

Research Paper

The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on Fear of Negative Evaluation, Changing Attitude Towards Life and Assertiveness in Neglected Adolescents



Ziba Barghi Irani*¹

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Citation: Barghi Irani Z, The effects of mindfulness-based stress reduction (mbsr) on fear of negative evaluation, changing attitude towards life and assertiveness in neglected adolescents. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 15-31.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.3>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Mindfulness-based stress reduction (MBSR), fear of negative evaluation, change of attitude towards life, assertiveness, neglected adolescents

Background and Purpose: The family is the core of society, which is very effective in promoting the development of children in various aspects. The child who enjoys full love of the parents will be more adaptable, comfortable, self-confident, and ethical. This study was done to investigate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on fear of negative evaluation, change of attitude toward life, and assertiveness in neglected male adolescents.

Method: It was a pretest-posttest experimental study with control and 1-month-follow-up group. The sample included 30 neglected teenagers studying at Imam Khomeini School of Bazargan city during the academic year 2016-2017, who were randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group received ten 90-minute sessions of MBSR. The research instruments were Fear of Negative Evaluation Scale (Leary, 1983), Questionnaire on Attitude Change (Bautista, 1973), and Assertiveness Inventory (Gambrill & Richie, 1975). Data were analyzed by repeated measures ANOVA.

Results: Findings showed that MBSR was effective in reducing the fear of negative evaluation, changing the attitude towards life, and experiencing assertiveness in the participants of the experimental group ($P \leq .001$).

Conclusion: Based on the results of the present study, it can be concluded that through increasing awareness of the present experiences and enhancing the attention to the cognitive system and by more efficient processing of the information, the intervention used in this study led to the reduction of worry and anxiety and change of attitude towards life. Besides, whereas mindfulness causes emotion regulation without prejudice, increases the individual's awareness of his physical and mental feelings and helps in dealing with different emotions and problems, therefore, it can play a role in regulating the mental health and decreasing the fear of negative evaluation.

Received: 14 Feb 2018

Accepted: 25 Jun 2018

Available: 5 May 2020

* **Corresponding author:** Ziba Barghi Irani, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
E-mail addresses: Kimia2010@gmail.com

مقاله پژوهشی

اثر بخشی درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در نوجوانان پسر بد سرپرست

زیبا برقی ایرانی*

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

مدیریت تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی، ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش، جرئت‌ورزی، نوجوانان بد سرپرست

زمینه و هدف: خانواده هسته اصلی اجتماع است که در جهت ارتقای تحول کودکان از جنبه‌های مختلف، بسیار مؤثر است. کودکی که در محیط خانواده از محبت سرشار پدر و مادر برخوردار باشد قدرت سازش‌یافتگی بیشتری داشته، احساس سکون و آرامش کرده، اعتماد به خود قوی داشته، و نسبت به قوانین اخلاقی، حساس است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در نوجوانان پسر بد سرپرست انجام گرفته است.

روش: طرح پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نوجوان بد سرپرست در مدرسه امام خمینی شهر بازرگان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. افراد گروه آزمایش، در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی تحت آموزش مدیریت تنیدگی قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (لری، ۱۹۸۳)، پرسشنامه تغییر نگرش (باتیستا، ۱۹۷۳) و پرسشنامه جرئت‌ورزی (گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵) بود. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ترس از ارزیابی منفی و تغییر نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی گروه آزمایش مؤثر بوده است ($P \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله به کار گرفته شده در این مطالعه با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و افزایش توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی و اضطراب و تغییر نگرش به زندگی شده است. از سوی دیگر چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت کردن و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به پذیرش هیجانات و مسائل مختلف کمک می‌کند، بنابراین می‌تواند در تعدیل سلامت روان افراد نقش داشته باشد و در نتیجه در تعدیل ترس از ارزیابی منفی و افکار منفی افراد، کمک کند.

دریافت شده: ۹۶/۱۱/۲۵

پذیرفته شده: ۹۷/۰۴/۰۴

منتشر شده: ۹۹/۰۲/۱۶

* نویسنده مسئول: زیبا برقی ایرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران.

رایانامه: Kimia2010@gmail.com

تلفن تماس: ۰۲۱-۸۴۲۳۴

مقدمه

خانواده، مهم‌ترین عامل در میان عوامل متعددی است که می‌تواند باعث تسهیل تحول و شخصیت کودک یا بازداری آن شود. تحول در اوایل کودکی از طریق عوامل محیطی مانند خانواده، مراقبان، محیط اطراف، و فرهنگ تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱). تحول بهینه در کودکان به محرک‌های محیطی - حمایتی و رابطه قوی با مراقبان اولیه مانند والدین بستگی دارد (۲). میزان تأثیر والدین تا حدودی به فراوانی، مدت، شدت و کیفیت روابط اجتماعی آنان با فرزندانشان مرتبط است. آمارها نشان می‌دهد که در ۳۰ سال گذشته تقریباً ۶۰۰۰۰ هزار کودک و نوجوان بی‌سرپرست و بد سرپرست به سازمان بهزیستی سپرده شده‌اند. مقایسه آمار سال‌های گذشته نشان دهنده افزایش هرساله تعداد کودکانی است که وارد مراکز نگهداری شبانه‌روزی می‌شوند (۳). کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست (کودکانی که والدین خود را بر اثر حوادثی همچون تصادفات رانندگی یا مرگ از دست داده‌اند یا دارای والدینی هستند که رفتار مناسبی با فرزندان خود ندارند) از حضور تربیتی، روان‌شناختی، حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده، محروم هستند. مراقبت، درک همدلانه و مشارکت، ساختار قدرت شفاف و حل مسئله از کارکردهای ضروری خانواده است؛ اما کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست از این نعمت محروم هستند و در مراکز شبه خانواده (کودک در خانواده بستگان یا خانواده داوطلب واجد صلاحیت تحت مراقبت قرار گرفته و به صورت مستمر بر زندگی آنان نظارت صورت می‌گیرد) رشد می‌کنند. هرچند کارکرد اصلی این مراکز شبه خانواده تأمین کارکرد اصلی خانواده برای کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست است، اما با انتقال این کودکان از محیط خانواده به محیطی با آسیب‌های کمتر، کافی به نظر نمی‌رسد و سوگ ناشی از فقدان خانواده، این کودکان را در معرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی، بازداری، پرخاشگری، رفتار قانون‌شکنی، رفتار مقابله‌ای، خصومت، فزون‌کنشی و برانگیختگی، رفتارهای مخرب، انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران قرار می‌دهد که در زندگی کودک اثرات پایداری خواهد داشت (۴ و ۵). مطالعات

نشان می‌دهند کودکانی که دوره ابتدایی زندگی‌شان را در پرورشگاه‌ها یا خانواده‌های نامناسب می‌گذرانند، به‌طور عمده از محیط‌های حمایت‌کننده محروم هستند و بیشتر در معرض مشکلات رفتاری، جسمانی، هیجانی، و اجتماعی قرار دارند (۶).

یکی از متغیرهای واسطه‌ای بین تنیدگی و بیماری‌ها در بین کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست، ترس از ارزیابی منفی^۱ است. در کنار پریشانی هیجانی در تعامل بین فردی و اجتناب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی (که در سایر اختلالات اضطرابی مشاهده نمی‌شود) نگرانی اصلی و یکی از شاخصه‌های شناختی - رفتاری منحصر به فرد اضطراب اجتماعی است که مورد تأیید قرار گرفته است. این نوع ترس یک وجه محوری اضطراب اجتماعی است و عبارت است از نگران بودن از مورد قضاوت منفی قرار گرفتن. حتی نشانه‌های اجتماعی بی‌خطر و مبهم از طرف دیگران، می‌تواند بالقوه به‌عنوان ارزیابی منفی تفسیر شود (۷). دلواپسی، تسلیم، مطیع بودن و اجتناب اجتماعی با ترس از ارزیابی منفی مرتبط هستند. افرادی که نمره بالایی در مقیاس ترس از ارزیابی منفی به‌دست می‌آورند، نسبت به این که دیگران درباره آنها چگونه فکر می‌کنند، احساس نگرانی دارند. آزمودنی‌های دچار ترس از ارزیابی منفی بالا، توجه و واکنش بیشتری به عوامل موقعیتی نشان می‌دهند (۸). ویکز و هوول دریافتند که ترس از ارزیابی مثبت به‌طور مستقل از ترس از ارزیابی منفی، سهم معناداری از واریانس اضطراب اجتماعی، عاطفه منفی در موقعیت‌های خاص اجتماعی، افکار خودکار منفی در تعامل‌های اجتماعی، خودآگاهی، و آمادگی برای پریشانی را پیش‌بینی می‌کند (۹). همچنین نتایج مطالعات سلطان و کانول با هدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی نشان دادند که خود ناتوان‌سازی با ترس از ارزیابی منفی، رابطه مثبت معناداری دارد. همچنین در این مطالعه مشخص شد مردان با سطوح بالای ترس از ارزیابی منفی، از خود ناتوان‌سازی بالاتری در مقایسه با زنان برخوردارند (۱۰).

یکی دیگر از متغیرهایی که کودکان بد سرپرست با آن درگیر هستند توانایی برخورد قاطع و مؤثر با دیگران و به عبارتی توانایی جرئت‌ورزی^۲ است. مفهوم جرئت‌ورزی را اولین بار اندرو سالتر^۳ در سال ۱۹۴۹ بر

1. Fear of negative evaluation
2. Assertiveness

3. Androw Salter

کند و رابطه‌اش را با افکار و احساسات کشاکش گرانه تغییر داده و آنها را بپذیرد. ذهن آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو (نه بر حسب عادت)، واکنش نشان دهند (۱۸). در ذهن آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه‌به‌لحظه، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف، و تعامل با دیگران، بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند؛ به جای آنکه به طور خودکار به روش‌های خو گرفته و ناهوشیار واکنش نشان دهد (۱۹). تصور می‌شود که وقتی فرد به سازه‌های ذهن آگاهی دست یابد، بهزیستی و سلامت جسمانی، روان‌شناختی و هیجانی را بهبود بخشیده و به فرد این امکان را می‌دهند تا بر رفتارهای خود، مهارگری بیشتری داشته باشد (۲۰). پژوهش‌های آلسویی و همکاران با هدف اثربخشی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب هیجانی و فراهیجان از این نتایج حمایت کردند که برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند اثرات مثبتی بر مؤلفه‌های مختلف مانند ذهن آگاهی و جرئت‌ورزی و اضطراب، داشته باشد (۱۸ و ۲۱). نتایج مطالعات دیویس و هیس نشان داد که بهبود ظرفیت حافظه فعال و افزایش سرعت پردازش اطلاعات با تمرینات مراقبه‌ای ارتباط دارد (۲۲). پیرستلو-پرز و همکاران در یک فراتحلیل با عنوان اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری بیماران افسرده به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری بیماران افسرده تأثیر مثبت دارد (۲۳). مارلات، بوئن، چاولا و ویتکویتز در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود روابط بین فردی دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان شرکت‌کننده در جلسات آموزشی در پایان آموزش از روابط بین فردی بیشتری برخوردار بودند (۲۴). همچنین کویکن و همکاران در یک کارآزمایی بالینی کنترل شده به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های جسمانی، شناختی، و هیجانی بیماران افسرده، اثربخش است (۲۵). دکیزر و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که مهارت ذهن آگاهی با جرئت‌ورزی در

اساس افکار پاولف مبنی بر تأثیرپذیری از برانگیختگی^۱ و بازداری^۲ مطرح کرد. جرئت‌ورزی توانایی دفاع از خود و «نه گفتن» به تقاضاهایی تعریف شده است که فرد نمی‌خواهد انجام دهد (۱۱). این مهارت از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مهارت‌های اجتماعی است که در برقراری، حفظ، و انسجام روابط بین فردی اهمیت دارد (۱۲). جرئت‌ورزی شامل احقاق حق خود، ابراز افکار و عقاید و احساسات خود به شیوه مناسب و مستقیم و صادقانه است؛ به گونه‌ای که حقوق دیگران را از بین نبریم. همچنین رفتاری است که شخص را قادر می‌سازد تا به نفع خود عمل کند و بدون هیچ گونه اضطرابی متکی به خود باشد، احساسات واقعی خود را صادقانه ابراز کند و با توجه به حقوق دیگران، حق خود را به دست آورد (۱۳). ماسترز، بوریش، هالن و ریمن معتقدند فرد دارای مهارت‌های جرئت‌ورزی به صورتی که موردپسند جامعه باشد درخواست‌های تحمیلی دیگران را قاطعانه رد کرده و برای رسیدن به هدف‌ها یا برطرف کردن نیازهای خود، درخواست‌های خود را مطرح می‌کند (۱۴).

یکی از نوآوری‌های گسترده درمان‌های روان‌شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) با رفتاردرمانی شناختی سنتی است که از این روی آورد به عنوان موج سوم روان‌درمانی یاد می‌شود (۱۵). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند، و خالی از قضاوت است (۱۶). در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ اشاره کرد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله سگال و همکاران (۱۷) در هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین، اولین بار برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است. این روی آورد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش؛ نشخوار فکری، بیش‌تعمیم‌دهی در حافظه سرگذشتی، و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش؛ و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیر قضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. در این شیوه مراجع ترغیب می‌شود تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه‌ای که شکل گرفته است پردازش

3. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

1. Arousal
2. Inhibition

موقعیت‌های مختلف اجتماعی همبسته است و تمایل بیشتر برای مشاهده آگاهانه با همدلی همبستگی دارد (۲۶).

از سویی دیگر نتایج مطالعه رحمان و همکاران در کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست نشان داد که ۴۰/۳ درصد از این کودکان از مشکلات هیجانی و رفتاری، ۲۶/۹ درصد از مشکلات رفتاری، و ۱۰/۲ درصد از مشکلات عاطفی رنج می‌برند (۲۷). یندورک و سومبا در مطالعه‌ای نشان دادند که کودکان سپرده‌شده به مؤسسات از سطح افسردگی و اضطراب بالاتر و مهارت‌های مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۲۸).

در یک جمع‌بندی از نتایج پژوهش‌ها، شواهد حاکی از آن است که به کارگیری روش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ایجاد تغییر در فرایند توجه (۲۹)، کاهش تنیدگی تحصیلی دانش‌آموزان (۳۰)، بهبود حرمت خود، کاهش افکار ناکارآمد و افزایش خودپنداشت (۳۱)، کاهش شدت نشانه‌های اضطرابی، افسردگی، نشخوار فکری و افزایش معنی‌داری در میزان ذهن آگاهی و پذیرش (۳۲)، بهبود شاخص‌های سلامت هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی (۳۳)، تنیدگی و پریشانی روان‌شناختی دانش‌آموزان (۳۴)، تنیدگی (۳۵)، و اضطراب، تنیدگی و اختلال تنیدگی پس از سانحه (۳۶ و ۳۷)، اثربخش است. بنابراین به نظر می‌رسد با توجه به مشکلات هیجانی رفتاری متعدد کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست، کاربرد شیوه ذهن آگاهی بتواند مؤثر باشد. در این رابطه در مجموع می‌توان ادعا کرد که این گروه از کودکان به طور معمول با بی‌توجهی و غفلت عاطفی مواجه می‌شوند که در نتیجه در طول زندگی خود با مشکلات رفتاری و عاطفی مختلف مانند شکست تحصیلی، عدم موفقیت شغلی، طردشدگی اجتماعی، و اعتماد به خود پایین، مواجهه می‌شوند.

از سویی دیگر دولت ایران سالانه هزینه‌های زیادی را صرف نگهداری و مراقبت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست در مراکز مختلف می‌کند. بر اساس اطلاعات آماری دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی برای هر کودک بی‌سرپرست ماهانه بین ۳۸۰ تا ۴۳۵ هزار تومان هزینه می‌شود. اما متأسفانه داده‌های حاصل از بررسی‌های گذشته نشان‌دهنده تحول اخلاقی پایین و سطح اضطراب و افسردگی بیشتر کودکان و نوجوانان ساکن در مراکز شبانه‌روزی نسبت به سایر

کودکان و نوجوانان است. بررسی آمارهای موجود در حوزه حمایت و مراقبت از کودکان فاقد سرپرست و بد سرپرست مؤثر، این پیام را به همراه دارد که در طی پنج سال آینده شاهد افزایش تعداد این کودکان خواهیم بود (۳). بنابراین لازم است راهکارهای تقویت برنامه مراقبت از این کودکان مورد بررسی قرار بگیرد و برنامه‌ریزی‌های بیشتری در این زمینه انجام شود. در نتیجه مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در نوجوانان پسر بد سرپرست انجام شده است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی) بر متغیرهای وابسته (ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی) مورد بررسی قرار گرفته است. این طرح شامل این ویژگی‌ها بود: ۱. جابدهی تصادفی افراد نمونه در گروه‌های آزمایشی و گواه، ۲. اجرای پیش‌آزمون روی گروه‌ها قبل از آغاز مداخله، ۳. اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایشی، ۴. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها، و ۵. پیگیری دو ماهه نتایج. جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر بد سرپرست ۱۵ تا ۱۸ ساله ساکن مراکز نگهداری سازمان بهزیستی شهرستان بازرگان در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه جابدهی شدند (هر گروه ۱۵ دانش‌آموز). بدین‌صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی و دسترسی به فهرست مراکز دانش‌آموزان بد سرپرست سازمان بهزیستی، دو مرکز پسرانه موجود در شهرستان بازرگان انتخاب شدند. سپس با هماهنگی سازمان بهزیستی با مراکز، افراد نمونه بر حسب شرایط ورود به مطالعه، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال، نداشتن سابقه بیماری جسمانی و روان‌شناختی (تشخیص این ملاک به‌وسیله

پرونده موجود در مراکز صورت گرفت، و ۳. داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در جلسه‌های آموزشی، داشتن آسیب شنوایی و بینایی، اختلال‌های یادگیری، اختلال‌های هیجانی و رفتاری، و داشتن اختلالات عصبی مزمن پزشکی مانند صرع (این موارد نیز بر اساس پرونده موجود در مراکز بررسی شد).

لازم به ذکر است که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۱۵/۱۸ و ۲/۱۴ و میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه گواه ۱۵/۲۳ و ۲/۵۵ بود.

(ب) ابزار

۱. سیاهه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این مقیاس توسط پژوهشگران برای سنجش مشخصات جمعیت‌شناختی افراد نمونه، تنظیم شد که به وسیله آن شاخص‌های سن، مقطع تحصیلی، و میزان اقامت در مراکز مورد سنجش قرار گرفت.

۲. مقیاس ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه: نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳) دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند (۳۸). در این مقیاس هر پرسش بر روی یک طیف پنج‌درجه‌ای (۱= هرگز صدق نمی‌کند تا ۵= تقریباً همیشه صدق می‌کند) پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات برای فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۱۲ تا ۶۰ است. نمرات بالاتر از ۳۵ نشان دهنده سطوح بالاتر تجربه اضطراب و ترس هستند. کولینز و همکاران به کمک فرم تجدیدنظر شده ترس از ارزیابی منفی در یک نمونه کانادایی از نظر بالینی مضطرب، رابطه متوسطی را بین مقیاس تجدیدنظر شده و خرده مقیاس فویبای اجتماعی پرسشنامه ترس به دست آوردند ($I = 0.56$). فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی می‌تواند شرکت کنندگان از نظر اجتماعی مضطرب را از شرکت کنندگان غیرمضطرب جدا کند. اعتبار این آزمون در نمونه بالینی بسیار خوب ($\alpha = 0.97$) و همبستگی باز آزمایی ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی بود (۳۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط شکری و همکاران محاسبه

شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند، درحالی که الگوی تک عاملی فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد، الگوی دو عاملی آن (شامل پرسش‌های نمره‌گذاری مثبت و معکوس)، برازش بهتری با داده‌ها به دست داد. همسانی درونی برای عامل نمره‌گذاری شده مثبت ($\alpha = 0.87$) و برای مقیاس کل مقیاس ($\alpha = 0.84$) مطلوب، و برای عامل نمره‌گذاری شده منفی ($\alpha = 0.47$) قابل قبول بود. نمرات فرم کوتاه پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی با نمرات پرسشنامه تنیدگی ناشی از انتظارات تحصیلی، همبستگی معنی‌دار نشان داد که این یافته نشان‌دهنده روایی همگرایی این مقیاس بود (۴۰). لازم به ذکر است که در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ($\alpha = 0.74$) به دست آمد.

۳. شاخص نگرش به زندگی: شاخص نگرش به زندگی توسط باتیستا و آلموند (۱۹۷۳) تدوین شده است. این آزمون دارای دو زیرمقیاس است. مقیاس چارچوب که اعتقاد فرد به داشتن یک دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف، مقاصد یا نقطه نظرهایی برای زندگی را می‌سنجد. مقیاس تکمیل، میزانی را که یک شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان‌های زندگی‌اش می‌بیند، اندازه‌گیری می‌کند. هر یک از زیرمقیاس‌ها شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد ۷ عبارت به صورت منفی و هفت عبارت به صورت مثبت بیان شده‌اند. مجموع نمرات عبارت مثبت و منفی دو زیرمقیاس چارچوب و تکمیل، نمره کل نگرش به زندگی را به دست می‌دهد. دامنه نمرات در این آزمون بین ۱۴ و ۴۲ متغیر است. نمره بالاتر بیانگر داشتن معنای فردی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده داشتن معنای فردی کم نسبت به زندگی است. باتیستا و آلموند، پایایی بازآزمایی برای این شاخص را ۰/۹۴ گزارش کردند. روایی همزمان شاخص نگرش به زندگی و خرده‌مقیاس‌های این آزمون در مدت پنج هفته با نیمرخ نگرش به زندگی ($I = 0.76$)، برای خرده‌مقیاس شاخص ($I = 0.73$)، و برای زیرمقیاس چارچوب ($I = 0.79$) گزارش کردند (۴۱). حاجی عابد، باقری، و اصغرزاد فرید اعتبار خرده‌مقیاس چهارچوب را به روش آلفای کرونباخ ($\alpha = 0.64$)، خرده‌مقیاس تکمیل ($\alpha = 0.75$)، و کل مقیاس را ($\alpha = 0.75$) گزارش کردند (۴۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل

مقیاس $(\alpha = 0.70)$ و خرده‌مقیاس چارچوب $(\alpha = 0.72)$ و تکمیل $(\alpha = 0.74)$ به دست آمد.

۴. پرسشنامه جرئت‌ورزی^۱: این پرسشنامه توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) ساخته شده است و دارای ۴۰ گویه است و از دو قسمت تشکیل شده است که هر گویه آن، یک موقعیت را که مستلزم رفتار جرئت‌مندانه است، نشان می‌دهد. در قسمت اول از آزمودنی خواسته می‌شود که میزان و شدت ناراحتی خود را هنگام مواجه شدن با این موقعیت‌ها برحسب درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای به صورت (خیلی زیاد = ۵، زیاد = ۴، متوسط = ۳، کم = ۲، خیلی کم = ۱) بیان کند. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۴۰ تا ۲۰۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده جرئت‌ورزی پایین‌تر است. این آزمون دارای چند دسته سؤال است: الف) رد کردن تقاضا، ب) بیان کردن محدودیت‌های خود، پ) تقاضا کردن، ت) پیش‌قدم شدن در آغاز یک برخورد احتمالی، ث) بیان احساسات مثبت، ج) کنار آمدن و قبول انتقاد، چ) قبول تفاوت داشتن با دیگران، خ) جرئت‌ورزی در موقعیت‌های که باید کمک کرد، و) دادن پسخوراند منفی. تحلیل عوامل توسط گمبریل و ریچی نشان داد که این مقیاس دارای روایی بالا است و توانایی تمایزگذاری بین افراد جرئت‌ورز بالا و پایین را دارد. ضریب اعتبار این آزمون توسط گمبریل و ریچی به روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن مورد بررسی قرار گرفته است و به ترتیب ۰/۸۱ و

۰/۸۳ گزارش شده است (۴۳). رضاپور میرصالح، ابوترابی کاشانی، و ابراهیمی قوام در پژوهش خود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، اعتبار پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند (۴۴). در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $(\alpha = 0.72)$ به دست آمد.

ج) برنامه مداخله: در این بررسی از درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شد که یک برنامه استاندارد هشت‌هفته‌ای است که هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۲/۵ ساعت برگزار می‌شود و دارای یک روز کامل عقب‌نشینی بین هفته ششم و هفتم است (۴۵). به شرکت‌کنندگان در این برنامه، آموزش داده می‌شود تا مهارت‌های تمرکز حواس را از طریق طیف وسیعی از شیوه‌های تمرکز حواس رسمی و غیررسمی، توسعه دهند؛ مانند: بودن در میان دیگران، اسکن بدن، ذهن آگاهی تنفس، بدن، صداها، و افکار، جنبش آگاه، و ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه. شرکت‌کنندگان به پیروی از این تمرین‌ها هم در طول هشت جلسه کلاس‌های هفتگی، و هم به‌عنوان بخشی از تمرینات خانگی روزانه دعوت می‌شوند (۳۱). همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که در خانه به مدت ۴۵ دقیقه در روز تمرین کنند و برای مراقبه هدایت‌شونده، کوشش کنند. خلاصه برنامه درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	دستور جلسه	تکالیف خانگی	جزوات شرکت‌کنندگان
جلسه ارزیابی (۶۰ دقیقه)	مصاحبه، بحث در مورد منطق فردی و منطق درمان، تکمیل پرسشنامه‌ها، توضیح در مورد تکنیک‌ها و تکالیف خانگی		
۱ (۲/۵ ساعت)	۱. ذهن آگاهی و تنیدگی روزمره ۲. تمرین رسمی خوردن آگاهانه کشمش ۳. تمرین رسمی واریسی بدن به مدت ۲۰ دقیقه ۴. ارائه تکلیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه اول	۱. گوش دادن به نوار واریسی بدن برای شش روز در هفته، هر روز به مدت ۴۵ دقیقه ۲. انجام دادن یکی از فعالیت‌های روزانه به صورت آگاهانه ۳. خوردن حداقل یک وعده غذایی در هفته به تنهایی و در سکوت با توجه به رنگ، طعم، و بوی غذا با آگاهی و هوشیاری کامل با بودن در زمان و لحظه حال و اکنون ۴. حل معمای نه نقطه	جزوه ۱-۱ تعریف حضور ذهن جزوه ۲-۲ توضیح در مورد هدایت خودکار جزوه ۳-۳ توصیه‌هایی برای واریسی بدن جزوه ۴-۴ ارائه گزارش یک شرکت‌کننده جزوه ۵-۵ برگه تکالیف خانگی جزوه ۶-۶ برگه ثبت تکلیف

<p>۱. گوش دادن به نوار واریسی بدن برای شش روز در هفته، هرروز به مدت ۴۵ دقیقه</p> <p>جزوه ۱-۲ تنفس</p> <p>جزوه ۲-۲ برگه تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۳-۲ برگه ثبت تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۴-۲ برگه ثبت وقایع خوشایند</p> <p>جزوه ۵-۲ برگه حرکات کششی یوگا</p>	<p>۱. گوش دادن به نوار واریسی بدن برای شش روز در هفته، هرروز به مدت ۴۵ دقیقه</p> <p>۲. انجام حرکات کششی یوگا</p> <p>۳. انجام تمرین حضور ذهن از تنفس برای دو تا شش روز در هفته به مدت ده تا پانزده دقیقه</p> <p>۴. ثبت وقایع خوشایند</p> <p>۵. انجام دادن یک فعالیت روزانه جدید به صورت آگاهانه</p>	<p>۱. تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه</p> <p>۲. پسخوراند در مورد هفته گذشته و انجام تکالیف</p> <p>۳. تمرین رسمی یوگای دراز کشیده به مدت ۴۵ دقیقه</p> <p>۴. تمرین واریسی بدن (بیان یک تجربه خوشایند)</p> <p>۵. بحث در مورد معمای نه نقطه</p> <p>۶. ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه دوم</p>	<p>۲</p> <p>(۲/۵ ساعت)</p>
<p>جزوه ۱-۳ برگه تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۲-۳ برگه ثبت تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۳-۳ برگه ثبت وقایع ناخوشایند</p>	<p>۱. گوش دادن به سی دی یوگا و معاینه بدن به صورت یک روز در میان حداقل به مدت شش روز</p> <p>۲. انجام نشست هشیارانه (مراقبه نشسته) با آگاهی از تنفس هرروز به مدت ۲۰ دقیقه</p> <p>۳. ثبت وقایع ناخوشایند</p> <p>۱. گوش دادن به سی دی یوگا و معاینه بدن، یک روز در میان حداقل به مدت شش روز</p> <p>۲. نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن هرروز به مدت بیست دقیقه</p> <p>۳. آگاهی از واکنش های خود نسبت به تنیدگی در طول هفته بدون تغییر در آنها</p>	<p>۱. تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه با تمرکز بر نفس در ناحیه شکم</p> <p>۲. تمرین رسمی مراقبه نشسته</p> <p>۳. توضیح در مورد دام های ذهن، گفت و گوی منفی با خود، شیوه های همیشگی و عادی تفکر، فاجعه سازی، بزرگ کردن امور کوچک و کوچک کردن امور مثبت، ذهن خوانی، کارشناس بودن، بایدها، سرزنش خود.</p> <p>۴. تمرین رسمی واریسی بدن (بیان یک تجربه ناخوشایند)</p> <p>۵. ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه سوم</p>	<p>۳</p> <p>(۲/۵ ساعت)</p>
<p>جزوه ۱-۴ برگه تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۲-۴ برگه ثبت تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۱-۵ برگه تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۲-۵ برگه ثبت تکالیف خانگی</p>	<p>۱. گوش دادن به سی دی یوگا و معاینه بدن، یک روز در میان حداقل به مدت شش روز</p> <p>۲. نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن هرروز به مدت بیست دقیقه</p> <p>۳. آگاهی از واکنش های خود نسبت به تنیدگی در طول هفته بدون تغییر در آنها</p> <p>۱. گوش دادن به سی دی نشست هشیارانه، یک روز در میان</p> <p>۲. در سایر روزها به تناوب به سی دی معاینه بدن یا یوگا گوش دهید.</p> <p>۳. آگاه شدن در طول این هفته از لحظات واکنش خود</p> <p>۴. بررسی کردن رفتارها و واکنش های زندگی خود در طول هفته</p>	<p>۱. تمرین رسمی مراقبه نشسته</p> <p>۲. تمرین رسمی مراقبه راه رفتن</p> <p>۳. چگونه ذهن آگاهی، تنیدگی را کاهش می دهد؟</p> <p>۴. چه چیزی کار می کند و چه چیزی کار نمی کند؟</p> <p>۵. تنفس هوشیارانه به مدت ۱۵ دقیقه</p> <p>۶. ارائه تکالیف خانگی و جزوات جلسه چهارم</p>	<p>۴</p> <p>(۲/۵ ساعت)</p>
<p>جزوه ۱-۵ برگه تکالیف خانگی</p> <p>جزوه ۲-۵ برگه ثبت تکالیف خانگی</p>	<p>۱. گوش دادن به سی دی نشست هشیارانه، یک روز در میان</p> <p>۲. در سایر روزها به تناوب به سی دی معاینه بدن یا یوگا گوش دهید.</p> <p>۳. آگاه شدن در طول این هفته از لحظات واکنش خود</p> <p>۴. بررسی کردن رفتارها و واکنش های زندگی خود در طول هفته</p>	<p>۱. تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه</p> <p>۲. تمرین رسمی یوگای ایستاده</p> <p>۳. تمرین رسمی مراقبه نشسته</p> <p>۴. توضیح در مورد واکنش و پاسخ به تنیدگی</p> <p>۵. مدیتیشن عشق و مهربانی</p> <p>۶. ارائه تکالیف خانگی و جزوات جلسه پنجم</p>	<p>۵</p> <p>(۲/۵ ساعت)</p>
<p>اجرای روش های رفتاری : صبر، ازدواج و صلح رحم، و عمل صالح</p>	<p>۱. انجام روش های شناختی تأثیر ایمان به خدا</p> <p>۲. بینش فرد نسبت به سختی ها (اعتقاد به اینکه در دل هر سختی، آسانی وجود دارد)</p> <p>۳. تأثیر توکل به خدا</p> <p>۴. اعتقاد به مقدرات الهی (جایگاه انسان در گستره هستی).</p>	<p>۱. تمرین تنفس آگاهانه</p> <p>۲. یوگای دراز کشیده</p> <p>۳. مراقبه نشسته</p> <p>۴. اسکن بدن</p> <p>۵. مراقبه راه رفتن</p> <p>۶. خوردن آگاهانه</p> <p>۷. توجه به محیط اطراف</p> <p>۸. مراقبه راه رفتن و لبخند زدن</p> <p>۹. تنفس آگاهانه</p> <p>۱۰. مراقبه عشق و مهربانی</p> <p>۱۱. قدردانی از خود</p>	<p>روز عقب نشینی</p> <p>(۲/۵ ساعت)</p>

۱. یک روز درمیان به دیسک شماره ۳ (نشست هشیارانه) گوش دهید.	۱. بحث در مورد تمرینات خانگی و تأثیر آن روی زندگی کنونی	۶ (۲/۵ ساعت)
جزوه ۱-۶ برگه تکالیف خانگی	۲. تمرین مراقبه نشسته	
جزوه ۲-۶ برگه ثبت تکالیف خانگی	۳. تمرین رسمی یوگای دراز کشیده	
	۴. مراقبه کوهستان	
۳. آگاهی از تمام چیزهایی که وارد بدن می‌کنید و تأثیر آن بر بدن. مانند غذا، تصاویر، اصوات، اخبار و	۵. ارائه تکالیف خانگی و جزوات جلسه ششم	
۱. بدون استفاده از دیسک، هر روز یکی از تمرینات هشیارای را انجام دهید (معاینه مراقبه بدن، یوگای هشیارانه، مراقبه نشسته)	۱. تمرین رسمی واریسی بدن	۷ (۲/۵ ساعت)
جزوه ۱-۷ برگه تکالیف خانگی	۲. مراقبه راه رفتن و لبخند زدن	
جزوه ۲-۷ برگه ثبت تکالیف خانگی	۳. تنفس آگاهانه با تمرکز بر نفس در نواحی دارای تنش	
۲. انجام دادن یکی از فعالیت‌های روزانه به صورت آگاهانه	۱. تمرین واریسی بدن در حال راه رفتن	
	۲. تمرین مراقبه نشسته	۸ (۲/۵ ساعت)
	۳. بحث در مورد تجربیات فرد در مورد شرکت در این دوره و پیشرفت بیمار	
	۴. بحث در مورد تمرینات رسمی و غیررسمی	
	۵. تنظیم کردن تمرینات رسمی و غیررسمی	
	۶. اختتام درمان	

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیگیری، برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت فشرده در ۶ جلسه به گروه گواه نیز آموزش داده شد.

لازم به ذکر است سایر ملاحظات اخلاقی نیز در این مطالعه رعایت شد. به مسئولین در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین اطمینان داده شد که به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی افراد، نتایج در سطح کلی (میانگین) گروه‌ها گزارش شده و برای مقاصد تربیتی در اختیار روان‌شناسان، متخصصان آموزش و پرورش، مربیان مراکز بهزیستی و توان‌بخشی قرار می‌گیرد. در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آنها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری با پژوهشگر، خودداری کنند.

لازم به ذکر است که در پایان مطالعه، داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

(د) روش اجرا: پس از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی، ضرورت انجام پژوهش حاضر برای مدیران مراکز بهزیستی شهرستان بازرگان، مطرح شد. به آزمودنی‌ها درباره این مطالعه اطلاعات لازم داده شد و از آنها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. ابتدا تمامی آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های ترس از ارزیابی منفی، شاخص نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی را تکمیل کردند و نمرات آنها به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش یا گواه قرار گرفتند. برنامه درمانی کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط یک روان‌شناس که دارای مدرک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بود و آموزش‌های لازم درباره درمان‌های نسل سوم شناختی-رفتاری و به خصوص کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کارگاه‌های تخصصی فرا گرفته بود به عنوان آموزش‌دهنده در ۸ جلسه ۲/۵ ساعته طی دو ماه و هفته‌ای یک جلسه به گروه آزمایش، آموزش داده شد. این در حالی بود که به گروه گواه هیچ یک از این آموزش‌ها ارائه نشد. در واقع، آزمودنی‌ها در گروه گواه به فعالیت‌های آزاد می‌پرداختند؛ به نحوی تحت کنترل و مراقبت بودند. در پایان برای رعایت شدن ملاحظات اخلاقی و جلوگیری از روحیه رنجیده گروه گواه،

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا توزیع نرمال متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. سپس پیش‌فرض‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر شامل همگنی واریانس متغیرهای پژوهش، تساوی ماتریس‌های کوواریانس، کرویت ماچلی نیز مورد بررسی قرار گرفت و سپس به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته شد. آزمون کالموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد. توزیع نمرات تمامی متغیرهای پژوهش با توجه به این آزمون بهنجار بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. عامل گروه با دو سطح آزمایش (کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی) و گواه، عامل زمان با سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های توصیفی به‌دست آمده از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مربوط به ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و

جرئت‌ورزی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (SD)	پس‌آزمون (SD)	پیگیری (SD)
ترس از ارزیابی منفی	آزمایش	۲۹/۲۷ (۵/۹۵)	۲۲/۵۳ (۵/۴۵)	۲۲/۶۰ (۵/۴۶)
	گواه	۲۷/۶۷ (۴/۹۳)	۲۷/۹۳ (۴/۳۲)	۲۷/۵۳ (۴/۳۱)
نگرش به زندگی	آزمایش	۲۴/۲۷ (۲/۹۶)	۳۰/۱۳ (۴/۰۳)	۲۹/۵۳ (۴/۷)
	گواه	۲۴/۸۷ (۳/۳۳)	۲۴/۴۷ (۲/۶۶)	۲۴ (۲/۳)
جرئت‌ورزی	آزمایش	۹۷/۶ (۱۱/۴۱)	۱۲۰/۴۷ (۱۲/۵۳)	۱۲۰/۴۶ (۱۲/۳۰)
	گواه	۹۵/۶ (۱۲/۲۶)	۹۷/۴۷ (۱۲/۲۴)	۹۵/۶ (۱۱/۳۷)

با توجه به جدول ۲ در گروه آزمایش میانگین ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و میانگین نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته است. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج همگنی کوواریانس، کرویت موجلی، همگنی واریانس‌های ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی

متغیر	ام باکس (f)	کرویت موجلی (خی دو)	لویین	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
ترس از ارزیابی منفی	۱۹/۹۸ (۲/۹۴۰)	۰/۹۴ (۲/۴۸)	۱/۷۱۱	۰/۰۶۹	۰/۵۱۷	۰/۰۶۹
	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۴۱۲	P = ۰/۲۰۱	P = ۰/۷۹۵	P = ۰/۴۷۸	P = ۰/۷۹۵
نگرش به زندگی	۲۲/۹۲۶ (۳/۳۷۳)	۰/۸۹۷ (۳/۰۱)	۰/۳۹۵	۳/۲۸۶	۴/۴۶۲	۳/۲۸۶
	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۱۰۳	P = ۰/۵۳۵	P = ۰/۱۱۸	P = ۰/۰۴۴	P = ۰/۱۱۸
جرئت‌ورزی	۴۲/۵۲۷ (۶/۲۵۶)	۰/۴۴۳ (۲۱/۹۹۵)	۰/۵۱۶	۰/۰۰۶	۰/۰۷۶	۰/۰۰۶
	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۰۰۱	P = ۰/۴۷۹	P = ۰/۹۳۷	P = ۰/۷۸۵	P = ۰/۹۳۷

تصادفی بوده است از این مفروضه برای متغیر جرئت‌ورزی چشم‌پوشی می‌کنیم. نتایج آزمون لویین نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطای ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری ($P \geq ۰/۰۵$) برقرار است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون‌گروهی نمره ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی در ۳ بار متوالی و عامل بین‌موردی گروه انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

بررسی نتایج آزمون ام باکس متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که این آزمون معنادار است ($P \leq ۰/۰۰۱$)، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس برقرار نیست، اما با توجه به برابری تعداد دو گروه می‌توانیم از این مفروضه عبور کنیم. پیش‌فرض آزمون کرویت موجلی دو متغیر ترس از ارزیابی منفی و نگرش به زندگی مورد بررسی قرار گرفت با توجه به سطح معناداری کرویت موجلی ($P \geq ۰/۰۵$)، این مفروضه برای این دو متغیر برقرار است، ولی در متغیر جرئت‌ورزی این مفروضه رعایت نشده است. با توجه به اینکه گمارش گروه‌ها به صورت

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون گروهی و تعامل (لامبدای ویلکز)

متغیر	عامل	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور آتا
ترس از ارزیابی منفی	زمان	۰/۵۲۸	۱۲/۰۶۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۷۲
	تعامل گروه و زمان	۰/۴۶۵	۱۵/۵۲۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۳۵
نگرش به زندگی	زمان	۰/۵۱۲	۱۲/۸۶۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۸۸
	تعامل گروه و زمان	۰/۴۴۳	۱۶/۹۸۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۵۷
جرئت‌ورزی	زمان	۰/۳۴۸	۲۵/۳۱۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۲
	تعامل گروه و زمان	۰/۳۴۲	۲۶/۰۲۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۸

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) تفاوت معناداری با هم دارند ($P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین بین نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) و گروه‌ها در ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی تعامل معناداری مشاهده شد.

($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین نمرات ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری تغییر کرده است. در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	عامل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجذور آتا
	گروه	۱۹۰/۶۷۸	۱	۱۹۰/۶۷۸	۱۰/۷۷۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۸۸
ترس از ارزیابی منفی	زمان	۱۷۳/۴۰۰	۱	۱۷۳/۴۰۰	۲۳/۵۰۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۵۶
	زمان * گروه	۳۶۰/۰۶۷	۱	۳۶۰/۰۶۷	۱۱/۷۰۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۳۷
	گروه	۲۸۰/۹۰۰	۱	۲۸۰/۹۰۰	۸/۴۷۵	$P \leq ۰/۰۰۷$	۰/۳۳۲
نگرش به زندگی	زمان	۷۲/۶۰۰	۱	۷۲/۶۰۰	۱۵/۹۶۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۸۶
	زمان * گروه	۱۴۱/۰۶۷	۱	۱۴۱/۰۶۷	۳۱/۰۲۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۲۶

با توجه به جدول ۵، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) در زمینه ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$) و میان دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است. بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) در زمینه نگرش به زندگی ($P \leq ۰/۰۰۱$) و بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر تأثیر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش نگرش به زندگی

گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، معنادار است. همچنین بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) در زمینه جرئت‌ورزی ($P \leq ۰/۰۰۱$) و بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$)؛ به عبارت دیگر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش جرئت‌ورزی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است. در جدول ۶ نتایج مقایسه میانگین ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج مقایسه گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین گواه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	۲۹/۲۶۷	۲۷/۶۶۷	۱/۶	۱/۴۱۳	۰/۱۴۱
	پس آزمون	۲۲/۵۳۳	۲۷/۹۳۳	-۵/۴	۱/۲۶۹	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	۲۲/۶۰۰	۲۷/۵۳۳	-۴/۹۳۳	۱/۲۷۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
نگرش به زندگی	پیش آزمون	۲۴/۲۶۷	۲۴/۸۶۷	-۰/۶	۰/۸۱۵	۰/۹۱۲
	پس آزمون	۳۰/۱۳۳	۲۴/۴۶۷	۵/۶۶۶	۱/۰۳۹	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	۲۹/۵۳۳	۲۴	۵/۵۳۳	۰/۹۵۶	$P \leq ۰/۰۰۱$
جرئت‌ورزی	پیش آزمون	۹۷/۵۸۹	۹۵/۵۸۴	۲/۰۵	۱/۳۶۸	۰/۱۱۲
	پس آزمون	۱۲۰/۴۶۶	۹۷/۴۶۹	۲۲/۹۹۷	۱/۴۷۸	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیگیری	۱۲۰/۴۵۹	۹۵/۵۸۹	۲۴/۸۷	۱/۵۶۱	$P \leq ۰/۰۰۱$

همان طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود در متغیر ترس از ارزیابی منفی، نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی گروه آزمایش با گواه در مرحله پس آزمون ($P \leq ۰/۰۰۱$) و پیگیری ($P \leq ۰/۰۰۱$) معنی‌دار است؛ در نتیجه میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به‌طور معناداری در متغیر ترس از ارزیابی منفی پایین‌تر، و در متغیرهای نگرش به زندگی و جرئت‌ورزی، بیشتر از گروه گواه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی، و جرئت‌ورزی در نوجوانان پسر بد سرپرست بود. یافته‌ها نشان داد که این درمان به کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان پسر بد سرپرست منجر شده است. این یافته پژوهش حاضر با نتایج برخی پژوهش‌های آلسوبی و همکاران (۱۸) مبنی بر تأثیرات مثبت کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های مختلف مانند ذهن آگاهی و جرئت‌ورزی و اضطراب، همسو است. پژوهش حبیبی (۳۰) نیز نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی موجب کاهش تنیدگی تحصیلی در دانش‌آموزان دبیرستانی می‌شود و پژوهش محمد، پاپیوس، و شرما (۳۱) نیز حاکی از آن بود که درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تحمل درد و بهبود سلامت روان‌شناختی نوجوانان خودآسیب‌رسان اثربخش است. بدین ترتیب نتایج این دو مطالعه نیز با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه‌ای دیگر پیرستلو - پرز و همکاران (۲۳) با عنوان اثربخشی آموزش گروهی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان به این نتیجه دست یافت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان تأثیر مثبتی دارد. همچنین در یک برنامه آموزشی دیگر کوکوسکی و همکاران (۳۲) به‌منظور بررسی اثربخشی برنامه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به این نتیجه دست یافتند که این مداخله منجر به کاهش معنادار شدت نشانه‌های اضطرابی، افسردگی، نشخوار فکری و افزایش معنی‌داری در میزان ذهن آگاهی، و پذیرش می‌شود. بدین ترتیب نتایج این مطالعات نیز در راستای یافته‌های پژوهش حاضر است. در نهایت نتایج دیگر مطالعات انجام شده (۲۱-۲۵) نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است.

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت، ذهن آگاهی چرخه افکار منفی را با هدایت افراد به سمت برقراری ارتباط با توجه به زمان حال، متوقف می‌کند. این تمرکز، منابع درونی را که صرف نشخوار فکر می‌شوند، کاهش می‌دهد. وقتی ذهن آگاهی تبدیل به یک عادت شود، با بروز خفیف‌ترین احساس ناراحتی پاسخ احتمالی افراد به آن تمرکز روی حواس بدنی خواهد بود؛ نه اینکه درگیر ماریج ترس از ارزیابی منفی، اضطراب، و اجتناب شوند. در مطالعه گولدن و گراس (۲۹) مشخص شد که کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی با ایجاد تغییر در فرایند توجه می‌تواند الگوی پاسخ در زمینه باورهای منفی را اصلاح کند؛ در واقع در ذهن آگاهی هدف، بیرون کردن افکار منفی از

ذهن نیست، که پیشگیری از تحکیم این افکار است. تبیین دیگری که در مورد تأثیر درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی وجود دارد، این است که تمرین های ذهن آگاهی موجب افزایش توانایی مراجعان در تحمل حالت های هیجانی منفی و احساس های بدنی ناراحت خواهد شد و این افراد را برای کنار آمدن مؤثر با علائم و نشانه های تنیدگی، اضطراب، و افسردگی توانا تر می کند. و به آنها کمک می کند تا از افکار خود آیند، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند؛ بدین ترتیب این مداخله نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می کند (۳۳). همچنین آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران، و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، می تواند باعث شود که فرد توانایی خود را بشناسد؛ با تنیدگی های زندگی کنار بیاید؛ از نظر شغلی موفق و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی کنار آمده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۳۴). آموزش ذهن آگاهی می تواند با وجود چنین روش های مثبتی نقش مهمی در کاهش ترس از ارزیابی منفی، نگرانی، نشخوار فکری، اضطراب و علائم جسمانی داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش نگرش به زندگی دانش آموزان پسر بد سرپرست شده است. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های پیرستلو-پرز و همکاران (۲۳)، مارلات و همکاران (۲۴)، کویکن و همکاران (۲۵) و دکیزر و همکاران (۲۶) مبنی بر اینکه آموزش کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی روان شناختی و روابط بین فردی می شود، همخوانی دارد. در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت بر طبق الگوی درمانی ذهن آگاهی، و در تمرینات حضور ذهن از مراجع خواسته نمی شود که نشانه های اضطراب را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس ها که طبیعتاً بروز می یابند، مورد ترغیب قرار می گیرد. از سوی دیگر می توان اظهار کرد که آموزش

ذهن آگاهی با تشویق افراد به تمرین مکرر توجه روی محرک های خنثی و آگاهی هدفمند نسبت به جسم و ذهن، نوجوانان بد سرپرست را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگران کننده در مورد خود، آینده و عملکردشان رها و ذهن آنها را از حالت خودکار خارج می کند؛ به عبارت دیگر، این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک، اضطراب، و تغییر نگرش به زندگی می شود (۳۵). از سوی دیگر چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات، بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان گونه که اتفاق می افتد، کمک می کند؛ بنابراین می تواند در تعدیل سلامت روان بیماران نقش داشته باشد و این یافته از این نظر که در پژوهش ها مشخص شده است که درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل ترس از ارزیابی منفی و افکار منفی کمک می کند و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود، قابل توجیه است؛ به عبارت دیگر می توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (۲۵)، زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی کنار بیایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۲۶).

همچنین نتایج نشان داد درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش جرئت و رزی دانش آموزان پسر بد سرپرست شده است. این یافته با نتایج پژوهش های پیرستلو-پرز و همکاران (۲۳)، مارلات و همکاران (۲۴)، کویکن و همکاران (۲۵) و دکیزر و همکاران (۲۶) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج با توجه به نظریه بائر^۱ می توان گفت، ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه بودن یا یک شیوه فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر که می تواند دردهای جسمانی را تسکین داده و زندگی را معنادار کند. ذهن آگاهی این کار را بر اساس هماهنگ شدن با تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش

ذهن در ایجاد دل‌شوره‌های بی‌مورد انجام می‌دهد (۳۳). برخی پژوهشگران معتقدند که کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست از حرمت خود پایین، جرئت‌ورزی همراه با رفتارهای پرخاشگرانه، و کیفیت زندگی نامناسب برخوردارند. آنها در مناسبات اجتماعی تعارض‌انگیز، درگیری‌های لفظی و کلامی وارد شده، نگرش بدبینانه و تردیدآمیزی به توانایی‌های اجتماعی خود دارند، و اکثراً در تنهایی و انزوا به سر می‌برند (۲۸). بر همین اساس، درمان کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در جرئت‌ورزی و سایر توانمندی‌های این کودکان و نوجوانان مؤثر باشد. در ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود که اندیشه‌ها و احساساتشان را مشاهده کنند. مشاهده طولانی مدت رویدادهای ناخوشایند خصوصی در طول زمان باعث کاهش اجتناب عاطفی از محرک درونی می‌شود که قبلاً غیرقابل تحمل بوده است. ذهن آگاهی مشاهده باورها را ممکن می‌سازد و در نتیجه دامنه زیادی از پاسخ‌ها در دسترس قرار می‌گیرند و روش‌های عادت شده پاسخ‌دهی با روش‌های آگاهانه پاسخ‌دهی که غیر خودکار انتخاب می‌شوند جابه‌جا می‌شوند (۳۷).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است که بیان آنها در نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش مفید خواهد بود. با توجه به اینکه در این پژوهش فقط اختصاص آزمودنی‌ها به روش‌های مورد مطالعه تصادفی بوده است و امکان انتخاب تصادفی اولیه وجود نداشته است از این رو بازگشت آماری و رخداد‌های هم‌زمان با انجام پژوهش ممکن است اعتبار درونی پژوهش را محدود کند. محدودیت دیگر آن مربوط به روش اندازه‌گیری است. استفاده از روش پرسشنامه و اندازه‌های خودگزارشی دارای برخی مشکلات ذاتی (عدم خویشتن‌نگری، خطای اندازه‌گیری و ...) است. وجود تعامل متقابل بین گروه‌های آزمایشی و گواه از جمله عوامل تهدیدکننده اعتبار درونی این پژوهش بود. با توجه به شرایط دوره آموزشی و رعایت ملاحظات اخلاقی، امکان آموزش ذهن آگاهی به دختران بد سرپرست امکان‌پذیر نبود، به همین دلیل تنها از میان دانش‌آموزان پسر بد سرپرست، نمونه پژوهشی انتخاب و دوره آموزشی

اجرا شد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، دوره زمانی کوتاه مرحله پیگیری بود که بهترین حالت آن دوره پیگیری ۶ ماهه است که به علت محدودیت زمانی، در پژوهش حاضر، این دوره کوتاه بوده است. اثر تعاملی زمان، نوع، و دفعات اندازه‌گیری متغیر وابسته از جمله عواملی است که اعتبار بیرونی این پژوهش را تهدید می‌کند. عدم امکان اجرای مصاحبه باعث شد که به گزارش‌های افراد شرکت‌کننده تکیه شده، نه به رفتارهای واقعی آنها. همچنین با توجه به عدم امکان کنترل دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر نتایج پژوهش و محدود بودن حجم نمونه، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود. در این مطالعه، پژوهشگر و درمانگر یکی بودند که این موضوع می‌تواند بر روند نتایج تأثیرگذار باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود این شیوه آموزش به صورت اختصاصی بر روی هر دو جنس دانش‌آموزان پسر و دختر بد سرپرست با رفع محدودیت‌های اشاره شده، انجام شود. با توجه به اینکه تعداد پژوهش‌های انجام شده درباره کاربرد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی در ایران بسیار محدود و اندک است، توصیه می‌شود که در زمینه کاربرد این روش، در درمان سایر اختلالات روانی و روان‌تنی، پژوهش‌های بیشتری انجام شود. پیگیری نتایج آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنیدگی به منظور حصول اطمینان از ثبات نتایج، از جمله مسائلی است که در غنای یافته‌های مطالعات مشابه، مؤثر خواهد بود.

تشکر و قدردانی: این مطالعه به صورت مستقل اجرا شده است و حاصل پایان‌نامه یا طرح پژوهشی مصوب نیست. مجوز اجرای این مطالعه نیز توسط سازمان بهزیستی شهرستان بازرگان در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ صادر شد. بدین وسیله از تمامی دست‌اندرکاران این سازمان و تمامی مشارکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

References

1. Giagazoglou P, Kouliousi C, Sidiropoulou M, Fahantidou A. The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Res Dev Disabil*. 2012; 33(3): 964-970. [Link]
2. War FA, Ved RS, Paul MA. Mental health and self-esteem of institutionalized adolescents affected by armed conflict. *J Relig Health*. 2016; 55(2): 593-601. [Link]
3. Rajabi M, Bagiyan MJ, Bakhti M, Kariminejad K. Comparison of mental health indicators in orphaned children held centers with children deposited to relatives in Lorestan province. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017; 4(1): 36-42. [Persian]. [Link]
4. Hesarsorkhi R, Asghari Nekah SM, Lalzdeh Kandekali E, Parvaneh E. Comparison of aggression and emotional knowledge in orphans and abandoned male children with non-orphans male children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2016; 3(2): 77-85. [Persian]. [Link]
5. Saffarhamidi E, Hosseininan S, Zandipour T. The effect of positive thinking education on the perceived competency and social skills of the orphan and mistreated children. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2017; 4(1): 13-23. [Persian]. [Link]
6. Keil M. A prospective study of growth and development of children recently adopted from orphanage care. *J Pediatr Nurs*. 2012; 27(3): e3. [Link]
7. Craven M. Effects of self-focused attention and fear of evaluation on anxiety and perception of speech performance [Electronic Thesis]. [Ohio, United States]: The College of Arts and Sciences, Ohio University; 2015, pp: 1-59. [Link]
8. Ganesh Kumar J, Athilakshmi R, Maharishi R, Maya R. Relationship between fear of negative evaluation and anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 3(1): 47-80. [Link]
9. Weeks JW, Howell AN. The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: Further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cogn Behav Ther*. 2012; 41(2): 83-95. [Link]
10. Sultan S, Kanwal F. Gender differences in self-handicapping: the role of self-esteem and fear of negative evaluation. *Journal of Gender & Social Issues*. 2014; 13(1): 45-56. [Link]
11. Bekker MH, Croon MA, van Balkom EG, Vermees JB. Predicting individual differences in autonomy-connectedness: the role of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *J Clin Psychol*. 2008; 64(6): 747-765. [Link]
12. Shalchi B, Vahidnia B, Dadkhah M, Alipouri Niaz M, Moghimifam P. Comparison of affective-behavioral disorders and social skills among normal adolescents and institutional children of social welfare bureau. *Social Welfare Quarterly*. 2018; 17(67): 173-201. [Persian]. [Link]
13. Sevillano-Jiménez A, Ruano-García C. Assertive community treatment as a method of care in mental health. Role of the specialist nurse. *Enferm Clin*. 2019; 29(6): 387-389. [Link]
14. Masters JC, Burish TG, Hollon SD, Rimm DC. *Behavior therapy: techniques and empirical findings*. Subsequent edition. San Diego: Harcourt College Pub; 1987. [Link]
15. James K, Rimes KA. Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: a pilot randomised study. *Mindfulness (N Y)*. 2018; 9(3): 801-814. [Link]
16. van der Velden AM, Roepstorff A. Neural mechanisms of mindfulness meditation: bridging clinical and neuroscience investigations. *Nat Rev Neurosci*. 2015; 16(7): 439-439. [Link]
17. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clin Psychol Psychother*. 2002; 9(2): 131-138. [Link]
18. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017; 55: 74-91. [Link]
19. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A Randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom*. 2016; 85(2): 99-110. [Link]
20. Malinowski P. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neurosci*. 2013; 7: 8. [Link]
21. Horton-Deutsch SL, Horton JM. Mindfulness: overcoming intractable conflict. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003; 17(4): 186-193. [Link]
22. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy related research. *American Psychological Association*. 2011; 48(2): 198-208. [Link]
23. Perestelo-Perez L, Barraca J, Peñate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based

- interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol*. 2017; 17(3): 282–295. [Link]
24. Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-Based relapse prevention for substance abusers: therapist training and therapeutic relationships. In: Hick S, Bien T, editor. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press; 2008. pp: 1-21. [Link]
 25. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse. *JAMA Psychiatry*. 2019; 73(6): 565–574. [Link]
 26. Dekeyser M, Raes F, Leijssen M, Leysen S, Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Pers Individ Dif*. 2008; 44(5): 1235-1245. [Link]
 27. Rahman W, Mullick MS, Pathan MA, Chowdhury NF, Shahidullah M, Ahmed H, et al. Prevalence of behavioral and emotional disorders among the orphans and factors associated with these disorders. *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal*. 2012; 5(1): 29-34. [Link]
 28. Yendork JS, Somhlaba NZ. Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. *Child Youth Serv Rev*. 2014; 46: 28–37. [Link]
 29. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010; 10(1): 83-91. [Link]
 30. Habibi M. The effect of cognitive-behavioral stress management on decreasing academic expectation stress of parents: A case of first grade high school students. *Journal of School Psychology*. 2015; 4(2): 22–38. [Persian]. [Link]
 31. Mohammed WA, Pappous A, Sharma D. Effect of mindfulness based stress reduction (MBSR) in increasing pain tolerance and improving the mental health of injured athletes. *Front Psychol*. 2018; 9: 722. [Link]
 32. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Huta V, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2013; 51(12): 889–898. [Link]
 33. Hazlett-Stevens H. Mindfulness-based stress reduction in a mental health outpatient setting: Benefits beyond symptom reduction. *J Spiritual Ment Health*. 2018; 20(3): 275–292. [Link]
 34. O'Driscoll M, Sahm LJ, Byrne H, Lambert S, Byrne S. Impact of a mindfulness-based intervention on undergraduate pharmacy students' stress and distress: quantitative results of a mixed-methods study. *Curr Pharm Teach Learn*. 2019; 11(9): 876–887. [Link]
 35. Björkstrand J, Schiller D, Li J, Davidson P, Rosén J, Mårtensson J, et al. The effect of mindfulness training on extinction retention. *Sci Rep*. 2019; 9: 19896. [Link]
 36. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *J Psychiatry Neurosci*. 2018; 43(1): 7–25. [Link]
 37. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther*. 2017; 95: 29–41. [Link]
 38. Leary MR. A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Pers Soc Psychol Bull*. 1983; 9(3): 371-375. [Link]
 39. Collins KA, Westra HA, Dozois DJ, Stewart SH. The validity of the brief version of the fear of negative evaluation scale. *J Anxiety Disord*. 2005; 19(3): 345-359. [Link]
 40. Shokri O, Geravand F, Naghsh Z, Ali Tarkhan R, Paezi M. the psychometric properties of the brief fear of negative evaluation scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3): 316–325. [Persian]. [Link]
 41. Battista J, Almond R. The development of meaningful life. *Psychiatry*. 1973; 36(4): 409–427. [Link]
 42. Haji Abed MR, Bagheri F, Asghar Nejad Farid AA. Comparison of life regard index between veterans suffering from post traumatic stress disorder with and without history of substance abuse in Shahid Rajae Hospital in Isfahan. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2013; 5(2): 10–17. [Persian]. [Link]
 43. Gambrill ED, Richey CA. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav Ther*. 1975; 6(4): 550–561. [Link]
 44. Rezapour Mirsaleh Y, Aboutorabi Kashani P, Ebrahimi Ghavam S. Effectiveness of assertive skills training on improvement of assertion and self-esteem of third to fifth grade low-assertive girl students in Tehran. *Scientific Journal of Clinical Psychology & Personality*. 2013; 2(7): 77–90. [Persian]. [Link]

45. Segal Z, Williams M, Teasdale J, Crane R, Dimidjian S, Ma H, et al. Mindfulness-based cognitive therapy training pathway. Version 1.0. Oxford Mindfulness Centre; 2016, pp: 1-13. [\[Link\]](#)

