰.
- جوادی ز، و قربانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *افق دانش*. ۲۵(۲)، ۱۱۷-۱۲۶.
- حسینی اردکانی، ه.، جاویدی، ح. ا.، مهریار، ا. ه.، و حسینی، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبودی افسردگی دوقطبی و شیدایی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. *مطالعات ناتوانی*. ۹(۱)، ۸-۱.
- حسینی، س.، مهری‌نژاد، ا.، و خدابخش پیرکلانی، ر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مواجهه، ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاهی-مواجهه به صورت تلفیقی بر اختلال وسواس زنان شهر اراک. *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم روان‌شناختی*. ۱۹(۱۶)، ۱۴۵-۱۳۷.
- حسین‌پور، ح.، اکبری، م.، حسینی، ج.، و زرگر، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی دارودرمانی ترکیب‌شده با درمان کوتاه‌مدت ذهن‌آگاهی در کاهش ناتوانی ناشی از میگرن و بهبود کیفیت خواب. *علوم اعصاب شفای خاتم*. ۲۸(۲)، ۱۸-۲۸.
- خرمایی، ف.، کلانتری، ش.، و فرمانی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *طب جنوب*. ۱۱(۴)، ۷۸۵-۷۷۳.
- سلیمی‌کیا، ش.، و خان‌پور، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *فصلنامه علمی-اعتیادپژوهی*. ۱۲(۴۸)، ۱۵۷-۱۶۸.
- شایگان‌فر، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی. *رویش روان‌شناسی*. ۹(۷)، ۳۴-۲۵.
- عامری، ن. ف.، و کوشکی، ش. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس ذهن‌آگاهی فیلادلفیا در دانشجویان. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*. ۵(۱)، ۱۰-۱.
- عباسی، ا.، فتی، ل.، مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۳(۱۰)، ۸۰-۶۵.
- عماد، س.، آتش‌پور، س. ح.، و ذاکر فرد، م. ا. (۱۳۹۶). ذهن‌آگاهی، پذیرش و بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان، روان‌شناسی معاصر. *ششمین دوره کنگره انجمن روان‌شناسی ایران*. ۱۲۳۱-۱۲۲۷.
- فروغی، ع. ا.، آذر، غ.، پرویزی‌فرد، ع. ا.، خانجانی، س.، و صادقی، خ. (۱۳۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه ذهن‌آگاهی ساوتهمپتون. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۲۲)، ۳۹-۳۳.
- کرین، ر. (۱۳۹۸). *شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی*. ترجمه فاطمه عابدی و نعیمه فرید. تهران: آوای نور.

کشمیری، م.، فتحی آشتیانی، ع.، و جلالی، پ. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده ذهن‌آگاهی در رابطه بین افسردگی، اضطراب و تنیدگی با بهزیستی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی*. ۲۳(۲)، ۲۱۷-۲۳۱.

کلاین، پ. (۱۳۹۲). *راهنمای آسان تحلیل‌عاملی*. ترجمه سیدجلال صدرالساداتی و اصغر مینایی. تهران: سمت.

محمدعلیزاده نمینی، آ.، و اسمعیل‌زاده آخوندی، م. (۱۳۹۵). مقایسه مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و مزاج‌های عاطفی در افراد با افسردگی اساسی، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۳(۴)، ۱۲-۲۶.

References

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Bauer, C. C., Rozenkrantz, L., Caballero, C., Nieto-Castanon, A., Scherer, E., West, M.M, Dawa T, P., John, D. E., & Whitfield-Gabrieli, S. (2020). Mindfulness training preserves sustained attention and resting state anticorrelation between default-mode network and dorsolateral prefrontal cortex: *A Randomized Controlled Trial. Human Brain Mapping, 41*(18), 5356-5369.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-ii: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment, 15*(2), 204-223.
- Carsley, D., Houry, B., & Heath, N. L. (2018). Effectiveness of mindfulness interventions for mental health in schools: A comprehensive meta-analysis. *Mindfulness, 9*(3), 693-707.
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology?. *Mindfulness, 1*(3), 177-182.
- Cayoun, B., Sarah, F., & Alice, S. (2019). *The clinical handbook of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy*. Haboken: Wiley Blackwell.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology, 47*(4), 451-455.
- Comrey AL. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and

- clinical psychology. *Am Psychol Assoc.*, 56(5), 754- 61.
- Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behavior therapy*, 44(3), 373-384.
- Farzinrad, B., & Kamal, M. N. (2013). Comparison between Effectiveness of Mindfulness integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT) and Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) on procrastination, perfectionism and worry in students. In 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry. Tabriz University of medical sciences
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 28(4), 211-224.
- Hayes, S. C., & Wilson K. G. (2003). Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Since and Practice*, 10(2), 161- 165.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.
- Kabat- Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation for Everyday Life*. London: Piatkus Books.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. (1990). New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kamboj, S. K., Irez, D., Serfaty, S., Thomas, E., Das, R. K., & Freeman, T. P. (2017). Ultra-brief mindfulness training reduces alcohol consumption in at-risk drinkers: A randomized double-blind active-controlled experiment. *International Journal of Neuro Psychopharmacology*, 20(11), 936-947.
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 297-300.
- Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J., & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5),

- 590-600.
- Pouy, S., Peikani, F. A., Nourmohammadi, H., Sanei, P., Tarjoman, A., & Borji, M. (2018). Investigating the Effect of Mindfulness-Based Training on Psychological Status and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 19(7), 1993-1998.
- Prakash, R. S., Whitmoyer, P., Aldao, A., & Schirda, B. (2017). Mindfulness and emotion regulation in older and young adults. *Aging & mental health*, 21(1), 77-87.
- Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: a systematic review. *Mindfulness*, 6(6), 1366-1378.
- Rogers, H. T., Shires, A. G., & Cayoun, B. A. (2021). Development and Validation of the Equanimity Scale-16. *Mindfulness*, 12(1), 107-120.
- Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological inquiry*, 14(1), 71-76.
- Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J., & Mimura, M. (2018). Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes*, 11(1), 1-7.
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 834-851.
- Saltzman, A. (2016). *A still quiet place for teens: A mindfulness workbook to ease stress and difficult emotions (instant help book for teens)*. Oakland: Harbinger.
- Schussler, D. L., Greenberg, M., DeWeese, A., Rasheed, D., DeMauro, A., Jennings, P. A., & Brown, J. (2018). Stress and release: Case studies of teacher resilience following a mindfulness-based intervention. *American Journal of Education*, 125(1), 1-28.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Dunn, T. J., Singh, N. N., & Griffiths, M. D. (2014). Meditation awareness training (MAT) for work-related wellbeing and job performance: A randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 806-823.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Gross, J. J. (2019). Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(237), 237-237.
- Taylor, P. J., Bourne, K., Eames, C., & Dickson, J. M. (2015). Validating the Philadelphia Mindfulness Scale [PMS] for those with fibromyalgia. *MYOPAIN*, 23(3-4), 155-164.
- Teixeira, R. J., Ferreira, G., & Pereira, M. G. (2017). Portuguese validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 3-8.
- Wongtongkam, N., Krivokapic-Skoko, B., Duncan, R., & Bellio, M. (2017). The

influence of a mindfulness-based intervention on job satisfaction and work-related stress and anxiety. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 134-143.

Zeifman, R. J., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., & McMain, S. F. (2020). The Independent Roles of Mindfulness and Distress Tolerance in Treatment Outcomes in Dialectical Behavior Therapy Skills Training. *Personality disorders*, 11(3), 181-190.