

اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست

الهه زنگیان^۱*

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع گسترده پدیده بدسرپرستی و آسیب پذیری شدید کودکان و نوجوانان بدسرپرست در برابر مشکلات اجتماعی، شناسایی زودهنگام و به کارگیری مداخله‌های درمانی مناسب برای این افراد ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست است.

روش پژوهش: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان بدسرپرست شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند و روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت غیرتصادفی هدفمند بود. به این صورت که از سه مرکز وابسته به بهزیستی به صورت در دسترس، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دختر بدسرپرست در مقطع متوسطه به صورت تصادفی انتخاب و از آن‌ها برای همکاری با پژوهشگر درخواست شد. سپس این دانش‌آموزان به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز بود. پس از تکمیل پرسشنامه توسط هر دو گروه کنترل و آزمایش، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، محتوای بسته آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر اساس پروتکل درمانی کابات زین را در طی ۸ جلسه به صورت گروهی دریافت کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر شکوفایی اجتماعی ۵۷ درصد، همبستگی اجتماعی ۴۱ درصد، انسجام اجتماعی ۶۴ درصد، پذیرش اجتماعی ۸۰ درصد و مشارکت اجتماعی ۷۸ درصد، تاثیرگذار بوده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی با تمرکز بر تکنیک‌های نگرش ذهن آگاهانه، فعالیت‌های ذهن آگاهانه، پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز و تمرینات تنفس می‌تواند به عنوان روشی موثر در جهت بهبود سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بدسرپرستی، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، سلامت اجتماعی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۲

استناد: زنگیان الهه. اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(الف):

۷۷-۸۸

^۱ - (نویسنده مسئول) کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

elahezangian@gmail.com tell: 09121234567



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به

نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

امروزه در نقش اصلی خانواده و اثرات مثبت و منفی آن بر کودکان و نوجوانان هیچ تردیدی وجود ندارد، ولی برخی کودکان و نوجوانان از این کانون اولیه محروم هستند، زیرا فقر، فوت والدین، اعتیاد به مواد، الکلیسم، ابتلا والدین به بیماری لاعلاج جسمانی یا اختلال روانی، زندانی شدن و غیبت یکی از والدین از عوامل مؤثر بدسرپرستی^۱ کودکان در جهان است که هر کدام از این عوامل آثار روانی و فیزیکی بسیاری بر روان و جسم کودکان گذاشته است (۱). نوجوانانی که از فقدان خانواده یا خانواده‌های نامناسب و بد رنج می‌برند در آینده ممکن است از در دوران تحصیل و مراحل زندگی خود باز بمانند و دچار بحران شخصیت و عدم توانایی برقراری ارتباط با اطرافیان خود شوند (۲). مطالعات نشان می‌دهند نوجوانانی که دوران ابتدایی زندگی خود را در خانواده‌های نامناسب می‌گذارند، به طور عمده از محیط‌های حمایت‌کننده محروم هستند و بیشتر در معرض مشکلات رفتاری و اجتماعی قرار دارند (۳). در واقع یکی از مهمترین موضوعات در نوجوانان بدسرپرست، سلامت اجتماعی^۲ آنان است.

سلامت اجتماعی عبارت است از گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌ها می‌باشد، به طوری که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (۴). سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است و شامل عناصر متعددی می‌باشد که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند (۵). در نوجوانان بدسرپرست به دلیل اعتماد به نفس پایین، معمولاً نشانه‌های اجتماعی بی‌خطر و مبهم از طرف دیگران، می‌تواند بالقوه به عنوان ارزیابی منفی تفسیر شوند. در واقع نوجوانان بدسرپرست به خاطر عاطفه منفی در موقعیت‌های خاص اجتماعی و افکار خودکار منفی در تعامل‌های اجتماعی، آمادگی برای پریشانی روانی و اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند (۶). در نتیجه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی نوجوانان دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه اجتماعی را فراهم سازد (۷). در واقع اگر نوجوانان از سلامت اجتماعی مناسب و مطلوب برخوردار باشند، می‌توانند نقش‌های اجتماعی خویش را به خوبی ایفا کرده، در فعالیت‌های جمعی بیشتری شرکت کنند و با هنجارهای اجتماعی تطبیق یابند که این شرایط می‌تواند در پیشگیری از ناهنجاری و انحرافات نیز تأثیر مثبت داشته باشد (۸). بنابراین این نوجوانان عموماً دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شوند و در جامعه به هنجارشکنی می‌پردازند که ناشی از محیطی است که دوران کودکی خود را در آن گذرانده‌اند که در نهایت آرامش و امنیت را از جامعه سلب می‌کنند (۹).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی جهت بهبود مولفه‌های اجتماعی سلامت در نوجوانان وجود دارد و همان طور که گفته شد نوجوانان بدسرپرست بیشتر از نوجوانان دیگر به خدمات روانشناختی و اجتماعی احتیاج دارند و مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ با ادغام تکنیک‌های مراقبه و واریسی بدنی به افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیرارادی برنامه‌ریزی شده می‌پردازند و در مقابله با هیجانات و نگرش‌های ناکارآمد سودمند واقع شده‌اند (۱۰). ذهن‌آگاهی توجه فرد را بر تجربه‌های درونی و بیرونی زمان حال متمرکز کرده و باعث پذیرش رویدادها بدون تغییر آن‌ها می‌شود و شامل توجه کردن به

1. Mistreated Adolescents

2. Social Health

1. Mindfulness-based intervention

شیوه‌ای خاص و هدفمند در زمان حال بدون پیش‌داوری و قضاوت می‌باشد (۱۱). طی این نوع درمان، در نوجوانان بدسرپرست این نگرش به وجود می‌آید که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت داشته باشند، یعنی ایجاد آگاهی نسبت به ادراک‌ها، شناخت‌ها، هیجان‌ها یا احساس‌ها بدون این که نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن، مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود (۱۲). به طوری که در بافت ذهن آگاهانه، نوجوانان بدسرپرست به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن‌ها را به وضوح مشاهده می‌کنند و نگرشی مثبت نسبت به خود پیدا کرده که باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی آن‌ها می‌گردد (۱۳).

در زمینه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر برخی از مشکلات نوجوانان بدسرپرست به خصوص مشکلات روانشناختی آن‌ها پژوهش‌هایی انجام شده است که از جمله می‌توان به مطالعات برقی ایرانی (۱۴) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از ارزیابی منفی، تغییر نگرش به زندگی و جرئت ورزی در نوجوانان بدسرپرست؛ داوودی مقدم و همکاران (۱۳) مبنی بر اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی‌سرپرست؛ فرنوش و همکاران (۱۵) مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی؛ ماداک و بلایر^۱ (۱۶) مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی و پریشانی روانی نوجوانان؛ لام و سیدن^۲ (۱۷) مبتنی بر تاثیر ذهن آگاهی بر عملکرد اجرایی، تنظیم هیجان و سلامت روان در نوجوانان هنگ کنگی؛ مودی^۳ و همکاران (۱۸) مبنی بر اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر عزت نفس، خودتنظیمی، سلامت روان و ذهن آگاهی نوجوانان؛ ویگلاس و پلمن^۴ (۱۹) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتنظیمی، شایستگی‌های اجتماعی و عاطفی نوجوانان اشاره کرد.

ولی تاکنون پژوهش‌های محدودی در زمینه اثربخشی مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر همه ابعاد سلامت اجتماعی شامل شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در نوجوانان بدسرپرست صورت گرفته است و نتایج این پژوهش می‌تواند به تغییر نگرش نوجوانان بدسرپرست نسبت به خود، دیگران و دنیا و در نتیجه ارتقاء توانمندی و بهزیستی روانی و اجتماعی آن‌ها کمک کند، زیرا درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی مداخله‌ای است که باعث افزایش آگاهی لحظه به لحظه نوجوانان بدسرپرست نسبت به موضوعات مختلف می‌شود که علاوه بر ارتقاء بهزیستی روانی، رفتاری و اجتماعی می‌تواند شناخت‌های فرد را تحت تاثیر قرار داده و به ارتقاء عملکرد تحصیلی و شغلی آن‌ها در آینده کمک نماید. در کل در مداخله ذهن آگاهی، کنترل و اداره هیجانات جسمی و ذهنی همزمان مدنظر قرار می‌گیرد و به نوجوانان یاد داده می‌شود که به افکار و احساسات خود آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشند و بدون داوری و قضاوت در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرند که کسب این توانایی‌ها باعث می‌شود نوجوانان بدسرپرست که معمولاً با مشکلات اجتماعی زیادی روبه‌رو هستند، احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی و روابط خود داشته باشند و به جای پاسخ‌های خودکار منفی در موقعیت‌های اجتماعی، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهند و با مشکلات اجتماعی بهتر و سالم‌تر مقابله نمایند. لذا پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست تاثیرگذار است؟

روش پژوهش:

2. Maddock & Blair

3. Lam & Seiden

1. Modi

2. Viglas & Perlman

طرح پژوهش حاضر در زمره روش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های کنترل و آزمایش قرار می‌گیرد. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان بدسرپرست شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند و روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت غیرتصادفی هدفمند بود. بنابراین پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی شهر اصفهان، ابتدا سه مرکز وابسته به بهزیستی به صورت دسترس انتخاب شدند و پس از هماهنگی با مسئولین این مراکز، از بین دانش‌آموزان بدسرپرست در مقطع متوسطه تعداد ۳۰ دختر به صورت تصادفی انتخاب و از آن‌ها برای همکاری با پژوهشگر درخواست شد. سپس این دانش‌آموزان به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از بدسرپرست بودن نوجوان، مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه دخترانه، تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان برای مداخله درمانی، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه برای گروه آزمایش. همچنین معیارهای خروج نمونه از پژوهش شامل عدم علاقه‌مندی نوجوان به ادامه شرکت در پژوهش، عدم همکاری نوجوان برای انجام تکالیف و تمرینات در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز^۱ (۲۰۰۴): این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال بوده و هدف آن بررسی میزان سلامت اجتماعی از ابعاد مختلف (سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) است و توسط کییز (۲۰۰۴) در بنیاد علمی مک‌آرتور ایالات متحده آمریکا ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. طیف پاسخگویی به سوالات آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ تا ۵ برای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس است. پرسشنامه فوق دارای پنج بعد بوده که سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه گردیده است و برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، باید مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد با هم جمع شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شوند. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس.

جدول ۱. ابعاد مربوط به پرسشنامه سلامت اجتماعی

سوالات مربوطه	بعد
۱-۴	شکوفایی اجتماعی
۵-۷	همبستگی اجتماعی
۸-۱۰	انسجام اجتماعی
۱۱-۱۵	پذیرش اجتماعی
۱۶-۲۰	مشارکت اجتماعی

باباپور و همکاران (۱۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی

مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه اهری (۱۹) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

برای انجام این پژوهش ابتدا از بین مراکز بهزیستی اصفهان، سه مرکز به صورت دردسترس انتخاب شدند و پس از هماهنگی با مسئولین این مراکز، از بین دانش آموزان بدسرپرست دختر تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و از آنها برای همکاری با پژوهشگر درخواست گردید. سپس این دانش آموزان به صورت تصادفی در گروه های آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط هر دو گروه، شرکت کنندگان در گروه آزمایش، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی را در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی دریافت کردند. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. بعد از پایان دوره آموزشی گروه آزمایش، دوباره پرسشنامه ها توسط دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل و جمع آوری شد. برای تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. جلسات ذهن آگاهی بر اساس پروتکل درمانی کابات زین (۱۹۹۰) به صورت خلاصه در ذیل ارائه شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات مداخله درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر اساس پروتکل کابات زین (۱۹۹۰)

جلسات	اهداف جلسات
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط توضیح قواعد و قوانین جلسات، معرفی تمرین ها و نحوه ی انجام آن
دوم	بحث درباره ی آگاهی بیش تر از احساسات، افکار لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه انجام تمرین کشمش ها و واریسی بدن تعیین تکلیف های ذهن آگاهانه برای انجام در فاصله ی بین جلسات
سوم	بررسی تکالیف جلسه ی قبل توجه به احساسات، افکار و گسترش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند. تمرین گوش دادن بدون قضاوت و رل پلی بین اعضا تمرین مهارت های یوگا
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مهارت های پاسخ گویی به فکر یا احساس ناخوشایند تمرین مراقبه نشسته با تاکید بر احساسات بدنی. تمرین قدم زدن آگاهانه توضیح علائم روانی فیزیولوژیک پاسخ به استرس و تعیین تکالیف خانگی شامل واریسی بدن، یوگا، مراقبه نشسته، مراقبه قدم زدن.
پنجم	بررسی تکالیف جلسه ی قبل، جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی خواندن جدول تجارب ناخوشایند هر کدام از اعضا و ارتباط آن با احساسات بازخورد به مشکلات مراجعان در انجام تکالیف

ششم	تمرین تغییر عادات قدیمی فکر کردن و بالا بردن قدرت پذیرش امور ناخواسته. انجام تمرین مراقبه همچنین در این مراقبه از افراد شرکت کننده خواسته شد که در آغاز نفس خود در ناحیه شکم محبوس تمرین تماس چشمی و ارتباط سازنده و مبتنی بر پذیرش بین اعضا تمرکز بر اینجا و اکنون و تمرین رهایی ذهن تعیین تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آگاهی از تغییرات جزئی خلق، و احساسات بدنی خود. بازخورد و رفع ایرادات مراجعان در انجام تمرین ها.
هشتم	بحث گروهی در مورد احساسات اعضا به پایان جلسات. مروری بر تغییرات انجام شده و ابعاد ذهن آگاهی، برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی تعمیم آنها به کل جریان زندگی

یافته های پژوهش:

ابتدا شاخص های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص های توصیفی سلامت اجتماعی و ابعاد آن

متغیر	مرحله	درمان ذهن آگاهی		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
نمره کل سلامت	پیش آزمون	۴۷/۷۳	۲/۷۶	۴۸/۸۰
اجتماعی	پس آزمون	۷۳/۲۶	۳/۲۶	۵۱/۱۳
شکوفایی	پیش آزمون	۷/۳۳	۱/۶۳	۷/۲۰
اجتماعی	پس آزمون	۱۳/۴۰	۱/۵۴	۷/۸۰
همبستگی	پیش آزمون	۵/۳۳	۰/۸۱	۵/۷۳
اجتماعی	پس آزمون	۹/۸۶	۰/۷۴	۶/۳۳
انسجام اجتماعی	پیش آزمون	۷/۲۶	۰/۷۰	۷/۲۰
	پس آزمون	۱۲/۴۶	۱/۲۴	۷/۵۳
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	۱۴/۶۶	۰/۸۹	۱۵
	پس آزمون	۱۹/۱۳	۰/۷۴	۱۵/۵۳
	پیش آزمون	۱۳/۱۳	۱/۳۰	۱۳/۶۶

۰/۷۹	۱۳/۹۳	۲/۳۲	۱۸/۴۰	پس‌آزمون	مشارکت
اجتماعی					

با توجه به یافته‌های جدول ۳ میانگین نمرات سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش ذهن آگاهی و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه آزمایش، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن افزایش داشته است.

سپس جهت بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس مانکوا برای بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معنی داری	میزان تاثیر
اثر پیلایی	۰/۹۳	۳۷/۳	۶	۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
لامبدای و یلکس	۰/۰۷	۳۷/۳	۶	۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر هتلینگ	۱۳/۱۸	۳۷/۳	۶	۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
بزرگترین ریشه دوم	۱۳/۱۸	۳۷/۳	۶	۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱

براساس مقدار ضریب لامبدای و یلکس در جدول ۴ و با توجه به معنی داری نمرات پس‌آزمون ($P < 0.05$) نتایج حاکی از آن است که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی تاثیرگذار بوده است. در این جدول میزان تاثیر (۹۱ درصد) نشان‌دهنده این است که ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ۹۱ درصد بر ابعاد سلامت اجتماعی تاثیرگذار بوده است. برای بررسی بیشتر این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا روی داده‌ها انجام شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری روی ابعاد سلامت اجتماعی

منبع	متغیر وابسته	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
		مجموع	آزادی	مجموعات				
گروه	شکوفایی اجتماعی	۵۷/۴	۱	۵۷/۴	۲۹/۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۵
	همبستگی اجتماعی	۳۲/۴	۱	۳۲/۴	۱۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۴
	انسجام اجتماعی	۶۰/۸	۱	۶۰/۸	۳۹/۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۷
	پذیرش اجتماعی	۹۲/۲	۱	۹۲/۲	۹۰/۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱
	مشارکت اجتماعی	۱۷۴/۹	۱	۱۷۴/۹	۷۹/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱

نتایج حاصل از عضویت گروهی در جدول ۵ نشان می‌دهد که نسبت F های تحلیل کوواریانس یک متغیری در نمره شکوفایی اجتماعی ($F=29/4$ و $P<0/001$)، همبستگی اجتماعی ($F=15/4$ و $P=0/0001$)، انسجام اجتماعی ($F=39/9$ و $P<0/001$)، پذیرش اجتماعی ($F=90/05$ و $P<0/001$) و مشارکت اجتماعی ($F=79/09$ و $P<0/001$) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر شکوفایی اجتماعی با میزان تاثیر ۵۷ درصد، همبستگی اجتماعی با میزان تاثیر ۴۱ درصد، انسجام اجتماعی با میزان تاثیر ۶۴ درصد، پذیرش اجتماعی با میزان تاثیر ۸۰ درصد و مشارکت اجتماعی با میزان تاثیر ۷۸ درصد، تاثیر گذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر ابعاد سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست انجام شد و نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد و ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر همه ابعاد سلامت اجتماعی تاثیر گذار بوده است. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های برقی ایرانی (۱۴)، فرنوش و همکاران (۱۵)، لام و سیدن (۱۷)، مودی و همکاران (۱۸) و ویگلاس و پلمن (۱۹)، همسو می‌باشد. در تبیین همسویی این نتایج می‌توان گفت برقی ایرانی (۱۴) معتقد است ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان تنظیم‌بخشی رفتاری، شناختی و عاطفی در نظر گرفته شود و در چنین وضعیتی به جای آنکه از افراد خواسته شود تا خارج از تمرکز بر این موقعیت‌های ذهنی قرار گیرد، از آن‌ها خواسته می‌شود تمامی آگاهی خود را بدون واکنش به رویدادهای ذهنی، به محتوای فکر معطوف دارند و به آن‌ها تنها به عنوان فرآیندهای ذهنی نگریسته شود (مفهوم فراشناخت) و این امر می‌تواند راهی موثر برای ماندن در لحظه و آگاهی بالاتر باشد که این آگاهی موجب می‌شود نوجوانان در مواجهه با استرس و مشکلات، اعتماد به نفس خود را حفظ کرده، شیوه‌های ابراز وجود را جایگزین اجتناب از اجتماع و رفتارهای اجتماعی نادرست کنند. همچنین بر اساس نظر فرنوش و همکاران (۱۵)، ذهن‌آگاهی به فرد اجازه می‌دهد با هشیار بودن نسبت به اجزای مختلف رفتاری که انجام می‌دهد به پایش رفتار خود و جلوگیری از رفتار ناخواسته بپردازد. سطح نگرانی فردی که دارای ذهن‌آگاهی بیشتری است با آگاهی از اتفاقات پیرامون به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و لذا افزایش ذهن‌آگاهی باعث تقویت فرد در مواجهه با موقعیت‌های نگران‌کننده می‌شود. بنابراین یکی از دلایل تاثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تقویت انگیزه‌های افراد و افزایش هوشیاری آن‌ها نسبت به عملکردشان در زمینه‌های مختلف از جمله کارکرد اجتماعی است. به علاوه، لام و سیدن (۱۷) معتقدند اهداف اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عبارتند از آگاهی بیشتر از حس‌های بدنی، احساسات و افکار لحظه به لحظه، کمک به شرکت‌کنندگان برای گسترش راه‌های متفاوت ارتباط با حواس، افکار و احساسات به ویژه شناخت و پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ای که به گونه خودکار و عاداتی باعث مشکلات دائمی می‌شوند. در واقع ذهن‌آگاهی با هشیار نمودن فرد نسبت به اجزای مختلف رفتارهایی که انجام می‌دهد باعث زیر نظر گرفتن رفتار خود و جلوگیری از رفتارهای ناخواسته اجتماعی می‌شود. با توجه به نتایج مطالعه مودی و همکاران (۱۸) نیز می‌توان گفت در آموزش ذهن‌آگاهی راه‌های درست و مناسب مدیریت هیجان‌ها و رشد مهارت‌های بین‌فردی و مهارت‌های حل مسئله به نوجوانان می‌تواند بر بعد رفتاری کفایت و سلامت اجتماعی آن‌ها موثر باشد. به این صورت که آموزش ذهن‌آگاهی با افزایش خودآگاهی به نوجوانان می‌آموزد که چگونه با دیگران برخورد کنند، چگونه تقاضاهای نامناسب را رد کنند و چگونه تایید دیگران را بدست بیاورند که مجموعه این مهارت‌ها موجب افزایش رضایت فرد از خود و رفتارش می‌شود و می‌تواند به نحو مناسبی در اجتماع حضور یابد و این به نوبه خود موجب افزایش سلامت اجتماعی خواهد شد.

بنابراین در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان در جلسات ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، از طریق تمرین مکرر مهارت‌های ذهن-آگاهی، طی فرایند یادگیری، به طور عامدانه بر ساختار و پردازش‌های شناختی خود نظارت کردند، تا به جای استفاده از الگوهای خودکار و پردازش‌های همیشگی، عادات و الگوهای فکری جدید ایجاد کنند و در نهایت شناخت افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها، به شکل‌گیری بینشی منجر شد که با احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی اجتماعی مقابله می‌کند. به طوری که نوجوانان در درمان ذهن‌آگاهی با آموزش فاصله‌گیری از افکار خودانتقادی و مشاهده افکار بدون قضاوت، بر خودانتقادی فایق می‌آیند و این موضوع خودکارآمدی اجتماعی آن‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین از آنجا که آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی به هر دو بعد ذهنی و جسمانی توجه می‌کند، در طیف وسیعی از مشکلات روانی اجتماعی مؤثر می‌باشد و آگاهی فرد را از ارزش‌های زندگی نظیر ارزش‌های اجتماعی تقویت می‌کند و بدین شکل تمایل و انگیزه وی را برای رسیدگی به این بعد از زندگی دوجندانی می‌کند. تحولی که از آموزش‌ها حاصل می‌شود می‌تواند در افزایش سازگاری اجتماعی و رفتارهای اجتماع‌پسند نقش مؤثری ایفا کند.

در کل می‌توان گفت ذهن‌آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی تأثیر می‌گذارد، که توجه متمرکز بر لحظه حال و پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. ذهن‌آگاهی به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند 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 اینکه به رویدادها بطور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد. پس با توجه به اینکه نوجوانان بدسرپرست به خاطر انزوا، گوشه‌گیری و روابط اجتماعی کم، حمایت‌های اجتماعی را نیز از دست می‌دهند، نسبت به خود احساس ناخوشایندی پیدا می‌کنند و تصویر ذهنی و بدنی آن‌ها تغییر می‌کند. بنابراین در مداخله ذهن‌آگاهی پژوهش حاضر، کنترل و اداره هیجانات جسمی و ذهنی همزمان مدنظر قرار می‌گیرد و به فرد یاد داده می‌شود که به افکار و احساسات خود آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد و بدون داوری و قضاوت در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد. کسب این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی و روابط خود داشته باشد و به جای پاسخ‌های خودکار منفی در موقعیت‌های اجتماعی، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و در نهایت سلامت اجتماعی خود را ارتقاء یابد.

محدودیت پژوهش: پژوهش حاضر مانند هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله می‌توان گفت برای انتخاب نمونه آماری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد و عدم استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و همچنین نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی در این پژوهش در نظر گرفته نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در مطالعات آتی، برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر نوجوانان بدسرپرست، نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، سن، میزان تحصیلات والدین یا سرپرست و وضعیت اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته شود و از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی نیز استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در مراکز بهزیستی برای کمک نوجوانان بدسرپرست از درمان‌های ذهن‌آگاهی در کنار دیگر آموزش‌ها استفاده شود تا به کمک تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان، این نوجوانان با ارزش قائل شدن برای خود و اعتماد به نفس بالاتر از روابط اجتماعی مطلوب و سلامت اجتماعی بیشتری بهره‌مند گردند.

موازین اخلاقی: برای رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به تمام شرکت کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه ارائه گردید و رضایت نامه کتبی توسط شرکت کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل شد. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

سپاسگذاری: از تمامی نوجوانان شرکت کننده در پژوهش حاضر و مسئولین مراکز بهزیستی شهر اصفهان به خاطر همکاری با پژوهشگر برای اجرای پژوهش حاضر، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع:

1. Sijtsema JJ, Stolz EA, Bogaerts S. Unique Risk Factors of the Co-Occurrence Between Child Maltreatment and Intimate Partner Violence Perpetration. *European Psychologist*, 2020; 25: 122–133. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040/a000396>
2. Noble-Carr D, Moore T, McArthur M. Children's experiences and needs in relation to domestic and family violence: Findings from a meta-synthesis. *Child & Family Social Work*, 2020; 25: 182–191. <https://doi.org/10.1111/cfs.12645>
3. Katz E, Nikupeteri A, Laitinen M. When Coercive Control Continues to Harm Children: Post-Separation Fathering, Stalking and Domestic Violence. *Child Abuse Review*, 2020; 29: 310–324. <http://dx.doi.org/10.1002/car.2611>
4. Van Niekerk L, Manderson L, Balabanova D. The application of social innovation in healthcare: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 2021; 10 (26): 1-25. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00794-8>
5. Albert-Ballestar S, Garcia-Altes A. Measuring health inequalities: a systematic review of widely used indicators and topics. *International Journal for Equity in Health*, 2021; 20 (73): 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01397-3>
6. Soltan Tabar Shahabeddin M, Jahangir P, Niknam M. Predicting the Quality of Life Based on Conscientiousness with the Mediation of Adaptation in Orphan and Abandoned Adolescents in Tehran Province. *Journal of Health Promotion Management*, 2023; 12 (3): 28-39. <http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.12.3.28>
7. Whitman A, De Lew N, Chappel A, Aysola V, Zuckerman R, Sommers B. Addressing Social Determinants of Health: Examples of Successful Evidence-Based Strategies and Current Federal Efforts. *Office of Health Policy*, 2022; 12: 1-30.
8. Greg Rhee T, Lee K, Schensul J. Black–White Disparities in Social and Behavioral Determinants of Health Index and Their Associations with Self-rated Health and Functional Limitations in Older

Adults. Journals of Gerontology: Medical Sciences, 2021; 76 (4): 735-740.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glaa264>

9. Warmingham JM, Duprey EB, Handley ED, Rogosch FA, Cicchetti D. Patterns of childhood maltreatment predict emotion processing and regulation in emerging adulthood. Development and Psychopathology, 2022: 1–16. <https://doi.org/10.1017/s0954579422000025>
10. Vago DR, Gupta RS, Lazar SW. Measuring cognitive outcomes in mindfulness- based intervention research: a reflection on confounding factors and methodological limitations. Current Opinion in Psychology, 2019; 28: 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.015>
11. Levit-Binnun N, Arbel K, Dorjee D. The Mindfulness Map: A Practical Classification Framework of Mindfulness Practices, Associated Intentions, and Experiential Understandings. Frontiers in Psychology, 2021; 12: 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727857>
12. Harp NR, Freeman JB, Neta M. Mindfulness-based stress reduction triggers a long-term shift toward more positive appraisals of emotional ambiguity. Journal of Experimental Psychology: General, 2022; 16 (5): 417-428. <https://doi.org/10.1037/xge0001173>
13. Davoudi Moghaddam M, Saiedmanesh M, Choobforoushzadeh A. Effectiveness of Mindful Self-Compassion (MSC) Therapy on Negative Emotions of Parentless or with Neglectful Parenting Adolescent Girls. Socialworkmag, 2020; 9 (3): 30-38. [dor:20.1001.1.1735451.1399.9.3.4.1](https://doi.org/10.1735451.1399.9.3.4.1)
14. Barghi Irani Z. The Effects of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on Fear of Negative Evaluation, Changing Attitude towards Life and Assertiveness in Neglected Adolescents. Journal of Child Mental Health, 2020; 7 (1): 15-31. <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.3>
15. Farnoush F, Khodadadi M, Nouhi Sh. Comparison of the Effectiveness of Virtual Reality Therapy and Mindfulness-acceptance Therapy on Social Self-efficacy and Social Anxiety Disorder Symptoms. Journal of Clinical Psychology, 2019; 11 (1): 13-25. <https://doi.org/10.22075/jcp.2019.17390.1642>
16. Maddock A, Blair C. How do mindfulness-based programmes improve anxiety, depression and psychological distress? A systematic review. Current Psychology, 2021; 14, 1–23. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02082-y>
17. Lam K, Seiden D. Effects of a brief mindfulness curriculum on self-reported executive functioning and emotion regulation in Hong Kong adolescents. Mindfulness, 2020; 11: 627–642. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s12671-019-01257-w>
18. Modi S, Joshi U, Narayanakurup D. To what extent is mindfulness training effective in enhancing self-esteem, self-regulation and psychological well-being of school going early adolescents? J. Indian Assoc. Child Adolesc. Mental Health, 2018; 14: 89–108.
19. Viglas M, Perlman M. Effects of a Mindfulness-Based Program on Young Children's Self-Regulation, Prosocial Behavior and Hyperactivity. Journal of Child and Family Studies, 2018; 27: 1150–1161. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0971-6>