

## مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب در نوجوانان داغ دیده پسر<sup>۱</sup>

علی طاهری<sup>۲</sup>، غلامرضا منشی<sup>۳</sup>، احمد عابدی<sup>۴</sup>

(صفحات ۳۳-۶۳)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۷

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان پسر بود. **روش:** پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل نوجوانان داغ دیده مراجعه کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر شیراز در سال ۹۷-۱۳۹۶ بودند. از میان آن‌ها ۴۸ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند. گروه آزمایشی ذهن آگاهی نوجوان محور در طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته و گروه آزمایش هیجان محور در طی ۸ جلسه ۱ ساعته به صورت گروهی تحت آموزش قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) و کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۹۸) پیش از آغاز درمان، پایان جلسات درمان و همچنین مرحله پیگیری ۴۵ روزه پس از آموزش گروهی ارزیابی شدند. گروه گواه بدون هیچ آموزش گروهی بودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد به کارگیری ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ دیده موثر است ( $p < 0/05$ ) و گروه ذهن آگاهی نوجوان محور تأثیر بیشتری از هیجان محور

۱. مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۳. نویسنده مسئول؛ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Emali: smanshaee@yahoo.com

۴. دانشیار، گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

داشته است و تغییرات در طول زمان پایدار بود. نتیجه‌گیری: بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده موثر است و ذهن آگاهی نوجوان محور بر افزایش عزت نفس و کاهش مشکلات خواب موثرتر بود.

**واژه‌های کلیدی:** ذهن آگاهی نوجوان محور، هیجان محور، عزت نفس، مشکلات خواب، داغ‌دیده

## مقدمه

داغ‌دیدگی<sup>۱</sup> بخش اجتناب‌ناپذیری از چرخه زندگی است. اصطلاح داغ‌دیدگی به این معناست که فرد به دنبال از دست دادن شخصی که او را دوست داشته، در حالت سوگ<sup>۲</sup> یا سوگواری<sup>۳</sup> است (کر،<sup>۴</sup> ۲۰۰۳؛ گالاتز- لوی و بونانو،<sup>۵</sup> ۲۰۱۲). بسیاری از پژوهشگران بیان کرده‌اند که مرگ والدین به عنوان مجموعه‌ای از تنش‌ها با کاهش منابع اقتصادی، تغییر محل سکونت، کاهش ارتباط با دوستان و همسایه‌ها، افزایش مسئولیت‌ها و کاهش مدت زمانی که نوجوان با والد، سپری می‌کند، در ارتباط است (ولکیک، ما، تین، سندلر و آیزر،<sup>۶</sup> ۲۰۰۸). در نتیجه، سوگ و داغ‌دیدگی ممکن است باعث مشکلات روان‌شناختی و رفتاری مانند افسردگی، اختلال سلوک و غیره در نوجوانان شود (تامپسون، کاسلو، کینگری، کینگ، بری آنت و ری،<sup>۷</sup> ۱۹۹۸؛ برور و اسپارکز،<sup>۸</sup> ۲۰۱۲).

نوجوانان داغ‌دیده به دلیل دریافت ناکافی بازخورد از عملکرد موفقیت‌آمیز خود کمتر احساس کفایت و عزت نفس<sup>۹</sup> کرده و بدین ترتیب به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی بیشتر احتمال دارد در معرض کمبود عزت نفس قرار داشته باشند.

1. Bereavement
2. grief
3. mourning
4. Corr,C.A.
5. Galatzer- Levy,I.R & Bonanno,G.A.
6. Wolchik,S.A., Ma ,Y., Tein,J.Y., Sandler,I.N & Ayers,T.S.
7. Thompson, M.P., Kaslow ,N.J., Kingree, J.B., King ,M., Bryant ,L.J & Rey ,M.
8. Brever,G.D & Sparkes,A.C.
9. Self- Esteem

سال‌های نوجوانی مرحله مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی، شناختی و روانی فرد به شمار می‌رود. از مهم‌ترین نیازهای این دوره، حفظ تعادل هیجانی و عاطفی به خصوص در مقابل عوامل فشارزای دوران بلوغ و انتظارات محیطی، خودآگاهی و درک ارزش وجودی خویشتن (عزت نفس) می‌باشد. مطابق با نظریه‌ی روزنبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۶۵)، به نقل از وانن، ایسوما، کالتیلاهیئو، فروج و هلمینن<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) عزت نفس جهت نگرش نسبت به خود است که می‌تواند یک باور مطلوب یا نامطلوب از خود باشد. فرد با عزت نفس بالا به خود احترام می‌گذارد و خود را ارزشمند می‌داند. در واقع، عزت نفس بعد عاطفی شخصیت است، اینکه فرد در مورد خودش چه احساسی دارد (کاراگوزگلو، کاو، کوو آدامیسوگلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

عزت نفس بالا در نوجوانان احساس اعتماد به نفس ایجاد کرده و آنان را قادر به تطابق با شرایط سخت می‌نماید (خیرخواه، مکاری، نیسانی سامانی و حسینی، ۱۳۹۲)؛ برور و اسپارکز (۲۰۱۲)؛ وینکینگ، جرون و کاپلان<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)؛ وات کینز<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)؛ الیزور و کافمن<sup>۶</sup> (۲۰۰۹)؛ گلمبوک<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که فرزندان تحت سرپرستی مادر از نظر سازگاری روان‌شناختی و میزان عزت نفس و پیشرفت تحصیلی نسبت به فرزندان خانواده‌های عادی ضعیف‌ترند و به این نتیجه رسیدند که حضور نداشتن پدر، در خانواده یک عامل منفی در زندگی فرزندان است. متغیرهای عزت نفس و خودکارآمدی به طور همزمان در پیش بینی افسردگی بر اساس صفات شخصیت (برون گرایی، توافق گرایی و روان آزدگی) نقش مهمی در کاهش افسردگی و کاهش روان آزدگی ایفا می‌کنند (حسینی، نجفی و محمدی فر، ۱۳۹۸). اسکندر (۱۳۹۳) در پژوهش خود با

1. Rosenberg

2. Vaananen, G.M., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R., Frojd, S & Helminen, M.

3. Karagozlu, S., Kahve, E., Koc, O., & Adamisoglu, D.

4. Winking, J., Gerven, M & Kaplan, H.

5. Watkins, A.

6. Elizur, E & Kaffiman, M.

7. Golombok, S.

عنوان تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس کلی، تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار بوده است. همچنین شریعتی پور، برآبادی و حیدرنیا (۱۳۹۸) در پژوهشی روی دختران بی سرپرست نوجوان دریافتند که واقیت درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب موجب افزایش سرمایه‌های روان شناختی و ابعاد آن شامل خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی آنان می‌شود.

اختلالات خواب<sup>۱</sup> یکی از نشانه‌های مشکلات نوجوانان داغ‌دیده است که ممکن است به صورت از خواب پریدن، گریه کردن، ناله کردن و یا حرف زدن در خواب و حرکت‌های زیاد هنگام خواب باشد. همچنین، ممکن است با کابوس و یا حملات وحشت‌زدگی در خواب واکنش نشان دهند (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین مشکلات خواب هست. تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت کل جهان گزارش تجربه بی‌خوابی مزمن و یا مداوم را دارند. در مقابل DSM-IV، راهنمای تشخیصی آماری جدید DSM-5 تمایزی بین بی‌خوابی اولیه و ثانویه قائل نشده است. به همین دلیل تشخیص بی‌خوابی اولیه به اختلال بی‌خوابی تغییر نام داده است (آلامو، لویز-مونزو گارسیا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). واژه اختلال خواب به سختی در شروع خواب، حفظ و تداوم آن و یا داشتن خوابی آرامش‌بخش اشاره دارد. همچنین، بیماران مبتلابه بی‌خوابی، علاوه بر تجربه‌ی علائم فوق، علی‌رغم داشتن زمان و فرصت کافی برای آن، با مشکلات و نقص در عملکرد روزانه نیز مواجه هستند که از جمله می‌توان به خستگی، کاهش تمرکز، توجه و حافظه، بهره‌وری آکادمیک کمتر، نقص عملکرد شغلی، علاوه بر اختلال در خلق و تحریک‌پذیری تنش و نگرانی درباره‌ی خواب اشاره داشت. انتظارات غیرواقعی‌بینانه، ادراک مختل و نگرانی ممکن است به بدعملکردی تبدیل شود و با استرس و عادات

1. Sleep Disorder

2. Alamo, C., Lopez-Munoz, F & Garcia, P.

خواب ناسازگارانه همراه شود که خود باعث ایجاد حالت تنش که کاملاً متضاد باحالت آرامش لازم برای خواب است، می‌شود. باورها و نگرش‌های فرد نسبت به خواب و بی‌خوابی حتماً باید مورد بازنگری قرار گیرند و نهایتاً تغییر یابند. افراد مبتلابه بی‌خوابی اکثراً افکار مزاحم زیادی در شب دارند که باعث می‌شود باورهای بی‌راجه به خواب دارند به طور هیجانی بارگذاری شوند (مولن، کاروالو، فرناندز پرادو و فرناندز پرادو، ۲۰۱۴).

روش‌های مداخله‌ای گوناگونی برای نوجوانان داغ‌دیده به کاررفته شده است یکی از این رویکردها ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی عبارت است از توجه کردن به هرآنچه اتفاق می‌افتد دقیقاً اینجا، دقیقاً هم‌اکنون در درون ما یا بیرون ما (بوردیک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی و همکاران، ۱۳۹۶). ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا با دیدن ضعف‌ها و چالش‌های موجود در دنیای پیرامون، آن‌ها را به نوعی متعلق به ذات انسان‌ها بدانند. ذهن آگاهی به‌دوراز هرگونه مفهوم ابهام‌آمیز دارای پتانسیلی است که در دسترس همه انسان‌ها قرار گیرد (کابات زین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی عبارت است از توجه کردن به هر آنچه اتفاق می‌افتد دقیقاً اینجا، دقیقاً هم‌اکنون در درون ما یا بیرون ما (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی و همکاران، ۱۳۹۶). ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).

سیگل<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) تمرین‌های ذهن آگاهی را برای طیف قابل‌توجهی از افراد با مشکلات متنوع مفید می‌داند. از جمله در کاهش غم و اندوه، افسردگی، بی‌خوابی،

1. Molen, Y.F., Carvalho, L.B.C., Fernandes Prado, L. & Fernandes Prado, G.
2. Burdic, D.
3. Kabat- Zinn, J.
4. Emanuel, A.S. & et al.
5. Siegel, R.D.

مشکلات جنسی، درد مزمن و اعتیاد به هر چیزی از الکل و مواد مخدر تا وابستگی و اختلالات عاداتی به غذا، قمار، خرید نیز مؤثر است. علاوه بر این روش، نظریه پردازان دیگر هم سعی در تبیین اثربخشی مداخلات دیگر بر علائم روان شناختی افراد داغ دیده نموده‌اند. ذهن آگاهی نوجوان محور یکی از جدیدترین روش‌ها است که کاربرد بالینی آن برای نوجوانان دارای اختلالاتی همچون بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، افسردگی، اضطراب، فشار روانی پس‌آسیبی، وسواس فکری و عملی، اتیسم، اختلالات درد، اختلالات خواب و خشم مفید بوده است (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی و همکاران، ۱۳۹۶). پژوهش یوسفیان و اصغری پور (۱۳۹۲) باهدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش‌آموزان دختر صورت گرفت. نتایج این پژوهش که روی دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان در ۸ جلسه دوساعته صورت گرفت نشان داد که درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه شاهد تأثیر مثبتی در بهبود عزت نفس داشته‌اند. در پژوهشی دیگر دهستانی (۱۳۹۴) دریافت با استفاده از آموزش ذهن آگاهی می‌توان افسردگی، اضطراب و استرس دانش‌آموزان را کاهش داد. شریف پور، منشئی و سجادیان (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مبتلابه سرطان دریافتند که این روش تلویحاتی به منظور بهبود وضعیت روان شناختی نوجوانان مبتلابه سرطان دارد. پژوهش حسینی و منشئی (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی در کودکان با اختلال افسردگی بود که یافته‌ها نشان داد آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری و علائم افسردگی تأثیر مثبت داشته است. همچنین مطالعات اونگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، گروس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) اثربخشی ذهن آگاهی بر مشکلات خواب را نشان می‌دهد. داودی، منشئی و گل

1. Ong, J.C., & et al.

2. Gross, C.R., & et al.

پرور (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب در نوجوانان دختر دریافتند که بین سه درمان در علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

تمرینات ذهن آگاهی به نوجوانان کمک می‌کند تمرکز کنند، فشارهای روانی شان را مدیریت کنند، آرامش درونی را تجربه کنند، مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، پذیرش و کیفیت خواب خود را بهبود بخشند (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشی و همکاران، ۱۳۹۶). به نظر می‌رسد این مداخلات در بهبود مشکلات خواب و عزت نفس نوجوانان داغ‌دیده نیز همین تأثیر را داشته باشد.

تنظیم هیجان<sup>۱</sup> شامل حفظ بازداری و تنظیم هیجان است (گراس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). با استفاده از تنظیم هیجان می‌توانیم جاذبه، شدت و ویژگی موقتی بودن یک هیجان را تحت تأثیر قرار دهیم. بسته به زمان مداخله فرایند تنظیم هیجان درون فردی را می‌توان به راهبرد متمرکز بر پاسخ و راهبرد تمرکز بر عوامل پیشاینده تفکیک کرد. تنظیم هیجان شامل فرایندهای بین فردی نیز می‌شود. فرایندهای بین فردی می‌تواند به یک تعادل جویی ناسازگارانه منجر شود و باعث تداوم اختلال هیجانی می‌شود (هافمن و هییز، ترجمه محمدخانی و خالقی، ۱۳۹۶). آموزش مداخلات هیجان محور هم از اساس نظری قوی برخوردار بوده است و هم پژوهش‌های متعددی اثربخشی آن را در طیف وسیعی از علائم روان‌شناختی تأیید کرده‌اند (کامپاس، جیسر، دانبر، واتسون، بیتس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

احمدیان فرد (۱۳۹۲) در پژوهشی باهدف بررسی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌ها، کیفیت خواب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلابه PTSD پرداخت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن

1. Emotion regulation

2. Gross.J.J.

3. Compas, B. E., Jaser,S.S., Dunbar,G.P., Watson,K.H & Bettis .A.H.

آگاهی نشانه‌های PTSD، کیفیت خواب و تنظیم هیجان را بهبود بخشید. هیجان نقش مهمی در بروز و دوام اختلالات روانی دارد آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به‌عنوان راهبردی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد (اقبال، ۱۳۹۲). توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد و نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتارها را بداند و بتواند واکنش مناسب به هیجان‌هایش نشان دهد. افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب می‌شود (گراتز و گاندرسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). راهبردهای مثبت و سازگارانه تنظیم هیجان در دو مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی (کاهش پریشانی و رضایت از زندگی) و اشتراک‌گذاری یک رویداد مثبت با دیگران موجب رضایت از زندگی و درگیر شدن در نشخوار یک رویداد مثبت منجر به کاهش پریشانی می‌شود (گویدباچ و بری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). بشیرپور، عباسی و ابوالقاسمی (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت‌نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست دریافتند که هر دو درمان بر شادکامی، ناامیدی و عزت‌نفس مؤثر بوده است. در پژوهش دیگری بیرامی و محبی (۱۳۹۵) با عنوان رابطه دل‌بستگی به والدین و ادراک از تعارض بین والدین با اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی‌گری راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، دریافتند که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار پیش‌آیند مثبت اختلال اضطراب اجتماعی است.

تعادل و تنظیم هیجان‌ها از طریق آموزش هیجان‌محور می‌تواند نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد (ریو، ۲۰۰۵؛ ترجمه‌ی سید محمدی، ۱۳۷۹). نوجوان داغ‌دیده با کمک تکنیک‌های مداخلات هیجان‌محور می‌تواند افکار و هیجان‌های منفی خود را شناخته، پذیرفته و متعادل نموده و بر مشکلات خواب غلبه نماید. همچنین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان باعث افزایش عزت‌نفس نوجوانان

1. Gratz, K.L. & Gunderson, J.G.

2. Quoidbach, J., & Berry, Hansenne, M & Mikolajczak, M.



داغ‌دیده می‌گردد.

با توجه به شیوع بالای پریشانی‌های روان‌شناختی در بین نوجوانان داغ‌دیده و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها و از آنجایی که ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و تنظیم هیجانات همچنین شناخت هیجانات مثبت و منفی و تنظیم آن‌ها باعث کاهش علائم روان‌شناختی می‌گردد آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور مورد مقایسه قرار گرفت. از طرفی پژوهش‌های اندکی در مورد آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور روی نوجوانان داغ‌دیده صورت گرفته است و با عنایت به اینکه این روش با سایر مداخلات مورد مقایسه قرار نگرفته لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب در نوجوانان پسر داغ‌دیده بود.

## روش پژوهش

پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان داغ‌دیده شهر شیراز در بازه زمانی ۹۷-۱۳۹۶ بود که به مراکز مشاوره آموزش و پرورش مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۸ نفر از نوجوانان داغ‌دیده با روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به نوع تحقیق (نیمه تجربی) به صورت تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش اول، آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور؛ گروه آزمایش دوم، آموزش هیجان محور؛ و گروه کنترل) گمارش شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از نوجوانان پسر که تمایل به شرکت داوطلبانه داشته، امضای فرم رضایت آگاهانه توسط ولی یا قیم قانونی، از دست دادن حداقل یکی از والدین در ۱۲-۶ ماه گذشته دارای سن ۱۸-۱۳ سال، عدم وجود اختلال‌های بالینی یا شخصیتی خاص که از طریق مصاحبه مقدماتی و بررسی پرونده مراجع در صورت نیاز تشخیص داده شد و عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی به تشخیص روان‌پزشک. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، وجود هر نوع بیماری که

مانع حضور در جلسات آموزشی گردند.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهشی به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه محفوظ می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی، محرمانه بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل خواهد شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد و پس از آن نیز در پایان مداخله انجام گرفت و ۴۵ روز بعد نیز مرحله پیگیری انجام شد.

### ابزارهای پژوهش

**الف- پرسشنامه عزت نفس:** این پرسشنامه برای اندازه‌گیری و سنجش عزت نفس به کار می‌رود و پاسخ‌ها به صورت بلی یا خیر می‌باشند. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ توسط کوپراسمیت ساخته شد و شامل ۵۸ ماده می‌باشد که هشت ماده‌ی این پرسشنامه یعنی سؤالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸، ۵۵، دروغ‌سنج و ۵۰ ماده دیگر متعلق به چهار خرده‌مقیاس عزت نفس خود، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی، است. چنانچه از ۸ ماده‌ی دروغ‌سنج، بیش از ۴ نمره بیاورد به آن معناست که نتیجه آزمون معتبر نیست و آزمودنی سعی کرده خود را بهتر از آنچه هست ارائه بدهد. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، در ماده‌های شماره ۲، ۴، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۴۵، ۴۷، ۵۸ پاسخ بلی، یک نمره و پاسخ خیر، نمره‌ی صفر می‌گیرد و سایر سؤالات معکوس است، یعنی پاسخ خیر یک نمره و پاسخ بلی نمره‌ی صفر می‌گیرد. بدیهی است حداقل نمره‌ی فرد، صفر و حداکثر نمره‌ی فرد، ۵۰ خواهد بود. هرچه فرد در این آزمون نمره‌ی بیشتری کسب کند، عزت نفس بالاتری دارد. افراد با نمرات بالاتر از ۲۵ دارای عزت نفس

بالا و افراد با نمرات پایین‌تر از این مقدار دارای عزت‌نفس پایین می‌باشند. در پژوهش‌های متعددی به روایی و اعتبار بالای مقیاس عزت‌نفس کوپراسمیت اشاره شده است. شکرشکن و نیسی (۱۳۷۳) این پرسشنامه را ترجمه و برای آن ضرایب پایایی و روایی بدست آورد؛ میزان روایی آزمون که از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون با معدل سال آخردانش‌آموزان به دست آمده بود برای پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است. کوپراسمیت و همکاران (۱۹۶۷) ضرایب بازآزمایی این پرسشنامه را در دونوبت، یک بار پس از پنج هفته در حد ۰/۸۸ محاسبه کردند و بار دیگر پس از سه سال ۰/۷۰ محاسبه کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ می‌باشد.

ب- پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط بویس<sup>۱</sup> و همکارانش در موسسه روان‌پزشکی پیتسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سؤال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه. برای نمره‌گذاری پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) باید ابتدا به این ۱۹ گویه سه نوع نمره داده شود. سؤالات ۱ و ۳ به یک صورت، سؤالات ۲ و ۴ به یک صورت دیگر و سؤالات ۵ تا ۹ به صورتی دیگر نمره‌گذاری شود که عبارت‌اند از: سؤالات ۱ و ۳: نمره‌گذاری صورت نمی‌گیرد اما عدد به دست آمده در محاسبه سایر مقیاس‌ها استفاده شود؛ سؤال ۲: کمتر از ۱۵ دقیقه (نمره ۰)، ۱۶ تا ۳۰ دقیقه (نمره ۱)، ۳۱ تا ۶۰ دقیقه

(نمره ۲)، بیشتر از ۶۰ دقیقه (نمره ۳)؛ سؤال ۴: بیشتر از ۷ ساعت (نمره ۵)، ۶ تا ۷ ساعت (نمره ۱)، ۵ تا ۶ ساعت (نمره ۲) و کمتر از ۵ ساعت (نمره ۳)؛ بقیه سؤالات: به هر ماده نمره ۵ تا سه داده شود که به این شرح است: گزینه هیچ (نمره ۵)، گزینه یک بار در هفته (نمره ۱)، گزینه دو بار در هفته (نمره ۲)، گزینه سه بار یا بیشتر در هفته (نمره ۳). بویس و همکاران (۱۹۹۸) که این پرسشنامه را برای اولین ساخته و معرفی کردند انسجام درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/83$  به دست آوردند. پرسشنامه پیتزبورگ دارای قابلیت اعتبار  $0/83$  (به روش آلفای کرونباخ) است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در مطالعات مختلف مورد آزمون قرار گرفته و همسانی درونی سؤالات آن و همچنین روایی هم‌زمان و روایی افتراقی آن در مورد افراد سالم و بیمار گزارش شده است (بویس، رینولدز، مونک، برمن، کاپفر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی توسط مطالعه ثبت شده به شماره ۲۷۳۰ در انستیتوروان‌پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفته است (فرهادی نسب و عظیمی، ۱۳۸۷). در این پژوهش آلفای کرونباخ  $0/89$  می‌باشد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات مداخله آموزش ذهن آگاهی (بوردیک، ترجمه منشئی و همکاران، ۱۳۹۶) جلسه اول: معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجانیدن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها). جلسه دوم: صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی،

1. Buisse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R & Kupfer, D.J.

تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی و ارائه تمرین خانگی. **جلسه سوم:** صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تمرین تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن، ارائه تمرین خانگی. **جلسه چهارم:** تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب - انجام حرکات ذهن آگاهانه و ارائه تمرین خانگی. **جلسه پنجم:** صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بوییدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تمرین خانگی. **جلسه ششم:** تکرار تمرینات پایه تنفسی - انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجانات و انجام تمرین «از کنترل خارج نشو»، «مراقبه خواب» و ارائه تمرین خانگی. **جلسه هفتم:** مرور تمرینات جلسات قبل و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار «تخته سفید نانوشته» و تمرین «محبت شفقت‌آمیز»، ارائه تمرین خانگی. **جلسه هشتم:** تکرار تمرینات پایه تنفسی و تمرین «تن آرامی عضلانی تدریجی»، انجام تمرین ذهن آگاهی «عوض کردن کانال» و ارائه تمرین خانگی. **جلسه نهم:** انجام تمرینات تنفسی پایه، افکار منفی خود آیند، مراقبه رهایی از افسردگی و ارائه تکلیف خانگی. **جلسه دهم:** مرور تمرینات ذهن آگاهی که در طی جلسات گذشته آموزش داده شد و آموزش تمرین ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه.

خلاصه محتوای جلسات مداخله آموزش هیجان محور (گراس، ۲۰۰۷) **جلسه اول:** آشنایی و برقراری ارتباط با اعضای گروه، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا در مورد اهداف، بیان منطق و مراحل مداخله، بیان چارچوب و قواعد گروه و ارائه تکلیف خانگی. **جلسه دوم:** انتخاب موقعیت، ارائه آموزش هیجانی، بخش اول: در آغاز، تکلیف جلسه قبل مرور شد. اعضا تجربه‌های هیجانی خود را با همدیگر در میان خواهند گذاشت، بخش دوم: گفتگوراجع به چیستی هیجان بین اعضا- انواع

هیجان‌ها چه مثبت و چه منفی - معرفی ابعاد هر هیجان - کارت یادداشت روزانه  
ثبت هیجان، بخش سوم: اعضا چند هیجان اصلی را عملاً تجربه کنند - ارائه تکلیف.  
جلسه سوم: انتخاب موقعیت، هدف: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و  
مهارت‌های هیجانی اعضا، شامل سه بخش: ۱. خود-ارزیابی باهدف شناسایی  
تجربه‌های هیجانی خود؛ ۲. خود-ارزیابی باهدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری  
هیجانی خود؛ ۳. خود-ارزیابی باهدف شناسایی راهبردهای تنظیمی خود و ارائه  
تکلیف خانگی. جلسه چهارم: اصلاح موقعیت، هدف: ایجاد تغییر در موقعیت  
برانگیزاننده‌ی هیجان؛ دستور جلسه: دستورالعمل‌های جلسه عبارت بودند از فهرست  
کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای - ارائه تکلیف. جلسه پنجم: گسترش توجه،  
هدف: آموزش مهارت‌های تغییر توجه، بخش اول: تکالیف جلسه‌ی قبل مرور خواهد  
شد و افراد راجع به تجربه‌ی هیجانی خود، مشکلات و موانع به کار بردن مهارت‌ها و  
کاربرد مهارت‌های جدید گفتگو نموده و همچنین مرور و بررسی برگه‌های تکمیل شده؛  
بخش دوم: در ادامه‌ی مبحث مهارت‌های تنظیم هیجان، مدل فرایند تنظیم هیجان  
جیمزگراس به اعضا معرفی شد و در مورد مراحل و مهارت‌های تنظیم هیجان از این  
دیدگاه گفتگو شد؛ بخش سوم: در بخش سوم از بین مهارت‌های تنظیم هیجان،  
مهارت‌های تغییر توجه به اعضا معرفی و آموزش داده شد - ارائه تکلیف خانگی. جلسه  
ششم: ارزیابی شناختی، بخش اول: نحوه‌ی به کار بردن مهارت‌های تغییر توجه و  
شیوه‌ها و موانع کار- بیان تجربه‌ی خاص افراد و در نهایت موفقیت‌های اعضا مورد  
تشویق و تصدیق قرار خواهد گرفت، بخش دوم: گفتگو در رابطه با نقش ذهن (پردازش  
ذهنی و مجموعه‌ای از افکار، عقاید و خاطرات) در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش  
پاسخ هیجانی؛ بخش سوم: شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های  
هیجانی - تکمیل و ارزیابی لیست عقاید و ارزیابی‌های غلط مؤثر روی هیجان‌ها؛ بخش  
چهارم: آموزش راهبرد باز- ارزیابی، پس از آن، به آنان آموزش داده خواهد شد که از طریق

باز-ارزیابی و تغییر ارزیابی‌های منفی، هیجان منفی خود را تسکین داده و تنظیم کنند. ارائه تکلیف. جلسه هفتم: تعدیل پاسخ، بخش اول: مواجهه، یعنی ایجاد حالت‌های هیجانی در جلسه گروهی. پس‌از آن، از آنان خواسته شد، به دو شیوه نوشتاری و کلامی، پیامدهای جسمانی، ذهنی و احساسی هیجان خود را توصیف کنند؛ بخش دوم: ارزیابی، یعنی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن. سپس، اعضا در مورد اثرات و پیامدهای استفاده از راهبرد بازداری با یکدیگر گفتگو کردند و مهارت‌آموزی- ارائه تکلیف. جلسه هشتم: ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد آموزش‌ها، بخش اول: ارزیابی، فهرست اهداف فردی و گروهی، درجه‌بندی میزان حصول هر یک از اهداف در مقیاسی از ۰ تا ۱۰، موفقیت‌های هر یک از اعضا در نیل به اهداف گروهی و فردی مورد تأکید قرار خواهد گرفت. بخش دوم: پیشنهاد برای کاربرد مهارت‌ها در دنیای واقعی برنامه‌ای عملی توسط اعضا، ارائه تکلیف.

## یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده پسر ۱۸-۱۳ سال شهر شیراز بود. آمار توصیفی پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	
عزت نفس	ذهن آگاهی نوجوان محور	۲۰/۱۲	۳/۸	۳۶/۲۵	۲/۱۸	۳۶/۸۷
	آموزش هیجان محور	۱۸/۷۵	۲/۴	۳۰/۸۷	۱/۹۶	۳۱/۱۲
	کنترل	۱۹	۱/۹۳	۱۸/۷۵	۱/۷۷	۱۹/۸۷

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد		
۱/۰۲	۴/۶۲	۱/۲۴	۴/۷۵	۵/۲۹	۲۴	ذهن آگاهی نوجوان محور	مشکلات
۱/۹۹	۷/۶۳	۲/۰۵	۷/۲۵	۳/۴۹	۲۲/۷۵	آموزش هیجان محور	خواب
۳/۶	۲۱/۷۵	۳/۴۵	۲۲/۲۵	۴/۲۱	۲۲/۷۶	کنترل	

هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از هست).

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مشکلات خواب در گروه‌های مداخله (ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور) نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد در حالی که میانگین نمرات عزت نفس افزایش داشته است.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک مانند تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش‌فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد.

این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه گروه باقی است ( $p > 0/05$ ).

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پیش‌آزمون در متغیر عزت نفس ( $F=1/76$ ,  $sig=0/183$ )، در



مرحله پس‌آزمون ( $F=0/794, sig=0/232, F=0/232$ )، همچنین در مرحله پیگیری ( $sig=0/147$ )،  $F=1/99$  و در متغیر مشکلات خواب ( $sig=0/174, F=1/906$ )، در مرحله پس‌آزمون ( $sig=0/056, F=3/08$ )، همچنین در مرحله پیگیری ( $sig=0/051, F=3/93$ ) حاصل شده است که مجموع نتایج نشان می‌دهد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در تردو متغیر در هر سه مرحله تأیید شده است.

جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داد در مرحله پیش‌آزمون در متغیر عزت‌نفس ( $sig=0/183, F=1/76$ )، در مرحله پس‌آزمون ( $sig=0/794, F=0/232$ ) و در مرحله پیگیری ( $sig=0/147, F=1/99$ ) همچنین در متغیر مشکلات خواب در مرحله پیش‌آزمون ( $sig=0/174, F=1/906$ )، در مرحله پس‌آزمون ( $sig=0/056, F=3/08$ ) و در مرحله پیگیری ( $sig=0/051, F=3/93$ ) حاصل شد که مجموع نتایج نشان داد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در تردو متغیر در هر سه مرحله مورد تأیید است.

نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نمرات در متغیر عزت‌نفس ( $Mbox=13/82, F=2/15, sig=0/053$ ) و در متغیر مشکلات خواب ( $Mbox=26/039, F=4/06, sig=0/001$ ) به دست آمد که بیانگر تأیید این پیش‌فرض در متغیر عزت‌نفس و عدم تأیید پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها در متغیر مشکلات خواب است. با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها، نتایج هر دو آزمون با لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> و اثرپیلای<sup>۲</sup> با میزان سخت‌گیری متفاوت مربوط به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر ارائه شده و با یکدیگر مقایسه می‌شوند. نتایج آزمون ماچلی نیز جهت بررسی یکنواختی کواریانس‌ها در گروه‌ها برای متغیر عزت‌نفس ( $Mauchly's W=0/381, chi^2=42/49, sig=0/001$ ) و در متغیر مشکلات خواب ( $Mauchly's W=0/11, chi^2=97/27, sig=0/001$ )، به دست آمد که بیانگر عدم تأیید این

1. Wilks' Lambda

2. Pillai's Trace

پیش فرض در هر دو متغیر عزت نفس و مشکلات خواب است. از این رو از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیزر<sup>۱</sup> برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده می شود.

واریانس با اندازه گیری های مکرر ارائه شده و با یکدیگر مقایسه می شوند. نتایج آزمون موخلی نیز جهت بررسی یکنواختی کوواریانس ها در گروه ها برای متغیر عزت نفس ( $\text{sig} = 0/001$ ,  $\text{chi}^2 = 42/49$ , Mauchly's  $W = 0/381$ ) و در متغیر مشکلات خواب ( $\text{sig} = 0/001$ ,  $\text{chi}^2 = 97/27$ , Mauchly's  $W = 0/11$ ) به دست آمد که بیانگر عدم تأیید این پیش فرض در هر دو متغیر عزت نفس و مشکلات خواب است. از این رو از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس - گیزر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج آزمون چند متغیره نمرات عزت نفس در اثر زمان با استفاده از آزمون اثربیایی و لامبدای ویلکز ( $\text{sig} = 0/001$ ,  $F = 402/149$ ) و برای تعامل زمان و گروه ( $F = 20/93$ )، معنی دار بود. همچنین در متغیر مشکلات خواب در اثر زمان با استفاده از آزمون اثربیایی و لامبدای ویلکز ( $\text{sig} = 0/001$ ,  $F = 364/171$ ) و برای تعامل زمان و گروه ( $\text{sig} = 0/001$ ,  $F = 51/48$ ) به دست آمده است که نشان داد، هم مراحل پژوهش شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای عزت نفس و مشکلات خواب به صورت کلی با یکدیگر تفاوت دارند و هم حداقل روند مراحل پژوهش یعنی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در گروه ها باهم تفاوت دارد.

نتایج مقایسه بین آزمودنی ها یعنی مقایسه در متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به معنی داری تعامل اثر زمان و عضویت گروهی، نتایج برآورد پارامترها (آزمون بونفرنی<sup>۲</sup>) جهت مقایسه گروه ها در مراحل پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

1. Greenhouse-geisser  
2. Bonferroni.

جدول ۲- نتایج برآورد پارامترها به جهت مقایسه سه گروه در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	مقایسه‌ها	آماره	خطای انحراف استاندارد	t	معنی‌داری	حجم اثر	توان آماری
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	۱/۱۲	۰/۷۰۸	۱/۱۲	۰/۲۶۷	۰/۰۲۷	۰/۱۹۶
		هیجان محور با کنترل	-۰/۲۵	۱/۰۰۱	-۰/۲۵	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵۷
		ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	-۱/۳۷	۱/۰۰۱	-۱/۳۷	۰/۱۷۶	۰/۰۶۴۱	۰/۲۷
	پس‌آزمون	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	۱۷/۵	۰/۶۹۹	۲۵/۰۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۱/۰۰۰
		هیجان محور با کنترل	۱۲/۱۲	۰/۶۹۹	۱۷/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰۰
		ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	-۵/۳۷	۰/۶۹۹	-۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱/۰۰۰
پیش‌گیری	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	۱۷	۰/۶۶۱	۲۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶	۱/۰۰۰	
	هیجان محور با کنترل	۱۱	۰/۶۶۱	۱۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶	۱/۰۰۰	
	ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	-۵/۷۵	۰/۶۶۱	-۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۱/۰۰۰	
مشکلات خواب	پیش‌آزمون	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	۱/۲۵	۱/۵۴	۰/۸۱	۰/۴۲۲	۰/۰۱۴	۰/۱۲۴
		هیجان محور با کنترل	۳/۵۹	۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵
		ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	-۱/۲۵	۱/۵۴	-۰/۸۱	۰/۴۲۲	۰/۰۱۴	۰/۱۲۴
	پس‌آزمون	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	-۱۷/۵	۰/۸۵۸	-۲۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱/۰۰۰
		هیجان محور با کنترل	-۱۵	۰/۸۵۸	-۱۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲	۱/۰۰۰
		ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	۲/۵	۰/۸۵۸	۲/۹۲	۰/۰۰۶	۰/۱۵۹	۰/۸۱۴
پیش‌گیری	ذهن آگاهی نوجوان محور با کنترل	-۱۷/۱۲	۰/۸۶۷	-۱۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	۱/۰۰۰	
	هیجان محور با کنترل	-۱۴/۱۲	۰/۸۶۷	-۱۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵۵	۱/۰۰۰	
	ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور	۳	۰/۸۶۷	۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۲۳	

نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهد، در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات عزت‌نفس هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نیست؛ اما نتایج نشان داده است که در متغیر مذکور در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه ذهن‌آگاهی نوجوان محور ( $p < 0/001$ ) و آموزش هیجان محور ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش هیجان محور در بهبود عزت‌نفس نوجوانان پسر در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۹۳/۳ و ۸۷ درصد حاصل شده است و میزان تأثیر این آموزش‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۹۳/۶ و ۸۶/۶ درصد است. در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت بین ذهن‌آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور معنی‌دار است ( $p < 0/001$ ). نتایج همچنین در جدول ۶ نشان داده است در مرحله پیش‌آزمون بین میانگین نمرات مشکلات خواب هر سه گروه تفاوت معنی‌دار نیست؛ اما در متغیر مذکور در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه ذهن‌آگاهی نوجوان محور ( $p < 0/001$ ) و آموزش هیجان محور ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش هیجان محور در کاهش مشکلات خواب نوجوانان پسر در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۹۰/۲ و ۸۷/۲ درصد حاصل شده است و میزان تأثیر این آموزش‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۸۹/۷ و ۸۵/۵ درصد است. همچنین در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های ذهن‌آگاهی نوجوان محور با آموزش هیجان محور تفاوت معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ).

در یک نتیجه‌گیری کلی به نظر می‌رسد هر دو آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان محور و آموزش هیجان محور در افزایش عزت‌نفس و کاهش مشکلات خواب نوجوانان پسر تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است اما در مقایسه دو مداخله می‌توان گفت که تأثیر ذهن‌آگاهی نوجوان محور در هر دو متغیر از مداخله هیجان محور مؤثرتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی باهدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب و پرخاشگری در نوجوانان پسر شهر شیراز صورت پذیرفت. نتایج آماری نشان داد هر دو مداخله ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور در افزایش عزت نفس و کاهش مشکلات خواب نوجوانان پسر تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است اما در مقایسه دو مداخله می‌توان گفت که تأثیر ذهن آگاهی نوجوان محور در هر دو متغیر از مداخله هیجان محور مؤثرتر بوده است.

نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب در نوجوانان پسر داغ‌دیده با یافته‌های یوسفیان و اصغری پور (۱۳۹۲)، حسینی و منشئی (۱۳۹۷)، خیرخواه و همکاران (۱۳۹۲)، شریف پور و همکاران (۱۳۹۷)، دهستانی (۱۳۹۴)، برور و اسپارکز (۲۰۱۲)، وینکینگ، جرون و کاپلان (۲۰۱۱)، وات کینز (۲۰۱۰)، الیزور و کافمن (۲۰۰۹) و گلمبوک (۲۰۰۴) همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر در مورد اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور بر عزت نفس در نوجوانان پسر داغ‌دیده با یافته‌های اسکندر (۱۳۹۳) که نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس کلی، تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار بوده و باعث کاهش اضطراب اجتماعی نیز شده است همسو می‌باشد. از طرفی با یافته‌های یوسفیان (۱۳۹۲) که اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی را با شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش‌آموزان دختر مورد بررسی قرار داده همخوان می‌باشد.

با توجه به ادبیات پژوهشی هریک از این رویکردها از جمله مداخلات مؤثر و موفق در حیطه مشکلات نوجوانان هستند. نگاهی به گستره اثرگذاری هریک از این مداخلات بر مشکلات خواب و عزت نفس نوجوانان داغ‌دیده در تبیین یافته‌های این پژوهش روشن‌گر خواهد بود. منطبق با اهداف درمانی ذهن آگاهی نوجوان محور به پذیرش محتوای افکار و

یک نگرش یا رابطه با افکار و احساسات می‌رسد که شامل حفظ توجه کامل و حضور در لحظه و داشتن یک نگرش همراه با پذیرش به دور از قضاوت می‌باشد. مهارت‌های ذهن آگاهی بر پایه توانمندی درونی ما در توجه، آگاهی، بینش و شفقت بنانهاده شده است (بوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشئی و همکاران، ۱۳۹۶). آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی نوجوان محور از طریق افزایش خودآگاهی و توانمندی عزت نفس نوجوان داغ‌دیده را افزایش می‌دهد. همچنین باعث حفظ آرامش نوجوان داغ‌دیده شده و زندگی‌اش را پویا می‌کند تا در برابر مشکلات منفعل نباشد. همچنین با کمک مهارت‌های ذهن آگاهی نوجوان محور مانند مهارت عوض کردن کانال، افکار منفی خود آیند و تن آرامی عضلانی باعث می‌شود ذهن آشفته نوجوان داغ‌دیده آرام گردد، دید واقع‌بینانه‌ای نسبت به زندگی پیدا کند و زمانی که حس خوبی نسبت به خود به دست آورد در فعالیت‌های بیشتری شرکت کرده و حس حقارت کاهش یافته و در نتیجه عزت نفس بیشتری در او ایجاد می‌شود.

عزت نفس پایین در نوجوانان باعث می‌شود که احساس خود ارزشمندی و احترام به خود را نداشته باشند و خود را نسبت به دیگران پایین‌تر در نظر بگیرند. تمرین‌های ذهن آگاهی نوجوان محور در گروه مانند تمرین بادی اسکن، حرکات ذهن آگاهانه، توجه به حس‌های خود، وضعیت نشستن بر روی صندلی، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس و سایر تمرین‌ها همراه با گروه عزت نفس نوجوانان داغ‌دیده را افزایش داده، احساس خود ارزشمندی، پذیرش و احترام به خود می‌کند.

عزت نفس پایین در نوجوانان باعث می‌شود که احساس خود ارزشمندی و احترام به خود را نداشته باشند و خود را نسبت به دیگران پایین‌تر در نظر بگیرند. تمرین‌های ذهن آگاهی نوجوان محور در گروه مانند تمرین بادی اسکن، حرکات ذهن آگاهانه، توجه به حس‌های خود، وضعیت نشستن بر روی صندلی، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس و سایر تمرین‌ها همراه با گروه از طریق افزایش خودآگاهی و توانمندی، عزت نفس

نوجوانان داغ‌دیده را افزایش داده احساس خود ارزشمندی، پذیرش و احترام به خود می‌کند.

نتایج این پژوهش در حوزه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده با مطالعات اونگ و همکاران (۲۰۱۴) و گروس و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. اساس درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوار ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش افکار و روبرو شدن با آن‌ها می‌باشد (کنگ، اسموکی و رایبیز، ۲۰۱۱). در پژوهش دهستانی (۱۳۹۴) اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس دانش‌آموزان دختر مورد بررسی قرار گرفت نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که مداخلات ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس دانش‌آموزان مؤثر بوده است. در پژوهش دیگری که توسط شریف پور، منشئی و سجادیان (۱۳۹۷) بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد مداخلات ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مؤثر بوده است.

در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر مشکلات خواب می‌توان گفت، ذهن آگاهی نوجوان محور با تأثیر بر پردازش‌های شناختی، حسی و هیجانی فرایندهای روان‌شناختی فرد را به سوی افکار مثبت سوق داده و از این طریق می‌تواند بر مشکلات خواب تأثیر گذاشته و متعاقباً تغییرات معناداری در بهبود مشکلات خواب ایجاد نماید. در نوجوانان داغ‌دیده افکار خود آیند و سوگیری‌های شناختی در رابطه با محرک‌های آزاد کننده درونی و بیرونی، باعث افزایش توجه به این محرک‌ها و عدم آرامش و مشکلات خواب می‌شود. آموزش

ذهن آگاهی نوجوان محور سبب می‌شود، نوجوانان داغ‌دیده با کمک فن بیان افکار احساس بهتری را تجربه کنند، افکار منفی را تشخیص داده و با آن‌ها ارتباط برقرار نمایند. ایجاد رابطه با افکار و پذیرش آن‌ها یعنی پذیرش افکار و احساسات درونی همراه با مهارت تنفس آگاهانه، تن آرامی عضلانی تدریجی و مراقبه خواب می‌تواند سوگیری‌های شناختی نوجوانان داغ‌دیده را بهبود بخشد باعث افزایش توجه به موقعیت کنونی و برقراری آرامش و کاهش مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده مؤثر واقع شود.

مداخلات هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده در پژوهش حاضر مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های اقبال (۱۳۹۲)، خیرخواه و همکاران (۱۳۹۲)، گویدباچ و بری (۲۰۱۰)، گراتزو و گاندرسون (۲۰۰۶) و کامپاس و همکاران (۲۰۱۴) همخوان می‌باشد.

آموزش هیجان محور بر عزت نفس نوجوانان داغ‌دیده در پژوهش حاضر مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات بشیرپور و همکاران (۱۳۹۴) که شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست بررسی نمودند همخوان می‌باشد از طرفی یافته‌های پژوهش‌های گویدباچ و بری (۲۰۱۰) و کامپاس و همکاران (۲۰۱۴) با یافته‌های این پژوهش مطابقت دارد.

در تبیین چرایی نتایج حاصل از پژوهش در مورد اثربخشی آموزش مداخلات هیجان محور بر عزت نفس نوجوانان پسر داغ‌دیده می‌توان گفت هیجان‌ات می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران و ایجاد و قطع ارتباط سازنده باشند. تعادل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش هیجان محور می‌تواند نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد (ریو، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۰).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد آموزش هیجان محور در کاهش مشکلات خواب



نوجوانان داغ‌دیده مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های داودی، منشی و گل پرور (۱۳۹۸) که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور را بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب نوجوانان دختر بررسی نمودند همسومی باشد. همچنین با پژوهش‌های اقبال (۱۳۹۲) و بیرامی و محبی (۱۳۹۵) همخوانی دارد.

نوجوانان داغ‌دیده به دلیل دریافت ناکافی بازخورد از عملکرد موفقیت‌آمیز خود کمتر احساس کفایت و عزت نفس کرده و به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر و روابط بین فردی بیشتر در معرض کمبود عزت نفس قرار دارند. نوجوانان داغ‌دیده‌ای که در برنامه آموزش هیجان محور شرکت نمودند عمدتاً از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مانند پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم‌اهمیت شماری استفاده نمودند این مهارت‌ها باعث افزایش عزت نفس آن‌ها گردید. از آنجایی که نوجوانان داغ‌دیده دائم به شکست‌ها و ناکامی‌های خود توجه دارند و موفقیت‌های خود را ناچیز و کم می‌پندارند با استفاده از مهارت‌های هیجان محور مانند تمرکز مجدد مثبت آن‌ها را از تمرکز بر شکست‌ها به سمت موفقیت‌ها و تمرکز بر آن‌ها سوق داده از این جهت هیجان‌های منفی آن‌ها کاهش و به سمت هیجان‌ات مثبت و افزایش عزت نفس سوق می‌دهد یا با استفاده از تکنیک ارزیابی مجدد می‌توانند تفسیر ناسازگارانه از یک موقعیت یا رویداد ناخوشایند را با تفسیر سازگارانه از همان موقعیت یا رویداد جایگزین کنند. اغلب تفسیرهای ناسازگارانه ادراکات معیوبی هستند که عزت نفس را در سطح پایین نگه می‌دارند درحالی که یک فکر صحیح و سازگار می‌تواند رویدادها را به گونه‌ای دیگر تفسیر و سبب قوت و افزایش عزت نفس گردد.

در تبیین اثربخشی مداخلات هیجان محور بر مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده می‌توان گفت تحریک پذیری نوجوانان داغ‌دیده از یکسو، وجود افکار و خودپنداره منفی همراه با هیجان‌ات منفی کنترل نشده از سوی دیگر باعث بروز مشکلات خواب در نوجوانان داغ‌دیده می‌شود. فقدان و داغ‌دیدگی هیجان‌ات منفی را در فرد داغ‌دیده به دنبال

دارد، نوجوان احساس می‌کند آرام و قرار ندارد، نمی‌تواند در جایی بند شود، بی جهت حرکت می‌کند، احساس فشار می‌نماید، دچار سرگیجه می‌شود، ضربان قلبش شدت می‌یابد، احساس خطر می‌کند و خودش هم علتش را نمی‌داند و در نتیجه نمی‌تواند به خوبی استراحت کند و بخوابد در نتیجه باعث بروز مشکلات خواب در آن‌ها می‌شود.

با توجه به اینکه درمان هیجان محور قابلیت افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها را به فرد می‌دهد تا وی بتواند هیجانات منفی وضعیت‌های نیمه‌تمام در گذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرد (گرینبرگ، ۲۰۰۲). نوجوانان با کمک تکنیک‌های این مداخله مانند تغییر پیامدهای رفتاری، فیزیولوژیکی هیجان باز ارزیابی، تغییر ارزیابی‌های منفی، به کار بردن مهارت‌های تغییر توجه و سایر مهارت‌ها هیجانات منفی خود را تسکین داده و یاد می‌گیرند که در رویارویی با هیجانات چگونه رفتار کنند، چگونه تجارب هیجانی را به صورت کلامی بیان کنند، چه راهکارهایی را در پاسخ به هیجان‌ها به کار برند. بنابراین نوجوانان از طریق آموزش مهارت‌های هیجان محور می‌تواند افکار و هیجانات منفی خود را شناخته پذیرفته و متعادل نماید.

در مقایسه دو آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده مؤثرتر بوده است و در طول زمان پایدارتر بوده. در تبیین چرایی نتایج حاصل می‌توان گفت ذهن آگاهی نوجوان محور به دلیل برقراری ارتباط مثبت با افکار و احساسات و حضور در لحظه به‌دور از قضاوت درمان مناسبی جهت مشکلات نوجوانان داغ‌دیده می‌باشد. این مداخلات به وسیله تراوش‌های فکری و عاطفی همراه با تکنیک‌های مراقبه و آرام‌سازی آسیب‌پذیری افراد را کاهش می‌دهد، به بیان دیگر ذهن آگاهی نوجوان محور، از طریق کنترل افکار، آگاهی و حضور در لحظه با تکنیک‌های خاص خود مداخلات هیجان محور را نیز پوشش می‌دهد و

گسترده‌تری در آموزش دارد.

در مقایسه دو آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و هیجان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر عزت نفس و مشکلات خواب نوجوانان داغ‌دیده مؤثرتر بوده است و در طول زمان پایدارتر بوده. در تبیین چرایی نتایج حاصل می‌توان گفت انجام فنون حضور ذهن در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است و با توجه به این موضوع که مکانیسم اصلی ذهن آگاهی خودکنترلی توجه است (دونینگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹) می‌توان بیان نمود درمان ذهن آگاهی به سبب ایجاد آرامش و خالی کردن فرد از تنش‌های مثبتات کاهش برانگیختگی فرد و در نتیجه کاهش اختلالات خواب و افزایش عزت نفس را در ایشان فراهم می‌آورد.

این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن نتایج پژوهش به گروه و منطقه جغرافیایی خاص (نوجوانان داغ‌دیده شهر شیراز)، عدم بهره‌گیری از ابزارهای پژوهشی دیگر به جز پرسشنامه و جنسیت نوجوانان پژوهش مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جامعه آماری دیگر و سایر مناطق جغرافیایی و با جنسیت دیگر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد این آموزش‌ها در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با رویکردها و متغیرهای دیگر بررسی شود.

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر توصیه می‌گردد این آموزش‌ها در کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ادارات آموزش و پرورش مورد استفاده قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان

محور با رویکردها و متغیرهای دیگر بررسی شود. بهتراست این پژوهش برای نوجوانان دختر نیز اجرا شده و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی نظیر سن و جنسیت آزمودنی مواجه بود. همچنین این پژوهش روی نوجوانان داغ‌دیده پسرانجام گرفت و امکان تعمیم یافته‌های آن به همه نوجوانان وجود ندارد.

## تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری مشاوره با کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1398.014) از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش، والدین آنان و مسئولین و مشاوران آموزش و پرورش و کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## منابع

- احمدیان فرد، س؛ محمودعلیلو، م؛ بیرامی، م. (۱۳۹۲). *اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌ها، کیفیت خواب و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به PTSD*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز.
- اسکندر، ز. (۱۳۹۳). *تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اقبال، ا. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران، هیجان‌مدار را بر تنظیم شناختی هیجان*. رساله دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز.
- بشیرپور، س؛ عباسی، آ؛ ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۴). *تاثیر آموزش شیوه‌های مقابله شناختی رفتاری و تنظیم هیجان بر کاهش ناامیدی، شادکامی و عزت نفس کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست*. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱، ۵، ۸۵-۷۰.
- بوردیک، دبیرا. (۲۰۱۴). *راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به کودکان و نوجوانان*. ترجمه غلامرضا منشی و مسلم اصلی آزاد و لاله حسینی و پری ناز طیبی نابینی (۱۳۹۶)، چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه آزاد

اسلامی خوراسگان.

بیرامی، م؛ محبی، م. (۱۳۹۵). رابطه دل‌بستگی به والدین و ادراک از تعارض بین والدین با اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر: نقش میانجی‌گری راهبردمقابله‌ای هیجان‌مدار. روان‌شناسی بالینی، (۱)، ۷۱-۸۲، ۸.

حسینی، ل؛ منشی، غ. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی در کودکان با اختلال افسردگی. (فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، (۲۹)، ۸، ۲۰۰-۱۷۹.

حسینی، ف؛ نجفی، م؛ محمدی، م. (۱۳۹۸). رابطه پنج صفت بزرگ شخصیت با افسردگی: نقش میانجی‌گری عزت نفس و خودکارآمدی. پژوهش‌های مشاوره، (۷۲)، ۱۸، ۱۳۷-۱۱۴.

دهستانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر. اندیشه و رفتار، (۳۷)، ۹، ۳۷-۴۶.

داودی، ر؛ منشی، غ؛ گل‌پرور، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، درمان هیجان‌مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب در نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل هراسی. نشریه روان‌پرستاری، (۵)، ۷، ۶۳-۷۱.

خیرخواه، م؛ مکاری، ه؛ نیسانی سامانی، ل؛ حسینی، ف. (۱۳۹۲). ارتباط اضطراب و عزت نفس در دختران نوجوان مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، (۸۳)، ۲۶، ۱۹-۲۹.

ریو، ج. م. (۲۰۰۵). انگیزش و هیجان، ترجمه سیدمحمدی (۱۳۹۷). نشر ویرایش.

شریف پور، ش؛ منشی، غ؛ سجادیان، ا. (۱۳۹۷). بررسی تاثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مبتلا به سرطان در مرحله شیمی‌درمانی. علمی پزشکی جندی شاپور، (۵)، ۱۷، ۵۴۵-۵۵۷.

شریفی پور، س؛ برآبادی، ح؛ حیدرنیا، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر سرمایه‌های روان‌شناختی دختران نوجوان بی‌سرپرست. پژوهش‌های مشاوره، (۷۱)، ۱۸، ۳۷-۶۰.

شکرشکن، ح؛ نیسی، ع. (۱۳۷۳). تاثیر عزت نفس بر عملکرد دانش‌آموزان پسر و دختر دبیرستانی. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی شهید چمران اهواز، (۱)، ۱۱-۲۷.

فرهادی نسب، ع؛ عظیمی، ح. (۱۳۸۷). بررسی الگو و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، (۱)، ۱۵، ۱۱-۱۵.

کلانتری، م؛ فتاحی، ر؛ آقایی، ا. (۱۳۹۴). سوگ و داغ‌دیدگی در کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات ارجمند.

هافمن، ا؛ هیز، ا. (۱۳۹۶). هیجان در درمان از علم تا عمل، ترجمه شهرام محمدخانی و محمد خالقی. تهران: نشر ابن سینا.

یوسفیان، ف؛ اصغری پور، ن. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان

گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش‌آموزان دختر. *مجله اصول بهداشتی روانی*. (۳) ۱۵، ۲۱۵-۲۰۵.

- Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia P. (2014). Exploring new frontiers for the pharmacological treatment of insomnia. *Clin exp pharmacol*. 4 (5):123-44.
- Brewer, J.D., & Sparkes, A.C. (2012). Young people living with parental bereavement: Insight from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Social science & Medicine*, 72, 283-290.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1998). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*. 28, 193-213.
- Corr, C.A. (2003). Bereavement, grief, and mourning in death-related literature for children: *Journal of Death and Dying*, 48 (4) , 337-363.
- Cooper, S.I. (1967). *The antecedents of self-esteem*: W.H. Freeman.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian journal of psychology*, 66 (2) , 71-81.
- Dunning, D.L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., et al. (2019). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol*, 60 (3):244-58.
- Elizur, E., & Kaffman, M. (2009). Children's Bereavement Reactions Following Death of the father, *Journal of American Academy of Child Psychiatry* 21, 474-480.
- Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.; Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010) , "The role of mindfulness facets in affective forecasting", *Personality and Individual differences*, 49, 815-818.
- Gratz, KL, Gunderson, JG. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Galatzer-Levy, I.R. & Bananno, G.A. (2012). Beyond normality in the study of bereavement: Heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Social science & Medicine*, 74, 1987-1994.
- Golombok, S. (2004). Solo mothers: quality of parenting and child development. *International congress series (1266)* , 256- 263.
- Gross, J.J. (2002). *Emotion regulation*. 1st ed. United States, New York: The Guilford Press
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.) , *Handbook of emotion regulation*, 3-27.
- Gross, C.R. , Kreitzer, M.J. , Reilly-Spong , M., Wall, M., Winbush, N.Y., Patterson, R., Mahowald, M., Cramer-Bornemann, M. (2011). Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore: the journal of science and healing*, 7 (2):76-87.
- Greenberg, L.S., Korman, L.M., Paivio, S.C. (2002). Emotion in humanistic

- psychotherapy: American Psychological Association.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in contact: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10 (2) ,144-156.
- Karagozoglul, S., Kahve, E., Koc, O., & Adamisoglu, D. (2008). Self-esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Journal of nurse education today*, 28 (5) , 641-649.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review* ,31 (6): 1041-56.
- Molen YF, Carvalho LBC, Fernandes prado L, Fernandes prado G. (2014). Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. *arq neuropsiquiatr*, 72 (1): 63-71.
- Ong, J.C., Manber, R. , Segal, Z. , Xia ,Y., Shapiro, S. , Wyatt, J.K. (2014). A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*,; 37 (9): 1553-63.
- Quoidbach ,J., Berry, Hansenne, M., & Mikolajczak , M. (2010). Positive emotion regulation and well- being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies, *Personality and Individual Differences* , 49 , 368-373.
- Siegel, R. D. (2010) , *The mindfulness Solution* (every day practices for everyday problems, New York: Guilford.
- Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Kingree, J.B., King, M., Bryant, L.J., & Rey, M. (1998). Psychological symptomatology following Parental death in a Predominantly minority sample of children and adolescents. *Journal of clinical child Psychology*, 27, 434-441.
- Vaananaen, J.M., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R., Frojd, S., & Helminen, M. (2014). Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: a 2-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC psychiatry*, 14 (79) , 2-8.
- Watkins, A. (2010). There Effects of single parent Home on children, *American Journal of iriricalpsychology* , 3, 345-352.
- Winking, J., Gurven, M., & Kaplan, H. (2011). Father death and adult success among the Tsimane, *Evolution and Human Behavior* , 32, 79- 89.
- Wolchik, S.A., Ma, Y., Tein, J.Y., Sandler, I.N., & Ayers, T.S. (2008). Parentally bereaved children grief: selfsystem beliefs as mediators of the relations between grief and stressors and caregiver-child relationship quality. *Death. Studies*, 32, 597-620.