

بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان و کاهش افکار ناکارآمد دختران

نوجوان

ابراهیم خنافره^۱، امین شانه ای^۲، نرگس شهمرادی^۳

۱. کارشناسی فقه و مبانی حقوق، آموزگار، اداره آموزش و پرورش، شادگان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد، روانشناسی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، زیست‌شناسی گیاهی (سیستماتیک)، دانشگاه گنبدکاووس، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۷۶۶-۷۵۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۸

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۱/۲۵

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله آموزش ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان و کاهش افکار ناکارآمد در دختران نوجوانان بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول در منطقه ۱۸ تهران بود. به منظور نمونه ابتدا تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان به صورت داوطلبانه انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون مداخله بر روی گروه آزمایش صورت گرفت و در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و پرسشنامه افکار ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۹۷) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون‌های آماری کوواریانس یک متغیری و چندمتغیری تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد آموزش ذهن آگاهی به طور معناداری باعث کاهش افکار ناکارآمد و بهبود سلامت روان در نوجوانان دختر می‌شود. کلیدواژه: ذهن آگاهی، سلامت روان، افکار ناکارآمد، نوجوانی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی
 روانشناسی

مقدمه

نوجوانی به عنوان دوره تحولی بین کودکی و بزرگسالی قلمداد می‌شود و با تغییرات عمده جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی که نیاز به انطباق دارند، مشخص می‌شود (دونالدسون، گوردون، بارتون و فیتزجرالد، ۲۰۱۴). در این دوران، نوجوان با مشکلات شدید سازگاری مواجه می‌شود. دختران نوجوان نسبت به پسران سازگاری هیجانی کمتری را از خود نشان می‌دهند و به این ترتیب، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (زابریک، هفکست، جانسون، سویر، پتون و لاورسون، ۲۰۱۷؛ وایت و کرسول، ۲۰۱۴). افسردگی و اضطراب از مشکلات رایج و رو به رشد در بسیاری از جوامع مدرن می‌باشند. افسردگی و اضطراب یک پدیده زیستی-روانی-اجتماعی پیچیده است که نمی‌توان یک علت واحد برای آن‌ها را متصور شد. همه عوامل از جمله عوامل عصبی-شیمیایی، فیزیولوژیکی، عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی در یک مجموعه و رفتار پویا این اختلالات را تشکیل می‌دهند و منجر به کاهش سلامت روان می‌گردند (بشارت و باقری، ۱۳۹۱). سلامت نوجوانان، امروزه به عنوان یکی از ارکان‌های اساسی سلامت جامعه در تمام دنیا مطرح است. توجه به این موضوع به دنبال کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ در قاهره تشکیل شد، بیش از پیش مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به این که در دنیای امروز نسبت جوانان به کل جمعیت بیش از هر زمان دیگری افزایش یافته، توجه به بهداشت نوجوانان نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار گشته است (محمدی، ۱۴۰۰). کارشناسان سازمان جهانی بهداشت عقیده دارند که حجم مسائل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات اجتماعی مانند شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده، تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات احساسی و بیماری‌های خفیف روانی می‌باشد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). فشار روانی ممکن است به صورت عصبانیت، اضطراب، حساسیت نقش، افکار بیهوده و حتی بیماری جسمی ظاهر گردند که این عوامل بر سطح اعتماد به نفس و عملکرد افراد تأثیر مخرب دارد. ابتلا به مشکلات روانی با کاهش توانمندی، خستگی، احساس گناه، بی‌اشتهایی، گرایش به خودکشی، عدم تمرکز و تغییر در عملکرد ذهنی و شناختی همراه است، و ریتم‌های بیولوژیک نظیر خواب و تغذیه فرد را مختل می‌کند (مصلی نژاد و امینی، ۲۰۰۴ به نقل از؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۰).

سلامت روانی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقا و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود. این امر به ویژه در دانش‌آموزان از اهمیت بسیاری برخوردار است. دانش‌آموزان هر کشوری از سرمایه‌های فکری و معنوی آن کشور به شمار می‌روند. بررسی مسائل خاص دانش‌آموزان، تحصیل موفق و تأمین سلامت جسمی روانی آن‌ها از مهم‌ترین اهداف برنامه‌ریزی آموزشی دولت‌ها است. عوامل مختلفی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان اثر می‌گذارند، یکی از این عوامل هوش هیجانی می‌باشد (بار-آن، ۲۰۰۶). هوش هیجانی سال‌هاست مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفته است. از حدود ۲۰ سال پیش به این سو، مفهوم هوش هیجانی به بهره‌هوشی چیره شد (رشیدی نژاد، ۱۳۸۹).

1. Donaldson, Gordon, Melvin, Barton & Fitzgerald

2. Zubrick, Hafekost, Johnson, Sawyer, Patton & Lawrence

3. Waite, & Creswel

امروزه توجه روان‌درمانگران به سمت تأثیر باورها و تفکر در ایجاد انواع مسائل روان‌شناختی جلب شده است؛ مثلاً ایس (۱۹۶۲)، به نقل از کلارک و فر بورن، ترجمه کاویانی، (۱۳۸۰) معتقد است مردم به طور بی نظیری عقلانی و غیرعقلانی هستند و مشکلات آن‌ها بیشتر برآمده از ادراک تحریف‌شده و تفکر غیرمنطقی است و راهکار غلبه بر مشکلات آن‌ها، همانا از طریق بهبود تفکر و دریافت‌های ادراکی آن‌ها است. ایس معتقد است که رفتار می‌تواند شناخت و هیجان انسان را تغییر دهد و شناخت نیز می‌تواند رفتار و هیجان را تحت تأثیر قرار دهد. افرادی که دچار مسائل روانی می‌گردند مبتلا به پردازش اطلاعات " و فرایند استدلال معیوب هستند و تن به طرح‌واره‌هایی داده‌اند که خودشان می‌باشند هدف درمانگر همانا شناسایی افکار تحریف‌شده و سپس کمک به افراد است تا به تصحیح تفکرات خود بپردازند و همچنین فرایند پردازش اطلاعات و فرایند استدلال خود را بهبود بخشند (راتود و کینگدان، ۲۰۰۹).

بازنمایی ذهنی ناکارآمد و ساختارهای شناختی منفی زمانی رخ می‌دهند که یک واقعه منفی طرح‌واره‌های ناکارآمد را فعال سازد، طرح‌واره‌های منفی بدان سبب تداوم می‌یابند که افراد منطق غلطی به کار می‌گیرند مثلاً موارد کوچکی را بیش‌ازحد تعمیم داده یا به نکات منفی توجه بیشتری دارند (پاریش، کوهن، گانترت، باتلر، لورانسو و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به نقش تفکر بر رفتار و هیجان می‌توان بیان داشت که نحوه تفکر می‌تواند تمام جوانب زندگی انسان را تحت تأثیر قرار دهد و یک عامل تأثیرگذار مهم بر سلامت روان باشند. نگرش‌های ناکارآمد، فرض‌ها و باورهای ناکارآمدی هستند که موجب سوگیری ادراک فرد از رویدادها شده و احساس‌ها و ادراک‌های فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روانی می‌کند (زارع و شریفی ساکی، ۱۳۹۵).

با توجه به اینکه ذهن آگاهی یکی از رویکردهای شناختی-رفتاری و از منابع مهم مقابله با استرس است، در پژوهش حاضر به کار گرفته شده است تا اثربخشی آن بر سلامت روان کاهش افکار ناکارآمد نوجوانان دختر بررسی شود. کابات زین^۱ ذهن آگاهی را این‌گونه تعریف می‌کند: ذهن آگاهی یعنی توجه کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ‌گونه قضاوت. ذهن آگاهی به ما یاری می‌رساند تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آن‌که به رویدادها، به طور غیرعادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، به آن‌ها با تفکر و تأمل پاسخ گویند (رینولدز^۲، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی کسب مهارتی بنیادی است که در آن درمان‌گفتاری-رفتاری آموخته می‌شود و به مراجع این امکان را می‌دهد که به کمک آن از افکار و احساسات خویش آگاه شود و بهزیستی خود را اعتلا بخشد (پاریش^۳، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی را روشی توصیف می‌کند که با آن بر خود تسلط می‌یابیم و خودمان را بازیابی می‌کنیم که می‌تواند در یک لحظه، ذهن پراکنده ما را فراخوانده و آن را به صورت یک کل بازیابی کند، به‌گونه‌ای که بتوانیم در هر لحظه از زندگی حاضر باشیم و از گذشته و آینده وارهم. آموزش ذهن آگاهی روشی مؤثری برای کاهش استرس و اضطراب امتحانی دانش

¹ Kabat-Zinn

² Reynolds

³ Parish

آموزان است (حامدی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ و در کاهش افسردگی در بیماران افسرده نقش دارد منظور از مهارت‌های ذهن آگاهی در این پژوهش، آموزش برخی از مهارت‌های شناختی و رفتاری است که در هشت جلسه یک‌ساعته بر اساس بسته آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۱۰) انجام گرفت.

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری داوطلبانه صورت گرفت. از بین کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول که داوطلب شرکت در پژوهش بودند ۳۰ نفر انتخاب و صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفت. گروه‌های آزمایش و گواه به روش تصادفی هم‌تا شدند و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه آزمایش پیش‌آزمون درباره هر دو گروه (آزمایش و گواه) اجرا شد. در پایان مداخله آموزش ذهن آگاهی نیز پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد. مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه‌ها از نظر معنی‌دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت مداخله ذهن آگاهی به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر سلامت روان و افکار ناکارآمد به‌عنوان متغیر وابسته مشخص گردد.

بعد از هماهنگی و کسب مجوز، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی دانش آموزان درباره اهداف پژوهش و پس از تعیین نمونه پژوهش و مشخص شدن گروه‌های کنترل و آزمایش، در مرحله پیش‌آزمون، آزمون سلامت روان و افکار ناکارآمد بر روی هر دو گروه اجرا شد، سپس گروه آزمایش تحت مداخله ذهن آگاهی قرار گرفت. درمان ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (جلسه در طی ۸ هفته و به صورت منظم هر هفته یک جلسه برگزار شد).

ابزارهای گردآوری داده‌ها

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28: پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) تهیه شده است. از این پرسشنامه به شکل گسترده برای سنجش سلامت روان استفاده شده است. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس بانام‌های نشانه‌های جسمانی، نشانه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه به شکل لیکرت و در چهار درجه همیشه (۳)، اغلب (۲)، بندرت (۱) و هرگز (۰) نمره‌گذاری شده است. حداکثر نمره‌ی این مقیاس به‌طور کلی ۸۴ و در هر خرده‌مقیاس ۲۱ نمره‌ی می‌باشد. کسانی که نمره بالایی در این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به دست می‌آورند مشکلات بیشتری را در سلامت روانی خود، در زمینه‌ی موردنظر تجربه می‌کنند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف در حد مطلوبی گزارش شده است. چونگ و اسپرز (۱۹۹۴) پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) ضریب پایایی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ بیان نمودند. چونگ و اسپرز (۱۹۹۴) اعتبار این پرسشنامه را به میزان ۰/۸۵ برای جامعه‌ی بزرگ‌سالان کامبوج گزارش نمودند. نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با مقیاس SCL-90-R مشخص نمودند. این پژوهشگران میزان حساسیت GHQ-28 را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۹۴/۴ بیان نمودند، و

بدین ترتیب مشخص نمودند که این پرسشنامه قادر به غربالگری اختلالات روانی، نیز می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر $0/83$ به دست آمده است.

پرسشنامه افکار ناکارآمد و ایمن و بک: پرسشنامه افکار ناکارآمد توسط وایزن و بک در سال ۱۹۹۷ تدوین شده و مشتمل بر ۲۶ ماده است. این پرسشنامه به صورت تک مؤلفه می‌باشد و در طراحی آن نگرش‌ها و باورهای مستعد کننده فرد برای افسردگی مدنظر قرار گرفته است و بنابراین بر مبنای نظریه‌ی شناختی بک برای افسردگی ساخته شده است (رضایی، ۱۳۷۹). پاسخ عبارات این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت در پنج سطح می‌باشد و برای نمره‌گذاری پاسخ‌های آن از الگوی (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نظری ندارم = ۳، موافقم = ۴، کاملاً موافقم = ۵) تبعیت می‌شود. روش نمره‌گذاری در عبارت‌های ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴ که دارای بار معنایی متفاوت با سایر عبارات می‌باشند، به صورت معکوس با الگوی فوق است. برای سنجش روایی این مقیاس در مطالعه وایزن و بک (۱۹۹۷) از روش تحلیل عاملی استفاده شده و بار عاملی تمام مؤلفه‌های آن بالاتر از $0/4$ به دست آمده و تأیید شده است. همچنین پایایی آن با روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن برابر $0/81$ و $0/84$ به دست آمده و تأیید شده است. در ایران نیز طی مطالعه تهرانی زاده و همکاران (۱۳۹۵) جهت سنجش پایایی مقیاس افکار ناکارآمد وایزن و بک (۱۹۹۷) با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار برابر $0/86$ به دست آمد که ثبات درونی کافی را نشان داده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر $0/80$ به دست آمده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری از قبیل میانگین و انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌ها بین متغیرهای تحقیق برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق برای کل آزمودنی‌ها

گروه کنترل	مداخله آموزش ذهن آگاهی		مرحله	متغیر
	میانگین	انحراف معیار		
۶،۴۹	۸۱،۳۰	۸،۹۱	پیش‌آزمون	افکار ناکارآمد
			۵۱،۵۰	
۶،۴۱	۸۰،۵۰	۷،۶۵	پیش‌آزمون	سلامت روانی
			۳۱،۸۰	
۶،۲۱	۳۶،۳۷	۶،۸۵	پیش‌آزمون	سلامت روانی
			۴۴،۸۳	
۶،۰۶	۳۵،۳۰	۵،۵۸	پیش‌آزمون	سلامت روانی
			۴۴،۸۳	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود: در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار متغیر افکار ناکارآمد برای گروه آزمایش به ترتیب $89,90$ و $8,91$ و برای گروه کنترل $81,30$ و $6,49$ و برای متغیر سلامت روانی برای گروه آزمایش $31,80$ و $6,41$ و برای گروه کنترل $36,37$ و $6,21$ می‌باشد. همچنین برای مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار متغیر افکار ناکارآمد برای گروه آزمایش به ترتیب $51,50$ و $7,65$ و برای گروه کنترل $80,50$ و $6,41$ و برای متغیر سلامت روانی برای گروه آزمایش $44,83$ و $5,85$ و برای گروه کنترل $35,30$ و $6,06$ بود.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌های متغیرهای پژوهش دو گروه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
افکار ناکارآمد	۰.۸۹۶	۲۱	۱۴,۶۱	۰.۶۷۶
سلامت روانی	۵.۵۶۰	۲۱	۱۳,۱۱	۰.۲۱۲

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، همسانی (همگنی) واریانس‌ها در سه گروه برای کلیه متغیرهای تحقیق معنی‌دار نمی‌باشد؛ به عبارت دیگر، با توجه معنی‌دار نبودن مقدار F (آزمون لوین) فرض صفر برای همگنی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرها تأیید می‌گردد.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات افکار ناکارآمد و سلامت روانی

کلموگروف اسمیرنوف			نرمال بودن توزیع نمرات
Sig	Df	آماره	
۰.۰۰۰	۲۵	۰.۲۶۱	افکار ناکارآمد
۰.۰۰۰	۲۵	۰.۳۸۱	سلامت روانی

همان‌گونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای افکار ناکارآمد و سلامت روانی یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات افکار ناکارآمد و سلامت روانی گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	سطح معنی داری (P)	مجذور اتا
آزمون اثر پیلاپی	۰.۷۶۶	۱	۷۶	۶.۲۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۹
آزمون لامبدای ویلکز	۰.۷۶۵	۱	۷۶	۶.۲۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۹
آزمون اثر هتلینگ	۱.۲۳۰	۱	۷۶	۶.۲۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۹
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱.۶۱۰	۱	۷۶	۶.۲۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۹

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیان‌گر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته خود افکار ناکارآمد و سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰.۹۸ می‌باشد به عبارت دیگر ۹۸ درصد تفاوت‌های افراد در نمرات پس آزمون افکار ناکارآمد و سلامت روانی مربوط به تأثیر آموزش ذهن آگاهی می‌باشد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک‌راهه انجام گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا
سلامت روان	پیش آزمون	۱۲۳۴,۶۲۱	۲	۱۲۳۴,۶۲۱	۴,۶۵۵	۰.۰۰۰	۰.۹۸۸
	گروه	۶۵۵,۶۰۲	۲۷	۶۵۵,۶۰۲	۷,۰۶۱	۰.۰۰۰	۰.۹۸۸
	خطا	۲۳۳۴,۵۰۱	۲۷	۲۳۳۴,۵۰۱			

همان‌طور که در جدول ۵ ارائه شده است با کنترل پیش‌آزمون بین آزمودنی گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت روانی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰,۹۸۸ می‌باشد به عبارت دیگر ۹۸ درصد تفاوت‌های افراد در نمرات پس‌آزمون سلامت روانی مربوط به تأثیر آموزش ذهن آگاهی می‌باشد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون افکار ناکارآمد گروه آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری (p)	مجدور اتا
افکار ناکارآمد	پیش‌آزمون	۷۹۱,۶۹۵	۲	۷۹۱,۶۹۵	۶,۳۶۱	۰,۰۰۰	۰,۸۹۸
	گروه	۱۲۲۲,۸۰۰	۲۷	۱۲۲۲,۸۰۰	۸,۲۷۰	۰,۰۰۰	۰,۸۹۸
	خطا	۱۱۱۱,۷۰۵	۲۷	۱۱۱۱,۷۰۵			

همان‌طور که در جدول ۶ ارائه شده است با کنترل پیش‌آزمون بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ افکار ناکارآمد تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰,۸۹ می‌باشد به عبارت دیگر ۸۹ درصد تفاوت‌های افراد در نمرات پس‌آزمون افکار ناکارآمد مربوط به تأثیر آموزش ذهن آگاهی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افکار ناکارآمد و سلامت روان دختران نوجوان صورت گرفت. در این مطالعه، مشخص شد آموزش ذهن آگاهی بر افکار ناکارآمد و سلامت روانی نقش مثبت دارد. شفیع‌ی و همکاران (۲۰۱۹)، خوش کردار و رئیسی (۲۰۲۰) و ترخان (۱۳۹۷) نیز نتایج مشابهی همسو با یافته‌های مطالعه حاضر گزارش کرده‌اند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مهارت‌های ذهن آگاهی مبتنی بر درمان‌شناختی می‌تواند مانع از چرخه افکار منفی شود. در توجیه این یافته از نظریه شناختی بک بهره برده می‌شود. از نظر او، ابتدا مراجعان باید از آنچه به آن فکر می‌کنند، آگاه شوند، در گام دوم، باید افکار غلط خود را شناسایی کنند و در ادامه، باید به آن‌ها کمک کرد با جایگزین کردن افکار سازگارانه و دریافت بازخورد لازم بتوانند افکار خود را بازسازی کنند؛ بنابراین، با توجه به مراحل طی شده در جلسات، شامل شناسایی و آگاهی از افکار و جایگزین کردن، این یافته دور از انتظار نبود که شرکت‌کنندگان بتوانند نگرش‌های ناکارآمد خود را کاهش دهند.

یکی از ویژگی‌های اصلی نگرش‌های ناکارآمد، ناخودآگاه بودن آن‌هاست؛ به طوری که فرد معمولاً از چگونگی ایجاد این نگرش‌ها و تأثیر آن بر زندگی‌اش آگاه نیست. به نظر می‌رسد آگاهی از نگرش‌های ناکارآمد و واکنش نداشتن در مقابل آن‌ها علاوه بر اینکه موجب افزایش خودآگاهی فرد می‌شود، مواجهه با این افکار و نگرش‌ها از قدرت آزردهنده آن‌ها می‌کاهد؛ زیرا فرد هنگام مواجهه دست به قضاوت نمی‌زند و واکنشی نشان نمی‌دهد و به مرور در زندگی روزمره نیز فرامی‌گیرد که در مقابل ناراحتی‌های خاص نگرش‌های ناخودآگاه و ناکارآمد، واکنش نشان ندهد و آشفته نشود. با توجه به اینکه لحظه حال همیشه در حال تغییر است، ذهن آگاهی از زمان حال مستلزم این است که شرکت‌کنندگان، آگاهانه و پیوسته، توجه‌شان را بر هر آنچه در آن لحظه رخ می‌دهد، متمرکز نگه‌دارند؛ بدون اینکه این توجه با آنچه قبلاً در گذشته اتفاق افتاده است یا آنچه در آینده اتفاق خواهد افتاد، منحرف شود. در جلسات به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد هر زمان که افکار و احساسات ظاهر شدند، از وقوع آن‌ها آگاه شوند، با این افکار پریشان نشوند و سپس تمرکزشان را به لحظه حال برگردانند. تکرار مکرر این امر در طی تمرینات رسمی و غیررسمی در کلاس و

خارج از کلاس، موجب تقویت توانایی در تنظیم و کنترل توجه شده است که از این توانایی به عنوان خودکنترلی نیز یاد می‌شود. همچنین بازسازی شناختی در طی جلسات با استفاده از فنون شناختی موجب شد افرادی که به دلیل توانا نبودن در تنظیم افکار و هیجانات خود احساس سردرگمی می‌کردند، توانایی کنترل بیشتری گزارش کنند.

یافته دیگر مطالعه این بود که آموزش ذهن آگاهی بر سلامت روان دختران نوجوان اثربخش بوده است. مک کنویل و همکاران (۲۰۱۹) همسو با یافته‌های مطالعه حاضر به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود سلامت روان دانشجویان اثر مثبت دارند. نتایج مثبتی در مطالعه اخیر واردی - زونا و واردی (۲۰۲۰) درخصوص اثربخشی معنادار درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای مرتبط با سلامتی گزارش شدند. همچنین ذهن آگاهی و آموزش آن در تعدیل نمرات سلامت روان نقش دارد؛ زیرا باعث تعدیل احساسات، قضاوت نکردن و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به مشاهده و پذیرفتن هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (کابات زین، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، شفقت‌ورزی، همدلی، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش رخدادهای زندگی را به دنبال دارد، موجب افزایش آگاهی از توانایی خود می‌شود و به مقابله با استرس کمک می‌کند؛ زیرا فرد دارای خودآگاهی، واکنش‌های خود را در زمان استرس تشخیص می‌دهد و می‌تواند از طریق این آگاهی، واکنش‌ها را تعدیل کند؛ همچنان که یکی از جنبه‌های مهم آموزش ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند و بدون درگیر شدن با افکار، آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرند.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ باقری، سمیه. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۷(۲۸)، ۴۱-۶۳.
- ترخان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند منفی، پرخاشگری و نگرش‌های ناکارآمد دانش‌آموزان پرخاشگر. مطالعات روان‌شناختی، ۱۴(۲)، ۲۹-۲۲.
- حامدی، مریم؛ میرزاییان، بهرام و حسن زاده، رمضان (۱۳۹۵) اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و باورهای فراشناختی مثبت نسبت به نگرانی در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱(۱)، ۱۱-۲۱.
- رشیدی نژاد، اسماعیل (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی در کارکنان شرکت بهره برداری نفت و گاز گچساران پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی صنعتی - سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت.
- زارع، حسین؛ شریفی ساکی، شیدا (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه مداخله‌ای فراشناختی ولز بر کاهش افکار ناکارآمد در معتادین با سوء مصرف مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۷)، ۱۷۵-۱۸۹.
- صادقی، حسن؛ عابدینی، زهرا؛ نوروزی، مهدی. (۱۳۹۰) بررسی ارتباط سلامت روان و موفقیت تحصیلی دانشجویان دانشگاه پزشکی قم. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۲(۷)، ۱۰-۱.

▪ یوسفی، ناصر؛ جدیدی، هوشنگ؛ شیربگی، ناصر. (۱۳۹۱). بررسی بهداشت روانی در بین دانشجویان به‌عنوان

پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلی. توسعه‌ی آموزش در علوم پزشکی، ۹(۵)، ۱۵-۲۵.

- Donaldson, A. E., Gordon, M. S., Melvin, G. A., Barton, D. A., & Fitzgerald, P. B. (2014). Addressing the needs of adolescents with treatment resistant depressive disorders: A systematic review of rTMS. *Brain Stimulation*, 7(1), 7-12.
- Ellis, A. (1999). Rational- Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly People. *Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy*, 17(1), 5-18.
- Ellis, Albert, R. G. (1977). *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York: Park Avenue south.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, N.Y.: Delacorte Press.
- McConville, J., Lewis, D., Chambers, R., & Hased, C. (2019). *Physiotherapy student experience of a mindful movement and a mindful stress-reduction intervention: A qualitative study*. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47(3), 182-172.
- Parish, K.A. (2010). *Quieting the cacophony of the mind: The role of mindfulness in adult learning*. Unpublished doctoral dissertation, Edgewood College, Madison, Wisconsin.
- Parrish, B. P., Cohen, L. H., Gunthert, K. C., Butler, A. C., Laurenceau, J.-P., & Beck, J.S. (2009). Effects of cognitive therapy for depression on daily stress-related variables. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 444-448
- Reynolds, J.W. (2010). *Mechanisms of action in mindfulness-based stress reduction (MBSR), and specific factors mediating the reduction of anxiety*. Unpublished doctoral dissertation, George Mason University.
- Wardi-Zonna, K., & Wardi, A. (2020). Maternal Mental Health and Mindfulness. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 11(1), 107-93.
- Zubrick, S. R., Hafekost, J., Johnson, S. E., Sawyer, M. G., Patton, G., & Lawrence, D. (2017). The continuity and duration of depression and its relationship to nonsuicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12-17. *Journal of Affective Disorders*, 220, 49-56.