

«زن و مطالعات خانواده»

سال هفدهم، شماره شصت و چهارم، تابستان ۱۴۰۳

ص: ۸۷-۱۰۴

مقایسه اثربخشی شفقت درمانی با آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری دختران نوجوان (پایه دهم و یازدهم) شهر کرج

زهرا رفسنجانی اکبرآبادی^۱

مرجان حسین زاده تقوایی^۲

عصمت دانش^۳

آدیس کراسکیان موجمناری^۴

آرزو تاروی مرادی^۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری دختران نوجوان (پایه دهم و یازدهم) شهر کرج بود. پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم متوسطه دوم شهر کرج در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند که از بین آن‌ها به صورت هدفمند ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کودک و نوجوان انگارو لیبینگ (CYRM-28) (۲۰۰۹) جمع‌آوری شد. مداخله شفقت درمانی طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و مداخله آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته انجام شد؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($\eta^2 = 0/190$ ، $F=57/6$ ، $P= 0/000$ ، $\eta^2 = 0/190$). همچنین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

معنی دار است. ($F=۴۲/۲$ ، Wilks Lambda = $۰/۲۴۲$)، $P=۰/۰۰۰$ ، $\eta^2 = ۷۵۸/۰$). به عبارت دیگر می توان ادعا کرد که در "تاب‌آوری" بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۸۱ درصد و ۷۵/۸ درصد از تغییرات همزمان متغیر وابسته (تاب‌آوری) به ترتیب مرتبط به گروه (آموزش شفق درمانی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) است. همچنین یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی دو مداخله آموزش گروهی شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تاب‌آوری تفاوت وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). نتیجه‌گیری می‌شود شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تاب‌آوری نوجوانان دختر مؤثر می‌باشند. **کلیدواژه:** آموزش گروهی برنامه شفق درمانی، آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تاب‌آوری.

مقدمه

اصطلاح نوجوانی^۶ از کلمه لاتین مشتق شده است که به معنای رسیدن به بزرگسالی است. شروع آن با بلوغ است و با عهده‌دار شدن مسئولیت‌های بزرگسالی پایان می‌یابد (گیوکنس^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). نوجوانی انتقال از مرحله آخر کودکی به مرحله بالندگی و کمال است؛ یا دوره‌ای از جریان تدریجی زندگی را نوجوانی گویند که با تحول عمیق در جسم و روان و قدرت تجسم و تخیل زیادی همراه است (لی^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). دوران نوجوانی ممکن است در بعضی جوامع ابتدایی‌تر کوتاه و در بعضی جوامع پیشرفته طولانی باشد. شروع آن با تغییرات سریع در انتظارات و توقعات جامعه از نوجوانان یا انتقال تدریجی از نقش‌های قبلی به نقش‌های تازه همراه است (هو^۹ و همکاران، ۲۰۲۲). تئوری روان‌شناسی، دوره نوجوانی را نه تنها به‌عنوان یک فرایند بیولوژیکی بلکه به‌عنوان فرایندهای روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی می‌پذیرد (لاکروکس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). پیماژه در اهمیت نوجوانی می‌گوید: نوجوانی بزرگترین سرمایه ملی هر کشوری است، زیرا مرکز سرچشمه‌ی خلاقیت‌ها و نوآوری‌ها در نوجوانی نهفته است؛ بنابراین برای دستیابی به هر نوع رشد و ترقی و پیشرفت و از طرفی برای رهایی نوجوانان از خطرات اجتماعی و فردی باید خلاقیت و انرژی و توان آنان را در زمینه‌های خاصی به کار گرفت (اندروز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). همان‌گونه که اشاره شد، دوره نوجوانی دوره بسیار حساسی در طول زندگی است و نوجوان در این دوره استرس‌های زیادی را پشت سر می‌گذارد که اهمیت تاب‌آوری را در نوجوانان نمایان می‌سازد (بوث^{۱۲} و

6 - adolescence

7 - Geukens

8 - Lee

9 - Hu

10 - Lacroix

11 - Andrews

12 - Booth

همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علی‌رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد (بلچر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). ماستن^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیار هیجانی است، توانایی افراد در تنظیم هیجانانشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها باشد و به نظر می‌رسد هر دو نقش مهمی در سلامت روانی افراد بازی می‌کنند. لیو^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۱) اعتقاد دارند از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بسیار هیجانی است، توانایی افراد در تنظیم هیجانانشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها باشد و به نظر می‌رسد هر دو نقش مهمی در سلامت روانی افراد بازی می‌کنند.

مداخله در این دوره مهم رشدی برای کمک به پیشگیری از آسیب‌های روانی دوره بزرگسالی ضروری است. یکی از رویکردهای جدیدی که هم از اصول درمان‌های شناختی رفتاری بهره‌مند است و هم بر کنترل هیجان‌ات تأکید دارد، آموزش شفقت درمانی^{۱۶} است. آموزش شفقت درمانی توسط گیلبرت برای افرادی که مشکلات مزمنی نظیر اضطراب و افسردگی داشته‌اند و دچار شرمساری و خود تخریبی و خود سرزنشگری شده‌اند. پدید آمد (بیومونت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). شفقت خود به‌شمار تأثیر قابل توجهی در پریشانی روانی ابعاد مختلف نشانه‌های روان‌شناختی و عاطفه مثبت دارد (بک^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۷). مدل شفقتی که در آموزش شفقت درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی با نظام‌های مغزی تکامل بافت‌های مرتبط است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت و قدرت مقابله با مشکلات می‌باشد (هاتون و کورتسا^{۱۹}، ۲۰۲۲). در شفقت درمانی ماهیت و کارکرد شفقت با نوع دوستی و مهرجویی و افزایش تاب‌آوری مرتبط است (دی فونته^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهشگران نشان داده‌اند که تکامل رفتار مهرجویانه نیازمند تغییرات معنی داری در سازمان‌دهی هیجان‌ات می‌باشد. یعنی رفتار مهرجویانه انسان‌ها نشان‌دهنده توانایی خاموش و کم قدرت سازی سیستم محافظت و خطر و تحریک سیستم‌های مرتبط با تجربه عواطف مثبت و به دنبال آن افزایش تاب‌آوری است (ویلیامسون^{۲۱}، ۲۰۲۰).

13 - Belcher

14 - Masten

15 - Liu

16 - Compassionate Mind Training(CMT)

17- Beaumont

18 - Beck

19 - Hatun, Kurtça

20 - DiFonte

21 - Williamson

یکی از رویکردهایی که در چند دهه اخیر در زمینه سلامت روان پیشرفت عمده‌ای داشته است، رویکرد درمان شناختی رفتاری است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین^{۲۲}، ۱۹۹۰؛ به نقل از اسچومر^{۲۳} و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (گیسون^{۲۴}، ۲۰۱۹). این فرآیند شامل ایجاد روش خاصی از بذل توجه به تجربیات ما است که کم و بیش با روش متداول و روزمره بذل توجه ما به زندگی خود تفاوت دارد (چن^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۲). ذهن آگاهی، بیانگر نوعی مشاهده متمرکز، انعطاف‌پذیر و لحظه‌به‌لحظه آشکار شدن جریان افکار، احساسات و حس‌های جسمانی است که خود را در حیطه هوشیاری ما عرضه می‌کند (بورنز^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۲). در ذهن آگاهی از افراد خواسته می‌شود تا اولاً قضاوت خود درباره این تجربیات را به حالت تعلیق درآورده و ثانیاً آگاهی خود را برای چندمین بار با جدیت و درعین حال به‌آرامی، به جریان رویدادهایی معطوف کنند که در حیطه هوشیاری آنها قرار دارند (رینا و کودیسیا^{۲۷}، ۲۰۲۰). رویکردهای مرتبط بر ذهن آگاهی به آگاهی از افکار تأکید می‌کنند که با روشی مشابه روش ثبت افکار در درمان شناختی انجام می‌شود (هاینج و تورکوآتی^{۲۸}، ۲۰۱۹). با این حال به‌جای تغییر افکار مشکل‌آفرین، ترجیح داده می‌شود که این افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا تشخیص داده شوند که می‌توانند به‌صورت بالقوه مشکل‌آفرین باشند، اما در حال حاضر خطری ایجاد نکرده‌اند (هووانگ^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۹). به‌جای اینکه تغییر افکار لازم باشد، مشاهده‌ی روشن و گذرا دیدن تکانه‌ها می‌تواند تجربه‌های خصوصی را به حالت بی‌خطری تبدیل کند، هرچند که آن‌ها همچنان ممکن است ناخوشایند باشند (کودیسیا^{۳۰}، ۲۰۱۹). آموزش ذهن آگاهی، در یاری دادن افراد برای افزایش تاب‌آوری، مؤثر است (جویس^{۳۱} و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌های انجام شده نیز تأثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افزایش تاب‌آوری تأیید کرده‌اند؛ از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش‌های پرز-آراند^{۳۲} و همکاران (۲۰۲۱) و بیرچینال^{۳۳} و همکاران (۲۰۱۹) اشاره کرد که تأثیرپذیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افزایش تاب‌آوری اثبات می‌کنند. شایق بروجنی، منشی و سجادیان (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری و اضطراب نوجوانان مبتلابه اختلال دوقطبی

22- Kabat – zinn

23 - Schumer

24 - Gibson

25 - Chen

26 - Burns

27 - Reina, Kudesia

28- Huynh, Torquati

29- Hwang

30- Kudesia

31 - Joyce

32 - Pérez-Aranda

33 - Birchinnall

نوع دو نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند بر کاهش پرخاشگری و اضطراب نوجوانان مؤثر باشد. حسینی مهر (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خود انتقادی در دختران نوجوان نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی دختران نوجوان مؤثر است. همچنین آل بهبهانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی به مادران بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام دادند و نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی به مادران بر کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر است. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته تأثیر مثبت دو شفقت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری تأیید شده است؛ تحقیقات اثرات مثبت ذهن درمانی دلسوزانه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر تاب‌آوری تأیید کرده اند. اما در هر کدام از پژوهش‌های ذکر شده نبودن گروه کنترل و پی‌گیری، قابلیت اطمینان و تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است. تحقیقات با تأکید بر درمان شناختی-رفتاری نیز بر درمان‌های جدیدتر (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) تمرکز دارد که اساساً با درمان شناختی-رفتاری متفاوت است. غفلت کردند. از آنجایی که شفقت خود به‌شمار و فراتر از آن یک درمان ذهن محور با ساختارهای نوظهور در روانشناسی است، برای ارزیابی اثربخشی این مدل به ویژه در حوزه فرهنگ ایرانی که ماهیت متفاوتی با کشورهای غربی دارد، تحقیقات بیشتری لازم است تا عواطف و به ویژه تاب‌آوری در دختران نوجوان، را از منظر دیگری بررسی نماید. علاوه بر این، اگر چه آموزش شفقت درمانی نوعی از آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد، لیکن، این آموزش به‌طور کلی روی فن‌های این روش تمرکز نمی‌کند؛ بنابراین بررسی مقایسه‌ای این دو روش مداخله‌ای بر افزایش تاب‌آوری احساس می‌شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری دختران نوجوان است.

فرضیه پژوهش

بین اثربخشی شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری تاب‌آوری دختران نوجوان (پایه دهم و یازدهم) شهر کرج تفاوت وجود دارد.

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری دربرگیرنده تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم متوسطه دوم شهر کرج در نیم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. که از بین آنها ۴۵ دانش‌آموز به صورت روش نمونه‌گیری هدفمند (۱۵ نفر گروه آزمایش آموزش مبتنی بر شفقت درمانی، ۱۵ نفر گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل) انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های مداخله یا آزمایش جایگزین شدند. معیارهای ورود به نمونه شامل کسب نمره‌هایی که براساس پرسشنامه نشان دهنده تاب‌آوری پایین بود (افراد) که

در این مقیاس نمره پایین تر از میانگین که نمره ۷۰ بود، کسب نمودند؛ تاب‌آوری پایین و افرادی که نمره‌های آنان بیشتر از میانگین گزارش شد، تاب‌آوری بالا نشان دادند؛ سن (۱۳ تا ۱۵ سالگی)، زندگی مشترک با والدین؛ رضایت کتبی والدین و تمایل دانش‌آموز به همکاری و شرکت در جلسات و ملاکهای خروج؛ شرکت در گروه‌های درمانی دیگر به صورت همزمان، مصرف دارو و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسمی از آنها در هیچ قسمت پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق تاب‌آوری انگارو لیبترگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی شفقت درمانی تحت مداخله ۸ جلسه‌ای و بر اساس جلسات ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک بار و گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز تحت مداخله‌ی ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته هفته‌ای یک بار قرار گرفتند. گروه کنترل در این میان مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشته یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تاب‌آوری (CYRM-28):

پرسشنامه تاب‌آوری توسط انگارو لیبترگ^{۳۴} در سال ۲۰۰۹ ساخته شده است و شامل ۲۸ سوال است؛ که به‌عنوان یک ابزار تفکیک برای کشف منابع فردی، ارتباطی، بافتی تاب‌آوری طراحی کرده‌اند که برای نوجوانان سنین ۱۲ تا ۲۳ سال قابل اجراست. پاسخ دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت از دامنه (اصلاً= ۱) تا (خیلی زیاد= ۵) گسترده است، نشان می‌دهند. انگار و همکاران (۲۰۰۹) پایایی و روایی این پرسش‌نامه را بررسی و آلفای کرونباخ را ۰/۷۵ گزارش کردند. همچنین آنها روایی بالایی را از طریق همبستگی با پرسشنامه تاب‌کانر و همکاران (۲۰۰۳) ($r=0/92$) ارائه کرده‌اند (انگار و همکاران، ۲۰۰۹). پرسشنامه تاب‌آوری کودک و نوجوان توسط کازرونی و همکاران (۱۳۹۲) جهت بررسی روایی همزمان مقیاس تاب‌آوری کودکان و نوجوانان در گروه دانش‌آموزان از پرسشنامه عوامل حمایت‌کننده فردی اسپینگر و فیلیپس استفاده کردند. نتایج نشان داد که ضرایب همبستگی بین پرسشنامه تاب‌آوری کودکان و نوجوانان و پرسشنامه عوامل حمایت‌کننده فردی ($r=0/43$) مثبت و معنی‌دار بود. همچنین این پژوهشگران پایایی این پرسشنامه را با روش دو نیمه‌سازی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش کردند

(به نقل از نهنگ و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

جدول ۱. شفقت درمانی بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسات	محتوا
جلسه اول	درک شفقت به خود ذهن آگاه : در جلسه اول تمامی شرکت کنندگان به همدیگر معرفی می شوند و برنامه نیز به آن ها معرفی می شود.
جلسه دوم	تمرین ذهن آگاهی: ذهن آگاهی را می توان به این صورت معنی کرد: آگاهی از تجربیات کنونی و پذیرش آن ها. در این جلسه به شرکت کنندگان آموزش داده می شود که توجه خود را به یک چیز واحد مانند تنفس متمرکز کنند و به این وسیله احساس آرامش کنند.
جلسه سوم	تمرین مهربانی و مهر ورزیدن: در این جلسه شرکت کنندگان تمرین مهر ورزیدن را یاد می گیرند. این تمرینات شامل عباراتی مانند: من احساس امنیت می کنم، من با خودم مهربان هستم هست و این تمرین یا در جلسات رسمی کلاس و یا در طول روز انجام می شود.
جلسه چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود: درس اصلی جلسه چهارم این است که چگونه از تکرار عبارت های مهربورزی فراتر رفته و به صورت طبیعی شفقت به خود را در خود تمرین کنند.
جلسه پنجم	عمیق زندگی کردن: در این جلسه به بررسی و کشف ارزش های اصلی که به زندگی معنا می بخشد پرداخته می شود.
جلسه ششم	مدیریت احساسات و عواطف دشوار: عواطف دارای اجزا فیزیکی و عاطفی (افکار و واکنش های جسمی) هستند.
جلسه هفتم	تغییر روابط: تمامی رابطه ها شامل درد هستند. تمرینات این جلسه شامل تغییر درد روابط، چه درد ذاتی و یا چه دردی که ناشی از عدم توانایی در برقراری رابطه شامل باشد هستند.
جلسه هشتم	قبول و پذیرش زندگی: این جلسه آخر تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار می دهد.

جدول ۲. مداخلات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۵؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴)

جلسه	محتوا
جلسه اول	جلسه معارفه اعضا، تشریح قوانین گروه و اجرای ۲ پرسشنامه برای دو گروه مداخله و گروه کنترل (پیش آزمون).
جلسه دوم	ارائه سرفصل های هر یک از جلسات، معرفی اجمالی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، مروری بر علائم خشم و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به خشم و تنظیم هیجانی، آگاهی از افکار و احساسات به شیوهی فراشناختی، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، ارائه تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش فن وارسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین وارسی بدن، مرور بر افکار خود آیند منفی، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در تأمل نشستن، بازنگری تمرین.
جلسه پنجم	ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ای ذهن آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه. تعیین تکلیف خانگی.
جلسه ششم	تنفس ۳ دقیقه ای (آگاهی، یکپارچه سازی، گسترش دادن) ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه ای شنیدن. بازنگری تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	ایجاد رابطه ای متفاوت باتجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، تعیین تکلیف خانگی.

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۴ - تابستان ۱۴۰۳ - ۹۴

مروری بر مبحث افکار حقایق نیستند و روش‌هایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید، جلسه‌ی انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، مروری بر جلسات گذشته و اجرا پس‌آزمون برای دو هشتم گروه مداخله و گروه کنترل.

یافته‌ها

میانگین سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه درمان مبتنی بر شفقت درمانی $16/6 \pm 0/617$ ؛ در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی $17/1 \pm 0/833$ و در گروه کنترل $16/6 \pm 0/632$ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۶ و حداکثر سن ۱۸ گزارش شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ ؛ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه از نظر سن همگن بودند (آزمون تی گزارش شده در دو گروه درمان مبتنی بر شفقت درمانی و کنترل $p=0/772$ ؛ $t=0/292$ ؛ درمان مبتنی بر شفقت درمانی و کنترل $p=0/058$ ؛ $t=1/97$ و درمان مبتنی بر شفقت درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی $t=1/74$ ، $t=0/092$).

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در بین سه گروه و در سه زمان قبل، بعد از مداخله و پیگیری

متغیر	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درمان مبتنی بر شفقت درمانی		74/4	4/13	97/3	7/2	7/08
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	تاب‌آوری	73/8	4/64	85/6	5/19	5/06
گروه کنترل		74/2	4/91	74/4	4/18	4/48

جدول ۳ میانگین تاب‌آوری را در سه گروه نشان می‌دهد همین‌طور که مشاهده می‌شود: تاب‌آوری در بین سه گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه کنترل در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. در ادامه جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در توازن خود و کنترل خشم دارای مفروضه‌های است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان داشت. به‌منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به‌کارگیری آزمون مناسب از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در قبل

از مداخله در شفقت درمانی ۰/۹۶۷، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۲۹ و در گروه کنترل ۰/۹۲۳ ($p > 0.05$) گزارش شد. این نتایج در بلافاصله بعد از مداخله در گروه شفقت درمانی ۰/۹۴۸، در گروه شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۷۳ و در گروه کنترل ۰/۹۷۸ ($p > 0.05$) گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه شفقت درمانی ۰/۹۵۶، گروه شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۷۷ و در گروه کنترل نیز ۰/۹۶۱ ($p > 0.05$) گزارش شد. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کواریانس برای گروه شفق درمانی از آزمون باکس استفاده شد ($F=33/1$ ، آماره ام-باکس، $F=4/87$ ، $P < 0.01$)، که سطح معنی داری میزان F بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). کرویت ماچلی (۰/۰۹۴ = آماره موشلی، $F=63/9$ = توزیع خی دو، $P < 0.01$) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F=0/02$ ، $P > 0.05$)، پس آزمون ($F=3/45$ ، $P > 0.05$) و پیگیری ($F=2/1$ ، $P > 0.05$) گزارش شد که نشان دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است. از طرفی این نتایج برای گروه شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی آزمون (۱۸/۶ = آماره ام‌باکس، $F=2/74$ ، $P < 0.01$)، که سطح معنی داری میزان F بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد. کرویت ماچلی (۰/۲۲۱ = آماره موشلی، $F=40/7$ = توزیع خی دو، $P < 0.05$) که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای سه مرحله اندازه گیری به ترتیب برای پیش‌آزمون ($F=0/767$ ، $P > 0.05$)، پس آزمون ($F=1/58$ ، $P > 0.05$) و پیگیری ($F=0/591$ ، $P > 0.05$) گزارش شد که نشان دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها در این سه مرحله اندازه‌گیری است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	مجذور ایتای تفکیکی
	آزمون پیلایی	۰/۸۱۰	۵۷/۶ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۰	۵۷/۶ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰
گروه آموزش شفق درمانی	گروه عامل	۴/۲۷	۵۷/۶ ^b	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۴ - تابستان ۱۴۰۳ 96

۰/۸۱۰	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۵۷/۶ ^b	۴/۲۷	آزمون بزرگترین ریشه روی		
۰/۷۵۸	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۲/۳ ^b	۰/۷۵۸	آزمون پیلایی		
۰/۷۵۸	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۲/۳ ^b	۰/۲۴۲	آزمون لامبدای ویلکز	گروه شناختی	
۰/۷۵۸	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۲/۳ ^b	۳/۱۲	آزمون اثر هتلینگ	درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه * عامل
۰/۷۵۸	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۴۲/۳ ^b	۳/۱۲	آزمون بزرگترین ریشه روی		

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می دهد، در گروه شفقت درمانی، با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. ($F=۵۷/۶$ ، Wilks Lambda = ۰/۱۹۰، $P=۰/۰۰۰$ ، $\eta^2=۰/۸۱۰$). همچنین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با کنترل اثر پیش آزمون‌ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. ($F=۴۲/۳$ ، Wilks Lambda = ۰/۲۴۲، $P=۰/۰۰۰$ ، $\eta^2=۰/۷۵۸$). به عبارت دیگر می توان ادعا کرد که در "تاب‌آوری" بین گروه‌های آزمایش و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۸۱ درصد و ۷۵/۸ درصد از تغییرات همزمان متغیر وابسته (تاب‌آوری) به ترتیب مرتبط به گروه (آموزش شفقت درمانی و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) است. جهت بررسی اینکه کدام یک از گروه‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری در تاب‌آوری با هم تفاوت دارند مقایسه زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت. نتایج در جدول ۴ به قرار زیر گزارش شد:

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

مراحل پژوهش	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پس آزمون	مؤلفه فردی	شفقت درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۱/۶*	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	شفقت درمانی	گروه کنترل	۲۲/۹*	۰/۰۰۱
پیگیری	مؤلفه فردی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۱/۲*	۰/۰۰۱
		شفقت درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۱/۸*	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	شفقت درمانی	گروه کنترل	۲۴/۱*	۰/۰۰۱
		درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	گروه کنترل	۱۲/۳*	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ در پس آزمون در تاب‌آوری بین شفقت درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)؛ همچنین بین شفقت درمانی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد ($P < 0/01$). به عبارتی هر دو روش برافزایش مؤلفه فردی تاب‌آوری اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر تاب‌آوری با یکدیگر داشتند؛ این نتایج در پس آزمون هر دو مداخله نیز دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری نوجوانان دختر انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد شفقت درمانی به صورت پایدار بر تاب‌آوری نوجوانان دختر مؤثر است. نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش هاتون و همکاران (۲۰۲۲)، دی فونته و همکاران (۲۰۲۲) و بک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: آموزش شفقت درمانی متمرکز بر کار روی کنار آمدن با هیجانات و مشکلات است (بک و همکاران، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد این روش با وضوح بیشتر بهره‌گیری از لحن و صدای درونی مثبت و مشفقانه را تقویت کرده و افراد را قادر می‌کند برای احساس ضروری امنیت تلاش بیشتری نشان دهند (دی فونته و همکاران، ۲۰۲۲). انجام و تکرار تمرین‌هایی از جمله تنفس تسکین بخش برای ایجاد الگوهای داخلی ایمن و مشفقانه می‌تواند یک محیط مطلوب برای مقابله با خلق نامتناسب، حل تعارضات هیجانی و تغییرات درمانی فراهم کند. در واقع، این آموزش‌ها مثل یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل کرده و به نوجوانان با تاب‌آوری پایین کمک می‌کند تا به جای اجتناب از هیجانات منفی خود، آن‌ها را بپذیرند و با تسهیل تنظیم هیجانی اثربخش به افزایش تاب‌آوری در خود کمک کنند (هاتون و همکاران، ۲۰۲۲). در تبیین دیگر می‌توان گفت: وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر خشم خود غلبه نمایند؛ به نظر می‌رسد سطح بالای شفقت به افزایش انگیزه برای حل و فصل چالش‌های بین فردی، حل مسئله سازنده و ثبات رفتاری منجر می‌شود. همچنین می‌توان گفت: افزایش خودآگاهی هیجانی، می‌تواند بر تاب‌آوری باشد. بر این اساس درمان مبتنی بر شفقت با تأکید بر تجربه هیجانات ناخوشایند و عدم سرکوب یا فرار از آن‌ها و مؤلفه‌های بعد اشتیاق (انگیزه مراقبت و توجه به سلامتی، حساسیت، همدردی، تحمل پریشانی، همدلی، دیدگاه غیر قضاوتی) که باعث می‌شود فرد با استفاده از به هوشیاری، تجربه هیجانی خود را بشناسد و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا کند و دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه فرد با مهربانی و نوعی مهرورزی نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود و احساسات اشتراکات انسانی و اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند، به آن‌ها نزدیک می‌شود (متقی نیا، ۱۳۹۷).

بنابراین هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند که دو هدف اساسی شفقت درمانی در این راستا، کاهش خصومت خود جهت داده‌شده و توسعه توانایی‌هایی برای ایجاد احساس خود اطمینانی، مهربانی و خود تسکین بخشی است که می‌تواند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدید شدگی، خشم، عاطفه مثبت و درنهایت افسردگی و اضطراب عمل کنند؛ بنابراین آگاهی و حساسیت نوجوانان نسبت به عواطف (اضطراب، خلق افسرده، خشم، عاطفه مثبت) بدون آنکه در دام سرزنش و قضاوت و شرم بیفتند و با همدلی کردن با خود با انگیزه التیام بخشیدن به رنج خود باعث شد تا اعضا متوجه تأثیرات ویرانگر هیجان‌ها بر رفتار شوند و با جابه‌جا کردن احساسات متعادل‌تر به‌جای احساسات نابهنجار موفق به کنترل عواطف خود شوند و این جابه‌جایی منجر به بهبود خلق و حفظ بهزیستی روانشناختی افراد شد و مهارت کنترل عواطف افراد را تقویت و به تاب‌آوری در آن‌ها کمک کرد (سابقی، ۱۴۰۰).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت پایدار بر تاب‌آوری نوجوانان دختر مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون پرز-آراندا و همکاران (۲۰۲۱)، کودیسیا و همکاران (۲۰۱۹)، بیرچینال و همکاران (۲۰۱۹) و جویس و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: ذهن آگاهی با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیرقضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خودتنظیمی و خود نظارتی فرد بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند (کودیسیا و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، فرصتی فراهم می‌آورد تا افراد بدون قضاوت، احساس‌های بدنی، شناخت‌ها، ادراک‌ها و هیجان‌اتشان را مشاهده کنند و آنها را بپذیرند و دریابند که افکار، لزوماً منطبق با واقعیت نیست (پرز-آراندا و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی می‌توان گفت: تمرینات ذهن آگاهی به فرد امکان می‌دهد که پاسخ‌های خودکار و عادت‌ی به تجربه‌های استرس‌زا را کاهش داده و در طول زمان با پرورش یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیرقابل تغییر زندگی، فعال‌سازی سیستم پاسخ استرس را کاهش دهد (بیرچینال و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان ذهن آگاهی نیز بیان می‌کند که اکثر افراد دارای تفکرات فاجعه‌آمیز می‌باشند و در بسیاری از آن‌ها هیجان‌های منفی زودگذر و موقتی هستند. از این‌رو این محتوی برای آن‌ها منجر به بروز اختلال نمی‌شود. اختلال هیجانی که در آن فرد دچار حالت پریشانی می‌شود مشکل‌آفرین است. این نوع اختلال مزمن یا عودکننده است. اختلال هیجانی پیامد فرآیندهای شناختی است که سبب شکل‌گیری سبک‌های تفکر خاصی می‌شوند که در آن فرد را گرفتار وضعیت‌های عودکننده و طولانی‌مدت پردازش منفی اطلاعات خود می‌سازند. در کل، درمان ذهن آگاهی با عواملی که باعث تفکر پایدار و مقابله نامناسب می‌شوند، سروکار دارد (فرمانیان، ۱۴۰۱).

همچنین می‌توان افزود: در فرایند آموزش ذهن آگاهی، فرد با افزایش آگاهی فراشناختی نسبت به افکار و احساسات بدنی خود، عدم قضاوت نسبت به آن‌ها، در جهت رها کردن خود از این افکار و هیجانات دردناک و سرزنشگر گام برمی‌دارد که این به ایجاد یک نگرش مشفقانه نسبت به خود و دیگران کمک می‌کند. نگرشی که به فرد این توانایی را می‌دهد تا بافاصله گرفتن از تمام کاستی‌ها و نواقص درونی و بیرونی و فارغ از همه آن‌ها، با دیدگاهی وسیع‌تر به خود و دنیای پیرامون نگرسته و به این ترتیب با ایجاد یک احساس رهایی و وسعت نظر در خود، به بسیاری از ناملايمات و ضعف‌ها به گونه‌ای مهربان و با دلسوزی برخورد کرده و شفقت به خود و دیگران را تجربه کند که همین موضوع می‌تواند به افزایش تاب‌آوری کمک کند (شایقی بروجنی و همکاران، ۱۳۹۸).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر درمقایسه بین دو مداخله شفقت درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری نشان داد که بین تأثیر دو مداخله در افزایش تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود دارد. نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش پرز-آراندا و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین تفاوت دو آموزش می‌توان گفت: درمان ذهن آگاهی از دستورالعمل‌هایی که از شفقت ضمنی یا نا آشکار استفاده می‌کند و آموزش شفقت درمانی از دستورالعمل‌هایی که از شفقت صریح و آشکار استفاده می‌کند؛ با این تفاوت که روش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، ذهن آگاهی را در افرادی که از ابتدا مشکلات هیجانی بالا داشتند، افزایش می‌دهد در صورتی که آموزش شفقت درمانی، ذهن آگاهی را برای همه (چه آن‌هایی که مشکلات هیجانی زیاد داشتند و چه کم) افزایش داده است (پرز-آراندا و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که هر دو شفقت درمانی و آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش تاب‌آوری در نوجوانان دختر مؤثر هستند و از نظر تأثیرگذاری تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. روش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، ذهن آگاهی را در افرادی که از ابتدا مشکلات هیجانی بالا داشتند، افزایش می‌دهد در صورتی که آموزش شفقت درمانی، ذهن آگاهی را برای همه (چه آن‌هایی که مشکلات هیجانی زیاد داشتند و چه کم) افزایش داده است. پژوهش با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه بود. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، از نمونه‌گیری تصادفی و نمونه‌گیری با حجم بالا استفاده گردد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت درمانی تأثیر فزاینده‌ای بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان دختر دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی بر روی سایر مشکلات هیجانی نوجوانان نیز بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد کتابچه‌هایی را طراحی کرد که در آن به تشریح تأثیر این دو آموزش پرداخته شود و با قرار دادن کتابچه‌های مذکور در اختیار نوجوانان و مدارس و مسئولان آموزشی و پرورشی، گامی مؤثر در راستای ارتقاء و بهبود مشکلات دوران نوجوانی برداشته شود.

منابع

- رضائی، م؛ استوار، افشین. (۱۳۹۶). اصول گزارش نتایج آزمون‌های آماری متداول در مقالات علمی علوم پزشکی. دوماهنامه طب جنوب، ۲۰(۱)، ۹۰-۱۰۳. URL: <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-864-fa.html>
- سگال، ز؛ ویلیامز، م؛ تیزدل، ج. (۲۰۰۵). راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن. ترجمه پروانه محمدخانی، عذرا جهانی تابش و شیما تمنایی فر (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فرادید.
- نهنگ، ع؛ موسوی نجفی، ف؛ محمدی، ر. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر خود نظم بخشی هیجانی و تاب‌آوری روانشناختی کودکان بد سرپرست. فصلنامه سلامت روان کودک، ۷(۱)، ۱۱۹-۱۰۷. <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.1.10>
- Andrews, J. L., Ahmed, S. P., & Blakemore, S. J. (2021). Navigating the social environment in adolescence: The role of social brain development. *Biological Psychiatry*, 89(2), 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.012>
- Beaumont, E., Bell, T., McAndrew, S., & Fairhurst, H. (2021). The impact of compassionate mind training on qualified health professionals undertaking a compassion- focused therapy module. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(4), 910-922. <https://doi.org/10.1002/capr.12396>
- Beck, A. R., Verticchio, H., Seeman, S., Milliken, E., & Schaab, H. (2017). A mindfulness practice for communication sciences and disorders undergraduate and speech-language pathology graduate students: Effects on stress, self-compassion, and perfectionism. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 893-907. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-16-0172.
- Belcher, B. R., Zink, J., Azad, A., Campbell, C. E., Chakravarti, S. P., & Herting, M. M. (2021). The roles of physical activity, exercise, and fitness in promoting resilience during adolescence: effects on mental well-being and brain development. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 6(2), 225-237. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.08.005>
- Birchinall, L., Spendlove, D., & Buck, R. (2019). In the moment: Does mindfulness hold the key to improving the resilience and wellbeing of pre-service teachers?. *Teaching and Teacher Education*, 86, 102- 112. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.102919>
- Booth, C., Songco, A., Parsons, S., & Fox, E. (2022). Cognitive mechanisms predicting resilient functioning in adolescence: Evidence from the CogBIAS longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 34(1), 345-353. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000668>

- Burns, J. W., Jensen, M. P., Thorn, B., Lillis, T. A., Carmody, J., Newman, A. K., & Keefe, F. (2022). Cognitive therapy, mindfulness-based stress reduction, and behavior therapy for the treatment of chronic pain: randomized controlled trial. *Pain*, *163*(2), 376-389. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002357>
- Chen, Z., Jiang, J., Hu, T., Luo, L., Chen, C., & Xiang, W. (2022). The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on maternal anxiety, depression, and sleep quality: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *101*(8). 1-10 <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028849>
- DiFonte, M. C., Schick, M. R., & Spillane, N. S. (2022). Perceived stress and resilience among college students: The roles of self-compassion and anxiety symptomatology. *Journal of American College Health*, 1-7.
- Geukens, F., Maes, M., Spithoven, A., Pouwels, J. L., Danneel, S., Cillessen, A. H., ... & Goossens, L. (2022). Changes in adolescent loneliness and concomitant changes in fear of negative evaluation and self-esteem. *International Journal of Behavioral Development*, *46*(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/0165025420958194>
- Gibson, J. (2019). Mindfulness, interoception, and the body: A contemporary perspective. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2012-2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02012>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Hatun, O., & Kurtça, T. T. (2022). Self-compassion, Resilience, Fear of COVID-19, Psychological Distress, and Psychological Well-being among Turkish Adults. *Current Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02824-6>
- Hu, X., You, S., Ling, Y., & Huebner, E. S. (2022). Family and Friends Support and Hope in Chinese Adolescents: The Mediating Effects of Self-Esteem. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *3*(5), 1-8. <https://doi.org/10.3928/02793695-20220112-01>
- Huynh, T., & Torquati, J.C. (2019). Examining connection to nature and mindfulness at promoting psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, *66*, 123-135. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.101370>
- Hwang, Y. S., Medvedev, O. N., Krägeloh, C., Hand, K., Noh, J. E., & Singh, N. N. (2019). The role of dispositional mindfulness and self-compassion in educator stress. *Mindfulness*, *10*(8), 1692-1702. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01183-x>

- Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-based resilience training in the workplace: pilot study of the internet-based Resilience@ Work (RAW) mindfulness program. *Journal of medical Internet research*, 20(9), e10326. <https://doi.org/10.2196/10326>
- Kudesia, R. S. (2019). Mindfulness as metacognitive practice. *Academy of Management Review*, 44(2), 405-423. <https://doi.org/10.5465/amr.2015.0333>
- Lacroix, E., Atkinson, M. J., Garbett, K. M., & Diedrichs, P. C. (2022). One size does not fit all: Trajectories of body image development and their predictors in early adolescence. *Development and Psychopathology*, 34(1), 285-294. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000917>
- Lee, M. Y., Wang, H. S., & Lee, T. Y. (2022). Psychosocial stress, self-esteem, and social adjustment: A moderated mediation analysis in Taiwanese adolescents with Tourette syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e84-e90. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.013>
- Liu, Y., Pan, H., Yang, R., Wang, X., Rao, J., Zhang, X., & Pan, C. (2021). The relationship between test anxiety and emotion regulation: the mediating effect of psychological resilience. *Annals of general psychiatry*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00360-4>
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., ... & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 229- 240. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100229>
- Reina, C. S., & Kudesia, R. S. (2020). Wherever you go, there you become: How mindfulness arises in everyday situations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 159, 78-96. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.11.008>
- Schumer, M. C., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2018). Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7), 569. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2009). Cross-cultural consultation leading to the development of a valid measure of youth resilience: the international

- resilience project. *Studia psychologica*, 51(2-3), 259-268. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/71446624>
- Williamson, J. (2020). Effects of a self-compassion break induction on self-reported stress, self-compassion, and depressed mood. *Psychological Reports*, 123(5), 1537-1556. <https://doi.org/10.1177/0033294119877817>

Comparing the effectiveness of compassion therapy and Group training of cognitive therapy based on mindfulness on the resilience of adolescent girls (10th and 11th grade) in Karaj city

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of group training of self-conscious compassion program and group training of mindfulness-based cognitive therapy on resilience of female adolescents. The present study was an applied research in terms of purpose and a quasi-experimental study in terms of method with pre-test-post-test-follow-up design and control group. The research population consisted of all 10th and 11th grade female high school students in Karaj in 2020-2021, from which 45 people (15 people in each group) were selected as a sample. Data were collected using the Angaro Lieberberg Child and Adolescent Resilience Scale (CYRM-28) (2009). The group training intervention of Beheshtar self-compassion program was performed during 8 sessions of 1.5 hours and the group training intervention of cognitive therapy based on mindfulness was performed during 10 sessions of 1.5 hours; But the control group did not receive any intervention. The research data were analyzed by mixed analysis of variance (with repeated measures). Findings showed that group training of mindful self-compassion program and mindfulness-based cognitive therapy is effective on adolescent resilience ($P < 0.05$). The results also showed that there was a difference between two intervention groups difference between the effectiveness of two interventions of self-compassion group training and mindfulness-based cognitive therapy group training on resilience ($p < 0.05$). It can be concluded that group training of compassionate mind and group training of cognitive therapy based on mindfulness are effective in resilience of female adolescents.

Group training of Mendan Mushfaq program, cognitive therapy group training based on mindfulness, resilience