

اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال منطقه ۵

روجاخانی زاده^۱، مهدی شاه نظری^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناس بالینی دانشگاه آزاداسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران.

^۲ دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاداسلامی واحد کرج.

نام نویسنده مسئول:

مهدی شاه نظری

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال شهرستان تهران منطقه ۵ می باشد. مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیب متفکرانه ای از درمان شناختی- رفتاری بک و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات- زین است که توسط سگال و همکاران ابداع گردید (سگال^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی بوده و نمونه آماری آن، شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. روش نمونه گیری افراد پژوهش بصورت روش نمونه گیری دردسترس بود. پس از انتخاب نمونه های نهایی پژوهش گروه آزمایش از مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۹۹۲) دریافت نمودند و ابزار سنجش جهت مقیاس بهزیستی روانشناختی، از کارول ریف در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان تأثیر داشته و منجر به افزایش معنادار بهزیستی روان شناختی در این افراد شده است. پیشنهاد می شود تحقیقاتی در این رابطه و در شهرهای دیگر با نمونه های مختلف آماری صورت گیرد تا امکان تعمیم دهی بیشتر نتایج فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش حاضر را بر روی دوجنس دختر و پسر و با یک دوره پیگیری انجام دهند که قطعاً چنین پژوهشی تصویر منطقی تری از اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه خواهد داد.

واژگان کلیدی: اثربخشی، بهزیستی روان شناختی، مداخله های شناختی، ذهن آگاهی، نوجوانی.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای مهم از رشد انسان‌هاست که در طول این دوره نوجوانان با عوامل متعددی مواجه می‌شوند. بر اثر پیشرفت روز افزون جوامع و کم رنگ شدن روابط انسانی و همچنین تغییر ماهیت این روابط، یکی از پدیده‌هایی که توجه محققان را در این حوزه به خود جلب کرده بهزیستی روان شناختی است. بهزیستی روان شناختی را می‌توان به عنوان واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و شیوه‌هایی که افراد به کنش متقابل با جهان اطراف خود می‌پردازند، تعریف کرد (وود و جوزف^۲، ۲۰۱۰). تاکنون بیشتر محققان به عواملی مانند افسردگی و اضطراب توجه کرده و عنایت کمتری به بهزیستی روان شناختی در این افراد جامعه داشته‌اند، لذا توجه به این متغیرها به خصوص در نوجوانان به سبب ارتباط آن با سلامت روانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (لهمان و جارویس^۳، ۲۰۰۰). [افزایش بهزیستی روان شناختی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، با الهام از روانشناسی مثبت نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه معتقدند که سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد (لارسون^۴، ۲۰۰۹). [بهزیستی روان شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه فرد است. بهزیستی روانی جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است و شامل دو جزء است. نخست قضاوت شناختی است که پیشرفت افراد در زندگی شان چگونه است و دومین جزء آن شامل سطح تجربه‌های خوشایند فرد است. بدین معنی که اولین جزء نحوه عملکرد و دومین جزء شامل سلامت روانی فرد می‌شود (کیز^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). [عوامل شش گانه مهم که بهزیستی روانشناختی فرد را می‌سجد عبارت‌اند از: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی، ارتباط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود (ریف^۶، ۱۹۸۹؛ ریف و کیز، ۱۹۹۵). [فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آن درگیر می‌شود. یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی در قالب این مؤلفه قرار می‌گیرد. خودمختاری به احساس استقلال، خودکفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی، به این مؤلفه مربوط می‌شود. تسلط بر محیط یعنی توانایی فرد در هدایت امور روزمره به نحوه احسن، لذا فردی که احساس می‌کند بر اوضاع و شرایط مسلط است می‌تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان کنترل کند، تغییر دهد و بهبود ببخشد (ریف و سینگر^۷، ۱۹۹۸؛ میکائیلی مانی^۸، ۲۰۰۹). [رشد شخصی یعنی بالفعل شدن استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد به مرور و در طول زمان. ارتباط مثبت با دیگران یعنی داشتن رابطه با کیفیت و ارضاء کننده با دیگران. افراد با این ویژگی عمدتاً نشان‌هایی مطبوع، نوع دوست و توانا در ابراز محبت به دیگران هستند. به علاوه چنین افرادی می‌کوشند رابطه‌ای گرم و بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد نمایند. این شش سازه معنای بهزیستی روان شناختی را به صورت نظری و عملی توضیح داده و تبیین می‌نماید (کیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ میکائیلی مانی، ۲۰۰۹). [در این حوزه درمان شناختی- رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۹ اشاره نمود (پاپاگریو و ولز^{۱۰}، ۲۰۰۴). [درمانگران با رویکردی نظری مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل و درمان احساس تنهایی افراد در جمعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند. یکی از روش‌های کارآمد در این گستره، روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۱} است. ذهن آگاهی اساس آموزه‌های بودا بر مبنای مراقبه است و ساده‌ترین و مؤثرترین روش برای آموزش رشد ذهن در انجام تکالیف و حل مسائل روزانه است (دادونا^{۱۲}، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی به هوشیاری لحظه به لحظه، هوشیاری نسبت به واقعیت فعلی و درباره آنچه عملاً فرد انجام می‌دهد، مربوط می‌شود (هارینگتون و پیکلس^{۱۳}، ۲۰۰۹). به دیگر سخن، ذهن آگاهی به عنوان یک فرآیند شناختی بر کنترل آگاهانه و حفظ توجه کامل فرد بر افکار زمان حال، بدون انحراف توجه توسط افکار مرتبط به گذشته یا آینده

2- Wood & Joseph

3- Lohman & Jarvice

4- Larson

5- Keyes

6- Ryff

7- Singer

8- Mikaeeli Mani

9- Mindfulness-Based Cognitive Therapies (MBCT)

10- Papageorgio & Wells

11- Mindfulness-based

12- Diodona

13- Harrington & Pickles

دلالت دارد (ریمیل^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۹)؛ اما ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی توسط کابات-زین در سال ۱۹۷۹ با هدف کاهش استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شد. در طی دو دهه اخیر رشد سریعی در درمان های روان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۵} انجام شده است که می توان به مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیب متفکرانه ای از درمان شناختی- رفتاری بک و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات-زین است که توسط سگال و همکاران ابداع گردید (سگال^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲). مفروضه های اساسی این روش درمانی عبارتند از: ۱- مشاهده و توجه به تجربه فردی درونی، ۲- توصیف و برچسب زدن تجربه فردی، ۳- توانایی مداخله آگاهانه در فعالیت ها، بدوم انحراف توجه، ۴- بی طرفی و عدم قضاوت درباره تجربه و ۵- عدم واکنش در مقابل تجربه فردی (کاسچیویند^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۲). در مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد شیوه درک کردن لحظه به لحظه رویدادها و اجازه ثبت آن با هوشیاری کامل بدون تأثیرپذیری از انتظارات یا انحراف شناختی آموزش داده می شود. در این روش افراد بودن در زمان حال را حس می کنند و به آنها اجازه داده می شود، جنبه های رفتاری، هیجانی و شناختی خود را در مقام بی طرفی و قضاوت تجربه کنند (کهویوری^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۳). این روش درمانی برنامه استاندارد شده ای است که در آن افراد تجارب فردی را مورد قضاوت قرار نمی دهند، از برچسب زدن های منفی یا مثبت اجتناب می ورزند و تمام تجارب فعلی خود را بدون قضاوت ارزشی و سوگیری توجه، مورد پذیرش قرار می دهند (دادونا، ۲۰۰۹). گرچه مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کنترل دردهای جسمانی و عدم نشانگان افسردگی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) ابداع گردید اما در سال های اخیر در حوزه های متفاوت از سوی درمانگران مختلف بکار گرفته شد و به عنوان یک روش درمانی کارا از حمایت تجربی بالایی برخوردار است. مثلاً برای کنترل افکار خودکشی افراد افسرده، افزایش بهزیستی روان شناختی، افزایش سلامت روانی، کنترل و درمان افسردگی و اضطراب در نمونه های بالینی و عادی کاربرد مؤثر و سازنده ای داشته است. در این راستا فردریکسون^{۱۹} (۲۰۱۲) در تحقیقات خود اشاره داشت بین ذهن آگاهی بالا و عواطف مثبت، همبستگی مثبت وجود دارد؛ به عبارت دیگر هر چه افراد از ذهن آگاهی بالاتری برخوردار باشند از انتظارات خلقی منظم، ثبات هیجانی و عاطفی و بهزیستی روان شناختی بالاتر برخوردار است. چرا که ذهن آگاهی در سازماندهی احساسات مثبت و تعادل حالت های هیجانی و عاطفی افراد نقش مؤثری دارد. ویلیامز^{۲۰} (۲۰۱۲) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان نشان داد، مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنترل برخی از نشانگان افسردگی مانند غمگینی، گوشه گیری، کمرویی، احساس تنهایی و همچنین اضطراب، درد و پریشانی های روان شناختی روش سودمندی است. همچنین تیلور^{۲۱} (۲۰۱۲)، به نقل از کهویوری و همکاران، ۲۰۱۳ در گروهی از نوجوانانی که از نشانگان افسردگی رنج می بردند، مبرهن نمود، از آنجا که این روش درمانی موجب قطع چرخه های پردازش معیوب و منفی تفکر می شود و یک نگرش منعطف نسبت به رویدادهای زندگی را فراهم می سازد، در کنترل و کاهش نشانگان افسردگی مانند کمرویی، گوشه گیری، احساس تنهایی و پریشان خوایی نقش مؤثر و سازنده ای دارد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده توجه به اینکه دوران نوجوانی بخصوص در دختران می تواند در زندگی آنان، بسیار سرنوشت ساز باشد، مسائل این دوران چه از نظر فردی و چه به لحاظ اجتماعی از اهمیت بسیاری برخوردار بوده و هر گونه بی توجهی نسبت به آن می تواند منجر به از دست رفتن بهترین دوران زندگی افراد و در نهایت آسیب های اخلاقی و رفتاری شود و این در حالی است که، دامنه وسیعی از جمعیت کشور ما را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند. لذا توجه به مسائل مرتبط با این دوران از زندگی در این گروه و عوامل مؤثر در آن، از جمله مواردی مانند بهزیستی روان شناختی که از مسائل شایع این دوران می باشد می تواند توجه بسیاری از درمانگران را به خود جلب نماید تا با برنامه ریزی بهتر جهت رسیدن به اهداف عالی و در امر رسیدن به راهکارهایی که می توان از طریق آن نوجوانان را به سوی بهبود روابط اجتماعی و افزایش بهزیستی روان شناختی سوق داد، یاری کنند (نامیان و حسینچاری، ۱۳۹۰). در مجموع، با توجه به این مسئله بهزیستی روان شناختی از متغیرهای مهم در دوران نوجوانی به شمار می آیند، درمان و افزایش بهزیستی روان شناختی در نوجوانان از اهمیت ویژه ای برخوردار است لذا اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان امری ضروری می باشد تا با شناخت بهتر روابط این مؤلفه ها، داده های مفیدتری در اختیار دست اندرکاران مرتبط با امور نوجوانان قرار گیرد و بدین ترتیب گام های مؤثرتری در زمینه رشد و تعالی این قشر بزرگ جامعه برداشته شود. با توجه به پژوهش های صورت گرفته، هدف از انجام این پژوهش اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان می باشد نامیان و حسینچاری، ۱۳۹۰.

¹⁴- Ramel¹⁵- Mindfulness-based Cognitive Therapy¹⁶- Segal¹⁷- Geschwind¹⁸- Kuyken¹⁹- Fredrickson²⁰- Williams²¹- Taylor

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می باشد. در این پژوهش، از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده می شود. جامعه آماری این پژوهش را دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال منطقه ۵ شهر تهران تشکیل داد. نمونه آماری این پژوهش، شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. روش نمونه گیری افراد پژوهش بصورت روش نمونه گیری دردسترس بود. به منظور انتخاب نمونه موردنظر، ابتدا به ۲۳۵ نفر از دانش آموزان دختر پرسشنامه بهزیستی روانشناختی داده شد. پس از بررسی پرسشنامه، ۳۰ نفر از افرادی که نسبت به میانگین پرسشنامه از بهزیستی روان شناختی کمتری رنج می بردند انتخاب و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. متغیر مورد بررسی در این پژوهش متغیر بهزیستی روانشناختی بود که در دختران نوجوان مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه های نهایی پژوهش و توجیه اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، گروه آزمایش مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۹۹۲) دریافت نمودند و گروه کنترل، آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. گروه ها قبل و بعد از درمان با استفاده از پرسشنامه های موردنظر ارزیابی شدند. محتوای جلسات آموزشی به تفکیک در جدول (۱) آمده است.

فرضیه پژوهش

مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال تاثیر دارد.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روانشناختی: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر می گیرد. شرکت کنندگان در مقیاسی ۶ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سئوالات پاسخ می دهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجش هایی که صفات شخصیتی را می سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می رفتند، از سنجش هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن^{۲۲} (۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن^{۲۳} (۱۹۶۵) و حرمت خود^{۲۴} روزنبرگ^{۲۵} (۱۹۶۵) استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاس های فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه ای روا محسوب شد (ریف، ۱۹۸۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹) برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است. در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸، و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش آموزش های مورد نظر را در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. محتوای جلسات آموزشی به تفکیک در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول (۱) خلاصه جلسات آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاه

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی اعضاء، توضیح در مورد هدف و اهمیت جلسات، مفهوم ذهن آگاهی، اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات و آگاهی از ذهن آگاهی بر روی عضلات، دادن تکالیف خانگی.
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته همراه با توجه در زمان حال، دادن تکالیف خانگی.

²²- Bradburn

²³- Neugarten

²⁴- Self-esteem

²⁵- Rozenberg

جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش دم و بازدم همراه با حضور در حال و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس همراه با افکار بودن بدون فرار و دوری از جمع، دادن تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانگی، کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس های آنها، دادن تکالیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، تغییر خلق و افکار از طریق افکار به عنوان فقط فکر و نه به عنوان واقعیت. اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها، دادن تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، هشیار شدن به نشانه های احساس تنهایی و تنظیم برنامه ای برای روبرو شدن احتمالی با نشانه های احساس تنهایی و بهزیستی روان شناختی، دادن تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، استفاده از فنون حضور در زمان حال برای افزایش بهزیستی روان شناختی و کنترل احساس تنهایی و تعمیم آن به موقعیت های واقعی زندگی، اجرای پس آزمون.

داده های توصیفی

داده های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول شماره (۲) شاخص های جمعیت شناختی مربوط به افراد مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل (n=۳۰)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	مجموع
پایه تحصیلی	نهم	۴	۵
	دهم	۶	۵
	یازدهم	۵	۵
	کل	۱۵	۱۵
رشته تحصیلی	عمومی	۴	۵
	انسانی	۴	۴
	تجربی	۴	۴
	ریاضی	۳	۲
	کل	۱۵	۱۵
	کل	۱۵	۱۵
سن	۱۵ سال	۴	۵
	۱۶ سال	۶	۵
	۱۷ سال	۵	۵
	کل	۱۵	۱۵
	کل	۱۵	۱۵

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می شود، آزمودنی های این پژوهش شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که ۱۵ نفر از این افراد در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. میزان تحصیلات نهم، دهم و یازدهم در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۴، ۶ و ۵ نفر و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۵ و ۵ نفر گزارش شد. شمار افراد در رشته های تحصیلی عمومی، علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی به ترتیب در افراد گروه آزمایش ۴، ۴ و ۳ نفر، و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۴، ۴ و ۲ نفر بود. همچنین قابل ذکر است شمار افراد در گروه های سنی ۱۵، ۱۶ و ۱۷ سال در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۴، ۶ و ۵ نفر، و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۵ و ۵ نفر بود که موارد ذکر شده، به صورت گروه های مجزا در جدول ۴-۱ بیان شده است. علاوه بر این، میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه آزمایش ۱۶/۰۶ (۰/۷۹) و میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه کنترل ۱۶/۰۰ (۰/۸۴) بود.

در ادامه در جدول (۳) یافته های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات دختران نوجوان در مراحل قبل و بعد درمان برای متغیر بهزیستی روان شناختی، به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمره بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ($n=30$)

شاخص	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۸۵/۸۶	۱۱/۷۷	۱۰۰/۰۶	۱۱/۰۹
گروه کنترل	۸۶/۲۶	۷/۶۸	۸۵/۹۳	۸/۲۰

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می شود، میانگین (و انحراف استاندارد) بهزیستی روان شناختی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۸۵/۸۶ (۱۱/۷۷) و میانگین افراد گروه کنترل در این مرحله ۸۶/۲۶ (۷/۶۸) بود که نشان می دهد میانگین های دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی ندارد؛ اما میانگین (و انحراف استاندارد) بهزیستی روان شناختی در افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ۱۰۰/۰۶ (۱۱/۰۹) و میانگین (و انحراف استاندارد) افراد گروه کنترل ۸۵/۹۳ (۸/۲۰) بود که نشان می دهد افراد گروه آزمایش که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرده اند میانگین نمرات بهزیستی روان شناختی آنها نیز، بالاتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا قبل از تحلیل کوواریانس در رابطه با پیش فرض های لازم برای استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون، مبنی بر تساوی واریانس گروه ها تأیید شد ($P < 0.05$). تأیید پیش فرض تساوی واریانس ها بدین معنی است که واریانس یا پراکندگی نمره های بهزیستی روان شناختی گروه های آزمایش و کنترل در جامعه مساوی است. نتایج آزمون لوین در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس گروه ها در متغیر باورهای فراشناختی

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰/۳۸۵	۱	۲۸	۰/۵۴۰

نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی دختران نوجوان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در میزان بهزیستی روان شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	میانگین مجذور ها	ضریب F	سطح معناداری	میزان تفاوت	توان آزمون
بهزیستی روان شناختی	۲۲۹۴/۲۳	۱	۲۲۹۴/۲۳	۱۶۶/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۱	۰/۹۹
گروه	۱۵۷۵/۶۶	۱	۱۵۷۵/۶۶	۱۱۴/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۹	۰/۹۹
خطا	۳۷۱/۶۳	۲۷	۱۳/۷۶				
کل	۲۶۳۶۳۴/۰۰	۳۰					

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می شود نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر بهزیستی روان شناختی در بین دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($P > 0.01$) وجود دارد. میزان تفاوت بین دو گروه ۰/۸۶ است، یعنی ۸۶ درصد از واریانس نمره ها، با عضویت گروهی مرتبط است. توان آماری برابر با ۰/۹۹ است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت های معنی دار ۹۹ درصد است. این نتیجه نشان می دهد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان در گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است، بنابراین فرضیه پژوهش نیز، مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان بود. نتایج نشان پژوهش تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی دختران نوجوان تأثیر داشته و منجر به افزایش معنادار بهزیستی روان شناختی در این افراد شده است. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش های پژوهشگرایی مانند ابوت و مک کنکی^{۲۶} (۲۰۰۶)، کوپر^{۲۷} (۲۰۰۷)، کهوری و همکاران (۲۰۱۳)، قضایی نیری^{۲۸} و همکاران (۲۰۱۵)، وطن دوست و حسن زاده^{۲۹} (۲۰۱۵)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۴)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۵)، نورمحمدیان (۱۳۹۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که رویکرد شناختی به کار رفته در مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی باعث ارتقای خودآگاهی نوجوانان، کمک به آنها در شناخت نقاط قوت و ضعف و ایجاد تغییر در نگرش و باورهایشان می گردد و مهارت مدیریت هیجان، توانایی این افراد را در مقابله مؤثر با خلق منفی افزایش داده و به آنها کمک می کند تا روش های کارآمدی را برای حل تعارض به کار گیرند که این امر منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی می گردد. در واقع انجام مستمر تمرین های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی افراد را از بدن، احساسات و افکارشان افزایش می دهد. ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات همان طور که اتفاق می افتند کمک می کند که این مسأله موجب ایجاد سلامت روانی و کاهش باورهای غلط افراد نسبت به خود می شود. آموزش ذهن آگاهی کاهش باورهای غلط، کاهش سبک هاب اسنادی بدبینانه، اضطراب و پریشانی روان شناختی را به دنبال دارد و کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می دهد که به تبع آن منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی در افراد می شود (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین در تبیین این فرضیه می توان گفت، که حضور ذهن یا ذهن آگاهی سازه چند بعدی است که دربردارنده مفاهیمی همچون عدم قضاوت، پذیرش آگاهی نسبت به لحظه حال و توجه و نیت مندی است. این حالت نوعی توجه آگاهانه نسبت به اموری است که جریان دارند. این نوع توجه توجهی عمیق و مستقیماً مربوط به تجربه است و با نوعی حالت توأم با پذیرش مرتبط است و تمامی این ویژگی ها نقش قابل توجه مشاهده گری مشارکتی را مورد تأکید قرار می دهند. در سال های اخیر از مراقبه های حضور ذهن، به عنوان مولفه های مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی ها و پریشانی ها استفاده گردیده است. هر چند این مراقبه ها در اصل برای بیماری های جسمی مانند دردهای مزمن پشت معرفی شده بودند، کارایی آن ها در بهبود اختلال های هیجانی به خصوص اضطراب و افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی مشخص گردیده است. در آموزش حضور ذهن از روش کابات زین (۱۹۹۰) بهره جسته می شود که شامل تمرکز توجه بر تنفس و رها سازی افکاری است که به دنبال، انحراف توجه از تنفس به وجود می آیند. در تمرین های روزانه، تمرکز بر روی تنفس، جهت تمرکز توجه به این جا و اکنون به کار می رود و این تمرکز برای زمان هایی که توجه به سمت جریانی از افکار معطوف می شود آگاهی از بین می رود مناسب می باشد. بنظر می رسد مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند گزینه مناسبی جهت کاستن از میزان افسردگی و افزایش بهزیستی روان شناختی افراد باشد، چرا که این مداخله با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مانند توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارند و باعث کاهش نگرش های ناکارآمد در افراد می شوند که نتیجه این عمل ارتقای سطح بهزیستی روان شناختی افراد می باشد (نورمحمدیان، ۱۳۹۵). در اصل، به طور نظری مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش و افکار ناکارآمد تأیید می شود. در واقع به نظر می رسد که حضور ذهن درمانی شناختی از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع می شود. در اصل فرض بر این است که آسیب پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خودایرادگیر و نگرش های ناکارآمد است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می انجامد. بنابراین مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش داده و بهزیستی روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به متون و یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی سایر افراد جامعه مانند بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس، اختلال افسردگی و ... نیز به کار برده شود و نتایج درمانی آنها با یکدیگر مورد مقایسه قرار گیرد. همچنین به محققان پیشنهاد می شود پژوهش حاضر را بر روی دو جنس پسر و دختر و با یک دوره پیگیری انجام دهند که قطعاً چنین پژوهشی تصویر منطقی تری از اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه خواهد داد.

²⁶- Abbot & McConkey

²⁷- Cooper

²⁸- Ghazayi Niri

²⁹- Vatandoust & Hasanazadeh

منابع و مراجع

- [۱] اسماعیلی، مریم؛ بصیری، نوشین؛ خیر، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری. ۶ (۱): ۳۹-۲۶.
- [۲] بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ علیزاده گورادل، جابر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان. دوفصلنامه شناخت اجتماعی. ۴ (۱): ۵۲-۴۱.
- [۳] نامیان، سارا؛ حسینچاری، مسعود (۱۳۹۰). تبیین اهمال کاری تحصیلی دانشجویان بر اساس باوهای مذهبی و هسته کنترل. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۸ (۱۴): ۹۹-۱۲۸.
- [۴] نورمحمدیان، رودابه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برافسردگی، ترس از شکست و تحمل ناکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر بابل. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله املی.
- [5] Abbot, S., & McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disabilities*. 10, 275-287.
- [6] Cooper, S. (2007). Mental ill health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The british journal of psychiatry*. 190, 270-35.
- [7] Diodona, F. (2009). *Hand book of mindfulness*. New York: Willy Press: 36-65.
- [8] Fredrickson, M. J. (2012). "Positive emotions & emotional well-being and mindfulness". *Psychological Science*. 17: 177-185.
- [9] Geschwind, N.; peeters, F.; Huibers, M., van, Os. J. & Wichers, M. (2012). "Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomized controlled trial". *British Journal of Psychiatry*. 201(4): 320-5.
- [10] Ghazayi Niri, Fariba. Molodi, Azar. Shayanmehr, Ebrahim Khalil. (2015). The Effect of Mindfulness Training on reducing Negative Automatic Thought on Depressed Female Students in Ardebil Boarding Canters. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 4(3), 280-284.
- [11] Harrington, N. & Pickles, C. (2009). "Mindfulness and cognitive behavioral therapy: Are they compatible concepts". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23: 315-323.
- [12] Keyes, CLM., Shmotikin, D., Ryf, CD. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal Personal and Social psychology*. 82: 1007-1022.
- [13] Khoury, B.; Lecomte, T.; Fortin, G.; Mass, M.; Therin, P.; Bouchard, V. & Hofmann, S. G. (2013). "Mindfulnessbased therapy: A comprehensive metaanalysis". *Clinical Psychology Review*: 33: 763-771.
- [14] Larson, J. H. & Holman, T. B. (1994). Predictors of marital quality and stability. *Family Relations*, 43, 228- 237.
- [15] Lohman, B. J. & Jarvice, D. A. (2000). Adolescent stressors, coping strategies and psychological health studied in the family context. *Journal of youth and adolescence*. Vol 29. No. 10. 15-43.
- [16] Mikaeeli Mani, F. (2009). Relationships between psychological well-being and Perceived emotional intelligence, The ability to control negative thinking And depression in mothers of children with mental disabilities and Compared with mothers of normal children. *Journal Research in the field of Exceptional Children*, 9(2), 103-120.
- [17] Mikaeeli Mani, F. (2009). Relationships between psychological well-being and Perceived emotional intelligence, The ability to control negative thinking And depression in mothers of children with mental disabilities and Compared with mothers of normal children. *Journal Research in the field of Exceptional Children*, 9(2), 103-120.
- [18] Papageorgio, C. and Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.

- [19] Ramel, W. Goldin, P, R. Carmona, P, E. McQuaid, J, R.(2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression .Cognitive Therapy and Research. 28(4): 433-55.
- [20] Ryff, C.D. (1989), Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well – being, Journal of Personality and Social Psychology, 6, 1069-1081.
- [21] Ryff, CD., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium.Psychological Inquiry. 85 69, 9 .
- [22] Segal, Z, V. Williams, J, M, G. & Teasdale, J, D.(2002). Mindfulnessbased cognitive therapy for depression. New York: Guilford.
- [23] Vatandoust, Leyla. Hasanzadeh, Ramazan.(2015). Examining the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Modification of Dysfunctional Attitudes in Male and Female Adolescents. International Journal of Psychology and Behavioral Research. 4(2), 146-151.
- [24] Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zin, J. (2007). The mindful way through depression: freeing Yourself from chronic unhappiness. Guilford Publications.
- [25] Wood A, Joseph S (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for
- [26] depression: A ten year cohort study. J Affect Disord; 122: 213–7.