

اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Social Self-efficacy and Depression

Somayeh Mahdizadeh Azdin
MA in General Psychology

Seyed Ali Mohammad
Musavi, PhD
Imam Khomeini International
University

سیدعلی محمد موسوی
دانشیار دانشگاه بین‌المللی
امام خمینی(ره)

سمیه مهدی زاده ازدین
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

Mohammadreza Jalali, PhD
Imam Khomeini International
University

Alireza Kakavand, PhD
Imam Khomeini International
University

علیرضا کاکاوند
دانشیار دانشگاه بین‌المللی
امام خمینی(ره)

محمدرضا جلالی
استادیار دانشگاه بین‌المللی
امام خمینی(ره)

چکیده

این

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی دختران نوجوان تحت سرپرستی بهزیستی اجرا شد. روش پژوهش از نوع شبه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون پیگیری با گروه گواه و جامعه آماری دختران نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست ساکن در مرکز نگهداری استان قزوین بود. از بین این دختران ۱۲ نفر به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایشی طی دو ماه تحت مداخله شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان کنلی (۱۹۸۹) و افسردگی نوجوانان کوتچر (۲۰۰۲) ارزیابی شدند. نتایج تحلیل کوواریانس افزایش معنادار خودکارآمدی اجتماعی و کاهش افسردگی را در گروه آزمایش نشان داد، که در پیگیری نیز تداوم داشت. نتایج پژوهش اثربخشی کاربست شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی و کاهش افسردگی در دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست تأیید کرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، خودکارآمدی اجتماعی، افسردگی، نوجوانی

Abstract

The study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social self-efficacy and depression among female adolescents protected by welfare organization of Qazvin province. The study was quasi-experimental with pretest-posttest control group design. Twelve orphaned and neglected females were selected from a care center in Qazvin using available sampling method. The participants were randomly assigned into either experimental or control groups. The experimental group received 10 sessions of mindfulness-based cognitive therapy for two months. Each session lasted 70 to 90 minutes. Both groups were assessed by the Adolescents Social Self-Efficacy Scale (Connolly, 1989) and the Kutcher Adolescent Depression Scale (2002) in pre-test and post-test stages, and at the three months follow-up. The results of covariance analysis indicated that social self-efficacy increased significantly and depression reduced significantly in experimental group. These results remained unchanged at the three months follow-up. The findings suggested the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in increasing social self-efficacy and reducing depression in orphaned and neglected females.

Keywords: mindfulness-based cognitive therapy, social self-efficacy, depression, adolescence

received: 7 August 2017

accepted: 17 December 2017

Contact information: s.mahdizadeh69@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۶/۵/۱۶

پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۲۶

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین است.

مقدمه

افسردگی از رایج‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی و میزان شیوع افسردگی اساسی^۱ در کودکان حدود ۲ درصد و در نوجوانان ۵ تا ۸ درصد و در دختران بیشتر از پسران است (فریر، تایکسریا، سیلوا و ماشز، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شروع افسردگی در زندگی کنونی زودتر از دهه‌های گذشته است (احمد و دیگران، ۲۰۰۵). شروع افسردگی در سنین پایین‌تر به بروز دوره‌های متعدد و طولانی‌تر افسردگی، همراه با اقدام به خودکشی و بستری شدن در بیمارستان منجر می‌شود و شناسایی و درمان اولیه اختلال‌های روانی، نظیر افسردگی، در نوجوانی به کاهش یا جلوگیری از عوارض جانبی آن کمک می‌کند (نوفلد، دان، جونز، کراودس و گودیر، ۲۰۱۷).

به برخی نشانه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان، نظیر اندوه و احساس تهی بودن همراه با تغییرات شناختی و جسمی، در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (۲۰۱۳) اشاره شده است. در برخی موارد به جای خلق افسرده^۳، تحریک‌پذیری دیده می‌شود. فراوانی اختلال‌های هیجانی و تحولی در کودکان پرورشگاهی^۴ زیاد است و به طور گسترده‌ای با ویژگی‌های اجتماعی جمعیتی ارتباط دارد. کودکان دچار تنیدگی^۵ که در معرض محرومیت^۶ بوده‌اند بیشتر در خطر ابتلا به افسردگی هستند (وایزمن و دیگران، ۱۹۹۹).

یافته‌های مطالعه شریعتی، فضیلت‌پور و حسین‌چاری (۱۳۹۵) نشان می‌دهد نوجوانان ساکن پرورشگاه به احتمال بیشتر دچار اضطراب، افسردگی و بروز خشم می‌شوند و به طور معنادار بیشتر احساس ناامیدی و افکار خودکشی دارند. با این‌که نیازهای مادی اساسی کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست ساکن در مراکز نگهداری تأمین می‌شود، به دلیل مجزا نگه داشته شدن از دنیای بیرون، احتمالاً نمی‌تواند خانواده و روابط اجتماعی عادی داشته باشند (فیضی و فؤاد،

۲۰۱۰). خودکارآمدی^۷ فرایندی است که در محیط شکل می‌گیرد (بندورا، ۱۹۹۴) و بر رفتار فرد بسیار تأثیر می‌گذارد. خانواده اولین عامل مهم در میان سه عامل خانواده، مدرسه و نفوذ همسالان است که در تحول خودکارآمدی نوجوانان نقش دارد (شانک و میس، ۲۰۰۵). کنلی^۸ (۱۹۸۹) نقل از بیلگن، (۲۰۱۱) خودکارآمدی اجتماعی^۹ را شامل جسارت اجتماعی^{۱۰}، عملکرد مطلوب در روابط عمومی، مبادله بازخورد دوستانه، شرکت در گروه یا فعالیت اجتماعی و پذیرش کمک دیگران تعریف کرده است. تعامل سازنده و مؤثر در خانواده و گروه همسالان باعث می‌شود نوجوان ماهر و توانا شود و کارآمدی بیشتر را در اجتماع داشته باشد. خودکارآمدی اجتماعی باعث ایجاد روابط اجتماعی مثبت می‌شود و فقدان آن فرد را به کناره‌گیری و بیگانگی اجتماعی سوق می‌دهد (بندورا، پاسترولی، باربارنلی و کاپرا، ۱۹۹۹)، بنابراین ناکارآمدی اجتماعی، با کاهش حوزه فعالیت و قابلیت‌های فرد، باعث تعامل‌های اجتماعی فاقد کیفیت می‌شود که پیامد آن احساس تنهایی و پایین آمدن خودکارآمدی اجتماعی است. فرزندان خانواده‌های عادی^{۱۱} بیشترین میزان خودکارآمدی اجتماعی و عاطفی و فرزندان خانواده‌های آسیب‌پذیر، نظیر نوجوانان بدسرپرست، کمترین میزان خودکارآمدی اجتماعی را دارند (چناری، ۱۳۹۳). بررسی‌های طولی نشان می‌دهد که خانواده و عوامل شناختی و رفتاری نقش مهم در جلوگیری از بروز افسردگی و خودکارآمدی نقش پیش‌بینی‌کننده در سلامت روان دارد (کال‌شاو و دیگران، ۲۰۱۶).

به همین دلیل مداخله با هدف توانمندسازی این نوجوانان در برخورد با آسیب‌های ناشی از افسردگی و کمبود خودکارآمدی اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. روی‌آورد شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۲} ترکیبی از اصول درمانگری شناختی و ذهن‌آگاهی برای جلوگیری از عود افسردگی و به‌صورت برنامه‌ای شامل کاربرد مهارت‌های

1. major depressive disorder
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
3. depressed mood
4. orphanage

5. under stress
6. deprivation
7. self-efficacy
8. Connolly, J.

9. social self-efficacy
10. social audacity
11. normal
12. mindfulness-based cognitive therapy

هیجان‌ها و احساس‌های بدنی نیز استفاده می‌شود. طی این برنامه افراد می‌آموزند افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در رفت‌وآمد هستند و نمایانگر واقعیت نیستند (امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷). پژوهش‌های متعدد نشان داده است که این نوع درمانگری در نوجوانان افسرده موجب کاهش معنادار افسردگی شده است (بیرامی، موحدی، محمدزادگان، موحدی و وکیلی، ۱۳۹۲؛ قدم‌پور، غلامرضایی و رادمهر، ۱۳۹۴؛ استر، ۲۰۱۵). ایمز، ریچاردسون، پین، اسمیت و لیگ (۲۰۱۴) در پژوهشی با موضوع اثربخشی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نوجوانان دختر و پسر افسرده ۱۲ تا ۱۸ ساله تغییرات مثبت را در کسب مهارت‌های ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی و کاهش نشخوار ذهنی و علائم افسردگی نشان دادند. در روی آورد درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق بهبود روابط، کاهش تنیدگی، تقویت نیروی خلاقیت، معنابخشی به زندگی و افزایش شادمانی افسردگی در افراد کاهش می‌یابد.

در مراکز شبانه‌روزی فضا از نظر عاطفی، هیجانی و اجتماعی مشکلات اساسی دارد و اکثر کودکان و نوجوانان ساکن در این مراکز از نظر تحول روانی، اجتماعی و شناختی از همسالان خود، که با خانواده زندگی می‌کنند، عقب‌تر هستند (زاده‌محمدی، عابدی و خانجانی، ۱۳۸۷). با توجه به اهمیت افسردگی در دوران نوجوانی و شیوع بالای آن در دختران (ناصر، ۱۳۸۶)، اهمیت آموزش‌های روان‌شناختی در کنار رفع نیازهای اولیه این قشر جامعه، به افزایش خودکارآمدی اجتماعی و توانمندی بیشتر این افراد و حضور اثربخش‌تر آن‌ها در جامعه آینده منجر می‌شود و برخورد منطقی‌تر و سالم‌تر این نوجوانان را با بسیاری از تعارضات و مسائل پیش‌روی آن‌ها در پی دارد. از این رو در این پژوهش درصدد بودیم آموزش ذهن‌آگاهی را، در حکم نوعی مداخله پیشگیرانه در نوجوانان با هدف افزایش خودکارآمدی اجتماعی و کاهش افسردگی بررسی کنیم.

ذهن‌آگاهی و مراقبه است؛ شرکت‌کنندگان طی این برنامه می‌آموزند وخامت خلق‌وخوی^۱ خود را به رسمیت بشناسند و الگوهای نشخواری^۲ و افکار منفی را، که به عود افسردگی می‌انجامد، کنار بگذارند (مارچ‌اند، ۲۰۱۲؛ کرین، ۲۰۰۹/۱۳۹۰؛ پارسونز، کرین، پارسونز، فیورد و کایکون، ۲۰۱۷). ذهن‌آگاهی نیز عبارت است از توجه به طریق خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری در مورد تجربه‌های درونی و بیرونی. غالباً این حالت ذهنی از طریق شیوه‌های مراقبه آموخته می‌شود (کابات - زین، ۱۹۹۴؛ بائر، ۲۰۰۳؛ امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷). اساس روی آورد شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی الگوی نظام‌های متعامل شناختی^۳ برنارد^۴ و تیزدل^۵ در سال ۱۹۹۱ است (محمدخانی و خانی‌پور، ۱۳۹۰). در این الگو ذهن دارای وجوه چندگانه‌ای در نظر گرفته می‌شود که مسئول دریافت و پردازش اطلاعات جدید به صورت شناختی و هیجانی و مؤلفه اصلی این نظام آگاهی فراشناختی^۶ است. آگاهی فراشناختی یعنی توانایی فرد به جای این‌که افکار و احساسات منفی را بخشی از خویشتن بداند، آن‌ها را وقایعی بداند که در حال گذر از پرده ذهن‌اند. در شرایط تنیدگی‌زای زندگی افراد دارای آگاهی فراشناختی بیشتر، از افسردگی و الگوهای تفکر منفی آسان‌تر دوری می‌کنند. این نظریه‌پردازی تیزدل، سگال^۷ و ویلیامز^۸ (۲۰۰۲) نقل از کرین^۹، ۱۳۹۰/۲۰۰۹) به خلق شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر شد. تیزدل و دیگران (۲۰۰۲) نقل از کرین، ۲۰۰۹/۱۳۹۰) معتقدند مهارت‌های مهار توجه، که در مراقبه ذهن‌آگاهی آموخته می‌شود، در پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی اساسی مفید است. پژوهش جانگ‌سایرگالویت، پرنی‌پل‌گرانگ، نتتی‌پوات‌نانسکول، تانگت‌امریت و چوم‌پادسا (۲۰۱۵) نشان داد با آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نوجوانان نشانه‌های اضطراب و افسردگی کمتر می‌شود و خطر عود افسردگی کاهش می‌یابد. این برنامه درمانگری شامل عناصری از درمان شناختی است، که باعث جداشدن دیدگاه فرد از افکارش می‌شود. از این روی آورد تمرکززدایی برای غلبه بر

1. deteriorating mood

2. patterns of ruminative

3. interacting cognitive subsystems

4. Barnard, P. J.

5. Teasdale, J. D.

6. meta cognitive awareness

7. Segal, Z.

8. Williams, J. M. G.

9. Crane, R.

روش

این پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه و جامعه آماری شامل دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله ساکن مرکز نگهداری دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست سازمان بهزیستی استان قزوین در سال ۱۳۹۵ بود. جامعه متشکل از ۲۰ نفر بود که در زمان پژوهش به دلایلی نظیر بازگشت به خانواده به ۱۷ نفر رسید. استاندارد نقطه برش بالینی براساس استانداردهای سایکومتریک، در نمونه ۳۰ نفری از دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله (به همراه ۱۲ نفر نمونه اصلی) تعیین و انحراف استاندارد بالاتر از نمره میانگین به عنوان نقطه برش بالینی در افسردگی و انحراف استاندارد پایین‌تر از نمره میانگین در خودکارآمدی اجتماعی به عنوان استاندارد برش مشخص شد. ملاک‌های ورود به گروه نمونه عبارت بود از: دریافت تشخیص اختلال افسردگی از روان‌شناس، نمره افسردگی بالاتر از ۲۱ نقطه برش بالینی و نمره پایین‌تر از ۸۶ نقطه برش بالینی در آزمون خودکارآمدی اجتماعی، رضایت آزمودنی به شرکت در پژوهش، داشتن توان ذهنی بهنجار و دریافت نکردن مداخله‌های درمانی دیگر و ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از یک جلسه بود. از میان این جامعه ۱۲ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی ۶ نفر در گروه آزمایش و ۶ نفر در گروه گواه جایگزین شدند. پس از کسب مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی و دادسرای انقلاب استان، هماهنگی با مسئولان مرکز نگهداری استان قزوین و برگزاری جلسه‌اشنایی با دختران نوجوان مرکز و برقراری رابطه با آنها، پیش‌آزمون انجام و یک هفته بعد مداخله برای گروه آزمایش انجام شد. جلسه‌ها طی دو ماه با فاصله چهار تا شش روز و هر جلسه به مدت ۷۰ تا ۹۰ دقیقه بود. پس‌آزمون یک هفته بعد از اجرای مداخله و پیگیری با فاصله زمانی سه‌ماهه روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد.

مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان^۱ (کنلی،

۱۹۸۹). این مقیاس نوعی ابزار خودگزارش‌دهی با ۲۵ ماده است، که متغیرهایی چون قاطعیت اجتماعی^۲، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی^۳، شرکت در گروه‌های اجتماعی^۴، جنبه‌های دوستی و صمیمیت^۵ و توان کمک کردن یا کمک گرفتن^۶ را می‌سنجند. آزمودنی پاسخ خود را در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از غیرممکن = ۱ تا بیش‌ازحد ساده = ۷) مشخص می‌کند. نمره کل آزمون بین ۲۵ تا ۱۷۵ است و نمره‌های بالاتر سطح بالای خودکارآمدی اجتماعی آزمودنی را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۲ و ضریب اعتبار حاصل از روش بازآزمایی برای پسران ۰/۸۱ و برای دختران ۰/۸۶ گزارش شده است. این مقیاس روایی سازه مناسب دارد (سجادپور، مهرابی، حسینعلی‌زاده و عبدالمحمدی، ۱۳۹۲). سپهریان‌آذر، محمدی و بلوتک (۱۳۹۳) ضریب اعتبار این مقیاس را ۰/۸۱ و گل‌محمدنژادبهرامی و رحیمی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر^۷ (لیبلانس، آلمودوا،

بروکز و کوتچر، ۲۰۰۲). این مقیاس نوعی ابزار خودگزارش‌دهی است و ۱۱ ماده دارد. آزمودنی باید به هر ماده با توجه به مقدار همخوانی آن با حالت‌های روانی خود در یک هفته گذشته به صورت مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای پاسخ دهد. حداقل نمره آزمودنی صفر و حداکثر آن ۳۳ است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار آن با استفاده از روش دونیمه‌سازی ۰/۸۷ گزارش شده است (لیبلانس و دیگران، ۲۰۰۲؛ گزیند و سانو، ۲۰۱۴). ساختار عاملی مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر در پژوهش حبیبی، حامدی‌نیا، عسگری‌نژاد و خلقی (۱۳۹۴) روی ۴۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر تهران تأیید شد. این مقیاس با مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز^۸ (۱۹۸۷)، مقیاس افسردگی کودکان^۹ (کواس^{۱۰}، ۱۹۹۷)

1. Adolescents Social Self-Efficacy Scale
2. social audacity
3. performance in social situations
4. participation in a social group or activity
5. friendship and intimacy

6. helping or helping
7. Kutcher Adolescent Depression Scale
8. Reynolds Adolescent Depression Scale
9. Children Depression Scale
10. Kovacs, M.

شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۷. ساختار جلسه‌های درمانگری در این پژوهش از شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۸ بزرگسالان (MBCT؛ سگال و دیگران، ۲۰۱۲ نقل از بائر، ۲۰۱۴) و شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان^۹ (MBCT-C؛ سمپل^{۱۰} و لی^{۱۱}، ۲۰۱۱ نقل از بائر، ۲۰۱۴) اقتباس شد و پژوهشگر آن را در ۱۰ جلسه طراحی کرد (جدول ۱).

و مقیاس ناامیدی کودکان^۱ (کازدین^۲، رادجرز^۳ و کلویس^۴، ۱۹۸۶) رابطه مثبت معنادار و با مقیاس خودکارآمدی کودکان و نوجوانان^۵ (موریس^۶، ۲۰۰۱) رابطه منفی معنادار داشت که روایی همگرا و روایی واگرایی این ابزار را نشان می‌داد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل نیز بیش از ۰/۷۰ گزارش شد (حبیبی و دیگران، ۱۳۹۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

جدول ۱

محتوای جلسه‌های شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (برگرفته از سمپل و لی، ۲۰۱۱، سگال و دیگران، ۲۰۱۲ نقل از بائر، ۲۰۱۴)

جلسه	موضوع	فعالیت
اول	هدایت خودکار	برقراری ارتباط با اعضای گروه، معرفی ذهن‌آگاهی و ساختار جلسه‌ها و قوانین گروه، تعیین اهداف، تمرین خوردن کشمش به طور آگاهانه
دوم	آگاهی به تنفس	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، توضیح نحوه صحیح تنفس و مراقبه فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای
سوم	موانع	مرور بر جلسه قبل و تمرین خانگی، رفع موانع تمرین، مراقبه واری بدن، مراقبه فضای تنفسی سه دقیقه‌ای و تمرین ذهن‌آگاهی
چهارم	رویدادهای خوشایند	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه دیدن و شنیدن، جدول رویدادهای خوشایند، فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای و مراقبه نشسته
پنجم	رویدادهای ناخوشایند	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، جدول رویدادهای ناخوشایند، مراقبه راه رفتن و مراقبه نشسته
ششم	شناخت‌های منفی	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه راه رفتن و معرفی الگوهای شناخت منفی
هفتم	پذیرش	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته، بازگویی داستان پادشاه و سه پسرش، قرائت شعر مهمان‌خانه و مراقبه رهایی از افسردگی
هشتم	افکار واقعیت نیستند	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، استعاره سینما و قطار افکار
نهم	مراقبت از خود به بهترین نحو	مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، تهیه فهرست از نشانه‌های هشداردهنده و تهیه فهرست از فعالیت‌ها و مهارت‌های لذت‌بخش
دهم	برنامه‌ای برای آینده	مراقبه نشسته و فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، مرور جلسات و تمرین‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده

یافته‌ها

مشخصه‌های آماری متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین گروه گواه و میانگین گروه آزمایش در متغیرهای وابسته خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی تفاوت وجود دارد و این تفاوت‌ها در هر دو متغیر به سود گروه آزمایش است.

در چندین پژوهش اثربخشی درمانگری ذهن‌آگاهی، با تعداد نمونه کمتر از ده نفر، مشخص شده است (ایمز و دیگران، ۲۰۱۴؛ گوپتا، ۲۰۱۵). تعداد افراد در این نوع از گروه‌درمانگری بنا بر نظر بائر (۲۰۱۴) بهتر است در بزرگسالان ۱۲ نفر باشد و جلسه‌ها به صورت دو ساعت در هفته به مدت دو ماه پیاپی برگزار شود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شد.

1. Children Hopelessness Scale
2. Kazdin, A. E.
3. Rodgers, A.
4. Colbus, D.
5. Self-Efficacy Questionnaire-Children
6. Muris, P.

7. mindfulness-based cognitive therapy
8. mindfulness-based cognitive therapy
9. mindfulness-based cognitive therapy for children
10. Semple, R. J.
11. Lee, J.

جدول ۲

مشخصه‌های آماری مولفه‌های متغیر وابسته خودکارآمدی اجتماعی، افسردگی (n=۱۲)

متغیر	گروه	آزمایشی		گواه
		SD	M	
خودکارآمدی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱/۱۷	۸۳/۱۶	۱/۳۷
	پس‌آزمون	۱/۳۷	۹۰/۳۳	۱/۳۷
	پیگیری	۰/۷۵	۸۹/۸۳	۱/۶۴
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۴۱	۲۵	۰/۸۹
	پس‌آزمون	۱/۶۷	۱۸/۸۳	۰/۸۹
	پیگیری	۱/۴۷	۱۸/۱۷	۱/۴۱

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی

منبع پراش	df	SS	MS	F	η^2
خودکارآمدی اجتماعی	۱	۱۱۶/۱۴۵	۱۱۶/۱۴۵	۶۱/۷۸۱	۰/۸۸۵*
	۸	۱۵/۰۳۸	۱/۸۸۰		
افسردگی	۱	۷۱/۴۴۸	۷۱/۴۴۸	۵۴/۲۵۷	۰/۸۷۲*
	۸	۱۰/۵۳۵	۱/۳۱۷		

* P < .۰/۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار Eta حدود ۸۸/۵ درصد واریانس متغیر خودکارآمدی اجتماعی و ۸۷/۲ درصد واریانس افسردگی برای متغیر گروه آزمایش به حساب آمده است. این یافته نشان می‌دهد در این پژوهش اثربخشی استفاده از شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر خودکارآمدی اجتماعی بیش از متغیر افسردگی بوده است.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست تحت سرپرستی بهزیستی انجام شد و نتایج نشان داد که استفاده از شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی برای دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست به افزایش خودکارآمدی اجتماعی و کاهش افسردگی منجر می‌شود. پژوهش‌های متعدد اثربخشی این

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف، نشان داد که همه متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند و نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نیز نشان داد که مقدار F برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است.

با توجه به برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها، همبستگی متقابل بین متغیرهای وابسته و رعایت مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری اجرا شد.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اندازه متغیر ترکیبی خودکارآمدی اجتماعی و افسردگی

منبع	ارزش (λ)	F(۷,۲)	η^2
متغیر ترکیبی (گروه)	۰/۰۵۶	۵۹/۴۴۵	۰/۹۴۴*

* P < .۰/۰۱

مقادیر مجزوراتی انا (η) در جدول ۳ نشان دهنده سهم واریانس مربوط به متغیر ترکیبی جدید است. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار از ۰/۱۴ بیشتر باشد، اثربخشی کاربست شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی زیاد بوده است. مقدار متغیر ترکیبی جدید به نام گروه ۰/۹۴۴، نشان دهنده اثر زیاد است. هم‌چنین نتایج آزمون ویلکز لامبدای در مورد متغیر ترکیبی معنادار است و نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان دو گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است.

به طور معمول رخ می‌دهد و آن‌ها در عین حال به تجاربشان آگاه‌تر شدند و افزایش آگاهی به تجربه، به افزایش آزادی انتخاب در مورد موقعیت‌های مختلف منجر شد.

یافته‌ها هم‌چنین نشان داد که استفاده از شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افسردگی دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست مؤثر است. این نتایج مشابه نتایج پژوهش‌های جانگ‌سایرگالویت و دیگران (۲۰۱۵) و استز (۲۰۱۵) است که در آن آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به نوجوانان دارای نشانه‌های اضطراب و افسردگی، باعث کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی شده و نشان داده است که این نوع درمان خطر عود افسردگی را کاهش می‌دهد. به منظور حفظ طولانی‌مدت نتایج درمانگری لازم است در برنامه‌ی درمانگری نوجوانان مهارت‌هایی برای حل تنش‌های آتی و نشانگان افسردگی در آینده بیاموزند. اولاً نوجوانان باید به خودآگاهی برای بازشناسی مستقلانه منابع تنش و علائمی مجهز باشند که آن‌ها را برای گذراندن دوره‌های افسردگی آتی آسیب‌پذیر می‌کند. بنابراین مداخله مؤثر به نوجوانان کمک می‌کند به طور واقع‌گرایانه وقایع زندگی خود را ارزیابی و تجربه عاطفی خود را به طور مناسب با این وقایع تنظیم کنند و مداخله ذهن‌آگاهی این پژوهش با مقایسه نتایج پیگیری سه‌ماهه این انتظار را برآورده کرده است. هم‌چنین چندین پژوهش نشان داده است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پسران نوجوان افسرده، به کاهش معنادار افسردگی در میان آن‌ها منجر شده است (بیرامی و دیگران، ۱۳۹۲؛ قدم‌پور و دیگران، ۱۳۹۴؛ ایمز و دیگران، ۲۰۱۴). نشخوار ذهنی، به عنوان پردازش شناختی ناسازگار در افسردگی است و تمرین ذهن‌آگاهی به کاهش این نشخوار ذهنی منجر می‌شود، زیرا شرکت‌کنندگان از طریق تمرین‌های پیاپی یاد می‌گیرند مهار ذهن خود را به دست بگیرند و در لحظه زندگی کنند. با این روش افراد آموزش می‌بینند که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ساده و در حال گذر ببینند، به جای اینکه آن‌ها را قسمتی از خود یا انعکاس واقعیت در نظر بگیرند، و این دید مانع از تشدید افکار منفی می‌شود (کرین، ۲۰۰۹/۱۳۹۰).

درمان را در کاهش افسردگی نوجوانان نشان داده است (بیرامی و دیگران، ۱۳۹۲؛ قدم‌پور و دیگران، ۱۳۹۴؛ استز، ۲۰۱۵؛ جانگ‌سایرگالویت و دیگران، ۲۰۱۵). در این پژوهش برای نخستین بار تأثیر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در منغیر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان بررسی شده است.

در این پژوهش با استفاده از این روی آورد درمانی فرصتی برای این نوجوانان فراهم شد تا از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهی از توانایی‌ها و قابلیت‌های خود آگاه شوند، و بی‌قضاوت به روابط خود با دیگران بنگرند و در نتیجه روابط خود را با دیگران بهبود ببخشند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی به بهبود روابط نوجوانان با همسالان و خانواده‌هایشان منجر می‌شود و مهارت‌های بین فردی و روابط و مهارت‌های اجتماعی نوجوانان را بهبود می‌بخشد (استز، ۲۰۱۵) و تأکیدی بر این امر است که ذهن‌آگاهی در تعامل‌های اجتماعی و بازخوردهای ارتباطی اثربخش و همسو با این پژوهش است. بررسی مروری استز (۲۰۱۵) بر پژوهش پژوهشگران در حیطه اثر شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نوجوانان نشان داد که کاربرد این درمان در نوجوانان گروه آزمایش به کاهش برخی علائم بالینی نظیر افسردگی و بهبود روابط اجتماعی و میان فردی با همسالان و خانواده منجر شده، که در گروه کنترل مشاهده نشده است. یافته‌ها نشان داد که در این پژوهش خودکارآمدی اجتماعی با افسردگی رابطه خطی و منفی دارد و بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل اثر ترکیبی و مؤثر، ضمن کاهش افسردگی به افزایش خودکارآمدی اجتماعی منجر شده است. در واقع آموزش ذهن‌آگاهی شرایط تغییر در باورها را فراهم کرده که این براساس تغییر محتوای افکار انجام شده است. شرکت‌کنندگان در این نوع درمان به‌ویژه از طریق تمرین مکرر مهارت‌های ذهن‌آگاهی، طی فرایند یادگیری، به‌طور عمدانه بر ساختار و پردازش‌های شناختی خود نظارت می‌کنند، تا به جای استفاده از الگوهای خودکار و پردازش‌های همیشگی، عادات و الگوهای فکری جدید ایجاد کنند (باثر، ۲۰۱۴؛ کرین، ۲۰۰۹/۱۳۹۰). آموزش‌ها به تغییر تجارب و بینش شرکت‌کنندگان در مورد اتفاقاتی منجر شد که

مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی. فصلنامه سلامت روان، (۱۱)، ۳۸-۲۹.

بیرامی، م.، موحدی، ی.، محمدزادگان، ر.، موحدی، م. و وکیلی، س. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مدارس دبیرستانی. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲ (۴)، ۱۸-۱.

حبیبی، م.، حامدی‌نیا، ا.، عسگری‌نژاد، ف. و خلقی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی مقیاس روان‌سنجی افسردگی کوچگر در دانش‌آموزان. پژوهش‌های کاربردی در روان‌شناسی تربیتی، ۲ (۲)، ۲۸-۱۵.

چناری، س. (۱۳۹۳). ابعاد خودکارآمدی نوجوانان درگونه‌های مختلف خانواده در مدل بافت‌نگر فرآیند و محتوای خانواده. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.

زاده‌محمدی، ع.، عابدی، ع. و خانجانی، م. (۱۳۸۷). بهبود حرمت خود و خودکارآمدی در نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۵ (۴)، ۲۵۲-۲۴۵.

سپهریان‌آذر، ف.، محمدی، ن. و بلونک، ح. (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع قلدری و مقایسه پیشرفت تحصیلی، سلامت عمومی و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان با رفتار قلدری و عادی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در روان‌شناسی تربیتی، ۱ (۲)، ۳۲-۲۳.

سجادپور، س. ح.، مهرابی، ح.، حسینعلی‌زاده، م. و عبدالمحمدی، ک. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین مؤلفه‌های خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر. فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی، ۱ (۳)، ۷۳-۶۳.

شریعتی، م.، فضیلت‌پور، م. و حسینچاری، م. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی اجتماعی در رابطه بین دلبستگی به گروه همسال و والدین با احساس تنهایی در دانش‌آموزان دبیرستانی. مطالعات آموزش و یادگیری، ۱ (۱)، ۷۰-۲۷.

قدمپور، ع.، غلامرضایی، س. و رادمهر، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبندی اضطراب اجتماعی و افسردگی با پیگیری ۶۰ روزه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶ (۱۲)، ۱۰۴۱-۱۰۲۸.

کرین، ر. (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی. ترجمه ا. خوش لهجه‌صدق. تهران: بعثت (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۹).

گل‌محمدنژادبهرامی، غ. و رحیمی، ا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای فراشناختی بر سازگاری اجتماعی و خودکارآمدی اجتماعی دانش‌آموزان دختر متوسطه شهرستان نقده. نشریه علمی-

بنابراین این موضوع گواه بر این امر است که افراد بر اثر آموزش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌مرور بهبود می‌یابند و ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساس‌ها می‌شود (پارسونز و دیگران، ۲۰۱۷). در نتایج پیگیری این پژوهش نیز چنین موضوعی تأیید می‌شود.

نتایج این پژوهش، براساس نظر تیزدل و دیگران (۲۰۰۲) نقل از کرین، (۱۳۹۰/۲۰۰۹) در خصوص درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تبیین می‌شود. نوجوانان از طریق اجرای تمرین‌ها به‌تدریج توانستند ذهن خود را پذیرنده تجربیات لحظه حاضر قرار دهند و به وقایع ناخوشایند زندگی خود بی‌قضاوت و فقط به عنوان تجربه بنگرند، بنابراین آگاهی فراشناختی آن‌ها بر اثر تمرین‌های ذهن‌آگاهی بالا رفت. به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی به این نوجوانان در شناخت بهتر خود کمک کرده و در کسب تجربه بازخورد غیرقضاوتی^۱ و پذیرا و در بهبود رفتارهای بین‌فردی اثربخش بوده است. شناخت افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها، به شکل‌گیری بینشی منجر می‌شود که با احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی مقابله می‌کند.

از محدودیت‌های این پژوهش پایین بودن حجم نمونه و محدود شدن به دختران و نبود امکان مقایسه اثربخشی درمانگری در دو جنس است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در زمینه استفاده از این نوع درمانگری برای نمونه بزرگ‌تری از نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست در هر دو جنس انجام گیرد. در نظر گرفتن نکاتی از قبیل تفاوت‌های فرهنگی، شیوه ارتباط درمانگر با آزمودنی‌ها و میزان همکاری مسئولان مرکز با پژوهشگر الزامی است.

سپاسگزاری

از مسئولان سازمان بهزیستی، کارکنان و نوجوانان مرکز نگهداری شبانه‌روزی استان قزوین و تمامی بزرگوارانی که با همکاری و همراهی این پژوهش را به ثمر رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

امیدی، ع. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷). آموزش حضورذهن به عنوان یک

- with depression: a prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57.
- Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21(3), 258.
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Fawzy, N., & Fouad, A. (2010). Psychosocial and developmental status of orphanage children: Epidemiological study, *Current Psychiatry*, 17(2), 41-48.
- Freire, T., Teixeira, A., Silva, E., & Matias, G. (2014). Interventions for youth depression: From symptom reduction to well-being and optimal functioning. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2), 9-19.
- Gesinde, A. M., & Sanu, O. J. (2014). Prevalence and Gender Difference in Self-Reported Depressive Symptomatology among Nigerian University Students: Implication for Depression Counselling. *The Counsellor*, 33(2), 129-140.
- Gupta, S. K. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy in early adolescents who stutter. *Delhi Psychiatry Journal*, 18(2), 452-455.
- Juengsiragulwit, D., Thongthammarat, Y., Praneetpolgrung, P., Choopudsa, P., & Tantipiwattanasakul, P. (2015). The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression; a pilot study. *Journal of Mental Health of Thailand*, 23 (3) 143-153.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. New York: Hyperion.
- LeBlanc, J. C., Almudevar, A., Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113-126
- Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zenmeditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric*
- پژوهشی آموزش و ارزشیابی، ۹(۳۵)، ۸۱-۶۵.
- محمدخانی، پ. و خانی‌پور، ح. (۱۳۹۰). درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ناصر، ا. (۱۳۸۶). درمانگری افسردگی: تألیف شناخت - رفتار درمانگری گروهی، مهارت‌آموزی والدین و جلسه‌های مشترک نوجوانان - والدین. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۱۲(۳)، ۳۲۳-۳۲۲.
- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J., Jabar, F., & Knorrning, A.L. (2005). A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev*, 31(2), 203-215.
- Ames, C. A., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Innovation in Practice: Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Baer, R. A. (2014). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Elsevier.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258-269.
- Bilgin, M. (2011). Relations among proposed predictors and outcomes of social self-efficacy in Turkish late adolescents. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 40, 1-18.
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A., Harold, G., Rice, F., & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents

- Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2005). *Self-efficacy beliefs in adolescences*. Charlotte, NC: Information Age Publishing, Inc.
- Statz, A. (2015). Effectiveness of MBSR and MBCT in Reducing Clinical Symptoms in Adolescents. *Master of Social Work Clinical Research Papers*, 525, 1-63.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama*, 281(18), 1707-1713.
- Practice*, 18, 232-259.
- Neufeld, S. A., Dunn, V. J., Jones, P. B., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2017). Reduction in adolescent depression after contact with mental health services: a longitudinal cohort study in the UK. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 120-127.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). 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.

