

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر و
 تکانشگری نوجوانان
**The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to
 reduce high-risk behaviors and impulsivity in adolescents**

Mahshid Shabani

Master of Science (Counseling and guidance) of the Faculty of Humanities, Azad University of Yazd

Yousef Ranjbar Soodjani

Member of Young and Elite Research Club of Islamic Azad University, Shahrekord, Shahrekord, Iran.

مهشید شعبانی

کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد واحد یزد

یوسف رنجبر سودجانی

عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

Abstract

This study aimed to examine the effects of Treatment mindfulness-based stress reduction on impulsivity and High Risk Behaviors in adolescents. The study was a quasi-experimental design with pre-posttest experimental and control groups. The statistical population included all high school female students in the academic year was 2016-2017. The sample consisted of 32 students, who were selected with available sampling. The sample of 32 participants were placed randomly assigned to experimental and control groups, thus 16 patients in the experimental group and 16 patients in the control group. To collect the data, impulsivity questionnaire (Barrett et al., 1995) and test high-risk behaviors (Rashid and Hydra, 2012). In order to analyze the results in addition to using descriptive statistics, multivariate analysis of covariance was used. Results showed that mindfulness-based stress reduction therapy to reduce high-risk behaviors (Insecure sexual

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه پژوهش ۳۲ نفر بودند، که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت یکسان گمارش شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت تحت درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند؛ درحالی که اعضای گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه تکانشگری (بارت و همکاران، ۱۹۹۵) و آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) بود. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج نیز علاوه

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

behavior, violence, drug use) was effective. Mindfulness-based stress reduction therapy to reduce impulsivity (motor impulsivity, Cognitive impulsivity and lack of planning) was effective. So it can be concluded that mindfulness-based stress reduction treatment approach is an effective way to reduce impulsivity and risk behaviors of adolescents.

Keywords: Mindfulness-based stress reduction, impulsivity, High Risk Behaviors, adolescents.

بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر (رفتار جنسی ناپایم، خشونت، مصرف مواد) تأثیر معناداری دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری (تکانشگری حرکتی، تکانشگری شناختی و عدم برنامه ریزی) تأثیر معناداری دارد ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روشی اثربخش در کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، تکانشگری، رفتارهای پرخطر، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانی دوره تغییرات بزرگ است، تغییرات سریع احساسی، فیزیکی و اجتماعی و همچنین دوره اکتشاف، اتکاء به نفس، کنترل بر خود، توانایی تصمیم‌گیری مستقلانه و دوره انتخاب است. بدست آوردن خودمختاری، مسئولیت‌پذیری و تصمیم‌گیری در مورد سلامتی، خانواده، شغل و همسالان در این دوره رخ می‌دهد (فروستنبرگ، ۲۰۰۰). این دوره زمانی است که نوجوان نقش‌ها و مسئولیت‌های جدید را می‌پذیرد و مهارت‌های اجتماعی را برای بر عهده گرفتن آن نقش‌ها فرا می‌گیرد. لذا اگر الگویی دقیق، روشن و همه‌جانبه در زمینه رفتار مناسب و درست برای او تعریف و مشخص نشود، او خود به سبک - سنگین کردن رفتارها، آزمایش نقش‌ها دست می‌زند و در برخی موارد به نادیده گرفتن قواعد می‌پردازد که در نهایت با انجام رفتارهای پرخطر همراه می‌شود (شکری و همکاران، ۱۳۹۴). رفتارهای پرخطر به رفتارهایی گفته می‌شود که سلامت و بهزیستی جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد جامعه را به خطر می‌اندازد. این رفتارها به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروه اول رفتارهایی هستند که سلامت و

بهزیستی خود فرد را به خطر می‌اندازد مثل مصرف مواد مخدر، الکل، سیگار و رفتارهای جنسی ناپایمن. گروه دوم رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی سایرین را تهدید می‌کنند مثل دزدی، پرخاشگری و خشونت، گریز از مدرسه و گریز از خانه (سلمانی، حسنی و آریاناکیا، ۱۳۹۳). نوجوانان، یکی از آسیب پذیرترین قشرهای جامعه در برابر رفتارهای پرخطر هستند. بر اساس آمار پزشکی قانونی کشور، شایع‌ترین علل مرگ جوانان و نوجوانان زیر ۲۵ سال در ایران، در درجه اول صدمات رواندگی و پس از آن به ترتیب مسمومیت ناشی از الکل، مواد مخدر، خودکشی و در نهایت بیماری سرطان است (گرما رودی، مکارم، علوی و عباسی، ۱۳۸۸). تکانشگری، نیز برای بسیاری از روانشناسان که با آسیب شناسی روانی نوجوانان سر و کار دارند، یکی از مفاهیم عمده روانشناختی به شمار می‌رود (آزاد فلاح و سهرابی فرد، ۱۳۸۸). این مفهوم معمولاً با رفتارهای نسنجیده یا بدون فکر، تداعی شده و به عنوان یکی از حالات بالینی در اختلالات مختلف روانشناختی و یا حتی به عنوان اختلالی مستقل، در نظر گرفته شده است که نیازمند مداخله‌ی بالینی می‌باشد (کلاس، ورتانن و براسپرینگ^۱، ۲۰۰۰). مفهوم مشترک بین اکثر تعاریف ارائه شده از تکانشگری، عمل کردن بدون تفکر است به طوری که فرد، در مورد پیامدهای رفتاری خاص در مورد خود و دیگران فکر نمی‌کند و به محض تمایل برای انجام یک رفتار، آن رفتار را بدون هیچ فیلتر ذهنی یا رفتاری، انجام می‌دهد. به عبارتی می‌توان تکانشگری را قطع ارتباط بین محرک‌های محیطی و پاسخ‌های فرد در محیط، قلمداد کرد (دادستان، ۱۳۸۷). افراد تکانشگر بر اساس احساسات لحظه‌ای خود عمل می‌کنند بدون این که قوانین یا ملاحظات خاص هر موقعیت را در نظر بگیرند (دیمون و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش رابینز^۲ و برایان^۳ (۲۰۰۴) نشان داد که افزایش تکانش‌گری هم در بین نوجوانان و هم در بزرگسالان، با افزایش انواع مختلف رفتارهای خطرناک، از جمله مصرف مواد، سیگار، قماربازی و روابط جنسی ناپایمن، مرتبط است.

با توجه به صدمات و خسارات جبران ناپذیری که تکانشگری و رفتارهای پرخطر به دنبال دارند، انجام مداخلات روانشناختی و آموزشی در جهت کاهش این عوامل، اهمیت به سزایی دارد. در این راستا رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یکی از درمان‌های

1. Claes, Vertommen & Braspenning

2. Robbins

3. Brayan

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

شناختی-رفتاری نسل سوم محسوب می‌شود که می‌تواند در این زمینه مؤثر عمل کند. اساساً ذهن آگاهی عبارت است از تمرکز توجه بر لحظه‌ی حال همان‌گونه که اتفاق می‌افتد. از آن جا که لحظه‌ی حال همیشه در حال تغییر است، ذهن آگاهی از زمان حال مستلزم این است که شرکت‌کنندگان آگاهانه و پیوسته توجه‌شان را بر هر آن چه که در آن لحظه رخ می‌دهد، متمرکز نگه دارند بدون این که با آن چه قبلاً در گذشته اتفاق افتاده یا آن چه که در آینده اتفاق خواهد افتاد، منحرف شود (کابات زین، ۱۹۹۰، به نقل از روحی، ۱۳۹۳). برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از لحاظ تاکید بر آموزش مراقبه‌ی ذهن آگاهانه‌ی فشرده، انجام تکالیف خانگی برای مقابله با استرس‌ورهای زندگی روزانه، و پژوهش‌هایی که اثربخشی آن‌را نشان داده‌اند، منحصر به فرد می‌باشد (رینولدز^۱، ۲۰۰۶، به نقل از شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، یک درمان پزشکی یا روانپزشکی نیست، بلکه یک رویکرد روانی-آموزشی است که به افراد در جهت تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهانه در زمینه‌ی درمان ذهنی-جسمی کمک می‌کند و با هدف کاهش فشار روانی و بهبود سلامتی بکار برده می‌شود. اولین اصل مرکزی برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، این عقیده است که هر فردی در خودش توانایی عظیمی برای مهربانی و پذیرش آگاهی دارد و کاربرد این آگاهی می‌تواند به یادگیری عمیق، معالجه و تغییر منجر شود. در این برنامه از هر فرد انتظار می‌رود که فکر کند یک انسان کامل است نه یک فرد بیمار و دارای مشکل. دومین اصل مرکزی برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد در این نوع آموزش یاد می‌گیرند که هر تجربه، یک چیز واقعی است و چه در داخل بدن باشد و چه در بیرون بدن، باید بدون قضاوت و تغییر، آن‌را بپذیرفت. سومین اصل مرکزی برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کمرنگ کردن عقاید، قضاوت‌ها و افکار درباره‌ی تجربیات و تمایل به توجه مستقیم، و تجربه‌ی بلاواسطه‌ی پدیده‌ها، همان‌طور که در لحظه‌ی کنونی اتفاق می‌افتند، می‌باشد (اورسیلو، و رومر^۲، ۲۰۰۵، به نقل از شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۱). نتایج مطالعه یوسانی^۳ و لارنس^۴ (۲۰۱۴) نشان داد، افرادی که ذهن آگاهی بیشتر و به تبع آن خودکنترلی بیشتری داشتند، پرخاشگری و

¹. Rinlodz

². Orsillo, & Roemer

³. Yusainy

⁴. Lawrence

آسیب به خود کمتری را نشان دادند، همچنین باحاطه خودکتنرلی، تأثیر مستقیم ذهن آگاهی بر خصوصیت پرخاشگری، عصبانیت و خصومت و نیز خودآسیبی معنادار باقی ماند. حامدی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در مطالعه‌ای نشان داد که روش ذهن آگاهی در کاهش آسیب ایدز و میلی مصرف مواد مؤثر بوده است. هم چنین در پژوهش یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۱۳۹۲) مبنی بر اثر بخشی ذهن آگاهی بر استرس، افسردگی و عود در سو مصرف کنندگان مواد کاهش در میل به مصرف در آزمودنیها مشاهده شد که با کاهش رفتارهای پر خطر در زمینه الکل و میلی به مصرف مواد در رفتار پر خطر نوجوانان مرتبط می‌شود. در پژوهشی که توسط ویلیامز^۱ و همکاران (۲۰۰۶) با عنوان درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود خودکشی انجام شد خودکشی به عنوان یکی از ویژگیهای افراد افسرده وار و رفتار پرخطر در یک دوره پیگیری میزان عود کمتری داشته است. نتایج مطالعه ویتمن، پیتز، گاتینا، اوتن، کهلز و مسنر^۲ (۲۰۱۴) نشان دادند که ذهن آگاهی بیشتر در زندگی روزمره با تکانشگری کمتر، کنترل هیجانی بهتر گذشته و چشم انداز آینده‌ای مشخص تر در ارتباط است. مطالعه بدری (۱۳۹۴) نیز موبد تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری دانشجویان مبتلا به زخم‌های گوارشی بود. بر اساس آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد. محقق در این پژوهش پس از کسب مجوز لازم از اداره کل آموزش و پرورش اصفهان، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳ دبیرستان دخترانه را انتخاب نموده و پس از اجرای آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) و پرسشنامه تکانشگری (بارت و همکاران، ۱۹۹۵) بر روی ۳۰۰ دانش آموز، دانش آموزانی که نمرات بالاتر از میانگین در آزمون‌های مذکور کسب

1. Williams

2. Wittman, Peter, Gutina, Otten, Kohls & Meissner

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

کردند بعنوان افراد نیازمند به مداخله شناسایی شدند که تعداد آنها ۸۰ نفر بود. از این تعداد بصورت تصادفی ۳۲ نفر بعنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که تعداد ۱۶ نفر از آنان در گروه آزمایش و ۱۶ نفر از دانش آموزان در گروه کنترل جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. خلاصه جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- شرح جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی**معرفی و آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار**

معرفی برنامه و شرح مختصری از ۸ جلسه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و لزوم آموزش ذهن آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واری بدن و تنفس

آگاهانه، تکلیف دهی**رویارویی با موانع**

مورد تکلیف هفته‌ی گذشته (انجام مراقبه واری بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته، تکلیف دهی

آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه

تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگای، تکلیف دهی.

ماندن در زمان حال

مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهارمعی نیز نامیده می‌شود).

آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه، تکلیف دهی

اجازه / مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات)

مرور تکلیف هفته‌ی گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته (آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات)، ارائه و اجرای حرکات یوگای، تکلیف دهی

افکار حقایق نیستند

تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکلیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثر واقعیت نیستند. استفاده از شعر و استعاره و ارتباط آن با کیفیت ذهن آگاهی، تکلیف دهی.

چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟

مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. ارائه تمرینی جهت تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت (غیرانتخابی)، تکلیف دهی.

پذیرش و تغییر (استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اید)

مراقبه و آرسی بدن، تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مراقبه، طرح شدن سؤالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا دوست دارند این تمرین‌های مراقبه را ادامه دهند؟ آیا مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است؟ گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان و پس آزمون، آمادگی برای خاتمه جلسات و پایان مداخله.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تکانشگری (بارت^۱ و همکاران، ۱۹۹۵): پرسشنامه خود گزارشی تکانشگری بارت (پاتون، استانفورد و بارت، ۱۹۹۵) استفاده شد. مقیاس تکانشگری بارت ۱۱ شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره‌ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه = ۴ نمره‌گذاری می‌گردد. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می‌گردد. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تأمل می‌باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی، مبین بی‌توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری مثبت می‌باشند. در ایران اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای ۰/۷۸ را برای تکانشگری توجهی، ۰/۶۳ را برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ را برای تکانشگری بی‌برنامگی و ۰/۸۳ را برای کل آزمون گزارش کردند.

آزمون رفتارهای پرخطر (رشید و مارابی، ۱۳۹۱): این پرسشنامه بر اساس نمونه آمریکایی آن و با اعمال تغییرات مورد نیاز برای بومی سازی آن توسط خسرو رشید ساخته شده است (رشید و مارابی، ۱۳۹۱) که شامل ۹ خرده مقیاس (رانندگی پرخطر، اعمال و ابزارهای پرخطر، رفتار پرخطر جنسی، خودکشی، سیگار، قلیان، مصرف الکل و مواد مخدر، مصرف مواد غذایی، خواب و ورزش) است، در این پژوهش خرده مقیاس‌های رفتار پرخطر جنسی، اعمال و ابزارهای پرخطر و خودکشی (خشونت)، مصرف مواد مخدر (سیگار، قلیان، مصرف الکل و مواد مخدر) را مورد استفاده قرار گرفت که شامل ۴۶ سؤال است، روش نمره گذاری سؤالات به این صورت است که هر یک از گزینه‌ها به میزانی که رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهند از عدم وجود رفتار

1. Barratt

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

پرخطر (نمره صفر) و کمترین رفتار پرخطر (نمره یک)، تا بیشترین رفتار پرخطر (با توجه به تعداد گزینه‌ها، ۳، ۴، ۵ و ...) نمره می‌گیرند. پس از مشاوره با کارشناسان خبره، روایی صوری آزمون مورد تأیید ایشان قرار گرفت. در پژوهش رشید (۱۳۹۴) پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول شماره (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به آزمودنی‌ها در متغیرهای تکانشگری و رفتارهای پرخطر ارائه شده است.

جدول ۲. فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در

پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری حرکتی	کنترل	۱۶	۱۰/۵۶	۱۶	۱/۷۸	۹/۸۱
آزمایش	۱۶	۱۰/۱۲	۲/۳۹	۱۶	۸/۳۱	۲/۰۸
عدم برنامه ریزی	کنترل	۱۶	۸/۸۷	۱۶	۲/۰۲	۱/۵۹
آزمایش	۱۶	۹	۲/۳۰	۱۶	۶/۷۵	۱/۵۲
کنترل	۱۶	۹/۳۷	۲/۴۴	۱۶	۸/۶۸	۱/۷۷
تکانشگری شناختی	آزمایش	۱۶	۹/۱۲	۱۶	۲/۱۵	۷/۲۵
خشونت	کنترل	۱۶	۱۸/۰۶	۱۶	۲/۸۵	۲/۶۳
آزمایش	۱۶	۱۸/۰۶	۲/۵۹	۱۶	۱۴/۳۱	۲/۸۴
رابطه جنسی نایمن	کنترل	۱۶	۱۷/۷۵	۱۶	۲/۸۱	۱۷/۸۷
آزمایش	۱۶	۱۸/۰۶	۲/۳۵	۱۶	۱۳/۳۱	۲/۶۲
کنترل	۱۶	۲۱/۱۲	۴/۶۳	۱۶	۱۸/۴۳	۳/۹۹
آزمایش	۱۶	۲۰/۵۰	۵/۴۱	۱۶	۱۴/۵۰	۳/۹۸

چنانچه در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود میانگین‌های گروه آزمایش و کنترل در تکانشگری (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و عدم برنامه ریزی) و رفتارهای پرخطر (خشونت، رابطه جنسی نایمن و مصرف مواد) در مرحله پیش‌آزمون تقریباً برابر است، اما پس از اجرای مداخله میانگین گروه آزمایش کاهش یافته است. حال برای اینکه مشخص شود

تغییرات حاصل شده از نظر آماری معنادار است یا خیر با از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس‌های تکانشگری

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۵۹	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینک	۱/۴۵	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۵	۳	۲۵	۱۲/۱۰	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول شماره (۳) ارائه شده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از ۳ خرده‌مقیاس تکانشگری تفاوت معناداری دارند ($P < 0/01$). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای خرده‌مقیاس‌های تکانشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
تکانشگری حرکتی	۱۰/۸۸	۱	۱۰/۸۸	۲۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
عدم برنامه ریزی	۱۴/۸۱	۱	۱۴/۸۱	۷/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۱
تکانشگری شناختی	۱۶/۰۶	۱	۱۶/۰۶	۴/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۴

نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری حرکتی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر ۰/۴۳ بوده است. همچنین نتایج جدول یاد شده نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر عدم برنامه ریزی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر و تکانشگری نوجوانان

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

۰/۲۱ بوده است. افزون بر این، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری شناختی باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < ۰/۰۵$) و میزان تأثیر ۰/۱۴ بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس‌های رفتارهای پر خطر

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	نسبت F	سطح معناداری
اثر بیلابی	۰/۵۹	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلیک	۱/۴۷	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۴۷	۳	۲۵	۱۲/۳۲	۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره که در جدول شماره (۵) ارائه شده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از ۳ خرده‌مقیاس رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری دارند ($P < ۰/۰۱$). به منظور پی بردن به این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره (۶) ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای خرده‌مقیاس‌های رفتارهای پر خطر

منبع تغییرات	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	خشونت	۵۸/۷۳	۱	۵۸/۷۳	۸/۴۸	۰/۰۰۷	۰/۲۳
رابطه جنسی نایمن		۱۷۶/۶۳	۱	۱۷۶/۶۳	۳۷/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
مصرف مواد		۱۲۲/۶۷	۱	۱۲۲/۶۷	۸/۱۵	۰/۰۰۸	۰/۲۳

نتایج جدول شماره (۶) نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خشونت باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < ۰/۰۵$) و میزان تأثیر ۰/۲۳ بوده است. همچنین نتایج جدول یاد شده نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر

هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر رابطه جنسی ناایمن باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر $0/58$ بوده است. افزون بر این، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش (کمکی) کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مصرف مواد باعث تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون شده است ($P < 0/05$) و میزان تأثیر $0/23$ بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان مؤثر بود. این یافته با پژوهش‌های یوسانی و لارنس (۲۰۱۴)، حامدی و همکاران (۱۳۹۲)، یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۱۳۹۲) و ویلیامز و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از نظر تئوری، نظریه ذهن آگاهی بیشتر بر روی هیجانات کار می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات مثبت جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخداد‌های زندگی را به دنبال دارد (ماس، ۲۰۰۸)، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. (بوهلمیجر^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین ذهن آگاهی با کنترل توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است و از این رو می‌تواند با افزایش کنترل بر سرخ‌های دیداری مصرف الکل و مواد، در درمان این اختلالات، مؤثر واقع شود (چمبر و آلن^۳، ۲۰۰۸). بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بائر، ۲۰۰۳)؛ به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی،

1. Mace

2. Bohlmeijer

3. Chambers & Allen

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی مبانی و مؤلفه‌های بنا شده‌ای کار می‌کند که مستقیماً با مؤلفه تنظیم هیجانان و کاهش تنیدگی و در نتیجه کاهش رفتارهای پرخطر، در ارتباط است.

همچنین نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تکانشگری نوجوانان مؤثر بود. این یافته با پژوهش‌های ویتمن، پیتر، گاتینا، اوتن، کهلس و مسنر (۲۰۱۴) و بدری (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در روش ذهن آگاهی برای کنترل و اداره کردن هیجانان و رفتارها، ابعاد جسمی و ذهنی همزمان مدنظر قرار می‌گیرد و به فرد یاد داده می‌شود که نسبت به افکار، احساسات، هیجانان و رفتار خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد و به آن‌ها با دید گسترده‌تری نگاه کند. زمانی که فرد علاوه بر آگاهی کامل از افکار، رفتار، هیجانان و احساسات اش و پذیرش آن‌ها بدون قضاوت در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار می‌گیرد، توانایی کنترل افکار، اضطراب، رفتار و هیجانان خود را به دست می‌آورد (کابات زین، ۱۹۹۰، به نقل از روحی، ۱۳۹۳). از طرفی به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خودکنترلی توجه باشد، چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد و موجب تمرکز حواس می‌شود (سمپل، رید و میلر^۱، ۲۰۰۵، به نقل از شیخ الاسلامی و سیداسماعیلی قمی، ۱۳۹۳). آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز، روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، خودکنترلی آن‌ها را بالا می‌برد. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب می‌گردد تا افراد حس کنند کنترل بیشتر و بهتری نسبت به اطراف خود دارند (بیرامی و عبدی، ۱۳۸۸). در واقع می‌توان گفت، کاهش تکانشگری پیامد فنون ذهن آگاهی می‌باشد که کنترل فرد را بر افکار، عواطف و رفتارهایش را افزایش می‌دهد.

با توجه به مطالب عنوان شده می‌توان اظهار کرد که رویکرد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی روشی اثربخش در کاهش تکانشگری و رفتارهای پرخطر نوجوانان بوده است.

1. Semple, Reid & Miller

لذا این رویکرد درمانی می تواند به عنوان اصلی ترین رویکردها در مشاوره نوجوانان به کار گرفته شود. باید یادآوری شود که پژوهش حاضر فقط بر روی به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اجرا شد، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر گروهها باید دقت شود. همچنین عدم امکان اجرای مرحله‌ی پیگیری هم یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می شود درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سایر گروهها انجام شود و در حد امکان پیگیری نیز برای بررسی تداوم تأثیرات مداخله انجام پذیرد.

منابع

- اختیاری، حامد. مهرانز، رضوان فرد و آذرخش مکری. (۱۳۸۷) تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاهها و بررسی های انجام شده. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۴، ۲۴۷-۲۵۷.
- آزاد فلاح، پرویز، سهرابی فرد، نسرین. (۱۳۸۸). ساختار عاملی، اعتباریابی و رواسازی مقیاس زود انگیزختگی. تحقیقات روانشناختی، ۶۵-۷۸.
- بدری، علی رضا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تکانشگری و حساسیت اضطرابی دانشجویان مبتلا به زخم گوارشی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران.
- بیرامی، منصور، عبدی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان، مجله‌ی علوم تربیتی، ۶، ۳۵-۴۵.
- حامدی، علی، شهیدی، شهریار، خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد، ۲۸، ۱۰۲-۱۱۷.
- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۷). روانشناسی تحولی. تهران: انتشارات سمت
- رشید، خسرو. (۱۳۹۴). رفتارهای پُرخطر در بین دانش آموزان نوجوان دختر و پسر شهر تهران، رفاه اجتماعی، ۲، ۵۳-۶۵.
- رشید، خسرو، مارابی، آرمان. (۱۳۹۱). بررسی رفتار پرخطر در دانشجویان دانشگاه بوعلی در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه بو علی سینا همدان.
- روچی، بهاره. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش کیفیت زندگی زنان خانه دار. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سلمانی، بهزاد، حسنی، جعفر، آریاناکیا، المیرا. (۱۳۹۳). بررسی نقش صفات شخصیتی در رفتارهای پرخطر. فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی، ۱، ۱-۱۰.

اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر و تکانشگری نوجوانان

The effectiveness of Treatment mindfulness-based stress reduction to reduce high-risk

شکری، نسرین، یوسفی، مرضیه، صفایی راد، ایرج، اکبری، طیبه، موسوی، سیده مریم، نظری، هومن. (۱۳۹۴).
همبستگی رفتارهای پرخطر در نوجوانان دانش آموز با شیوه‌های فرزند پروری والدین. *فصلنامه مدیریت*
ارتقای سلامت. ۵ (۱)، ۸۲-۷۳.

شیخ‌الاسلامی، علی، سیداسماعیلی قمی، نسترن. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی تأثیر روش‌های آموزشی کاهش استرس مبتنی بر
ذهن آگاهی و مهارت‌های مطالعه بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان، *فصلنامه‌ی علمی پژوهشی روان‌شناسی*
مدرسه. ۲، ۱۲۲-۱۰۴.

گرما رودی، غلامرضا، مکارم، سیده شهره، عباسی، زینب. (۱۳۸۸). عادات پرخطر بهداشتی در دانش‌رموزان شهر
تهران، *فصلنامه‌ی پایش*. ۹ (۱)، ۲۹-۲۳.

یوسفی، علیرضا، اورکی، محمد، زارع، مریم، ایمانی، سعید. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر
کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سومصرف کنندگان مواد. *اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی*. ۲۷.
۱۷-۲۸.

- Baer, R. A. 2003. Mindfulness training as a clinical intervention –A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 125-143.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544.
- Claes, L., Vertommen, H., & Braspenning, N. (2000). Psychometric properties of the Dickman impulsivity inventory. *Personality and Individual differences*, 29(1), 27-35.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.
- Furstenberg, F. F. (2000). The sociology of adolescence and youth in the 1990s: A critical commentary. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 896-910.
- Mace, C. (2008). Mindfulness and the future of psychotherapy. *European Psychotherapy*, 9, 23139.
- Robbins, R.N., & Brayan, A. (2004). Relationships between future orientations, impulsive sensation seeking and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(4), 428-445.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
- Wittmann, M., Peter, J., Gutina, O., Otten, S., Kohles, N., Meissner, K. 2014. Individual differences in self-attributed mindfulness levels are related to the experience of time and cognitive self-control. *Journal of Personality and Individual Differences*, 64: 41-45.
- Yusainy, C., & Lawrence, C. 2014. Relating mindfulness and self-control to harm to the self and to others. *Journal of Personality and Individual Differences*, 64:78-83.