مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۱ ، بهار ۱۳۹۷جلد۱، ص ۲۴۳-۲۳۰
http://www.jhss.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۱ / بهار ۱۳۹۷ / ص ۲۴۳-۲۳۰

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود پنداره رفتاری نوجوانان

آرزو فرجلو[۱]، سوسن محمدزاده اصل[۲]
[۱]کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات ساری-ایران
[۲]کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه علوم حقیقات واحد خمین ایران
نویسنده مسئول:
آرزو فرجلو

چکیده:

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در خود پنداره رفتاری نوجوانان می باشد این تحقیق از نوع تحقیقات کاربردی دانست. طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر و متوسطه ناحیه ۳ آموزش و پرورش استان البرز بود.نمونه پژوهش حاضر را ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر تشکیل دادند. که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند در این پژوهش با توجه به اینکه نمونه ها باید و پس از بررسی پرسشنامه خود پنداره رفتاری از بین این افراد ۳۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از بین این افراد گروه آزمایش و کنترل نیز به صورت تصادفی انتخاب شدند (هر گروه ۱۵ نفر)نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۲۹/۷۱$). که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۸/۴۴$). با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۱۰۴/۴۴$) با کنترل پیش‌آزمون، مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۶۱$). با کنترل پیش‌آزمون، مولفه آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۴۴/۶۳$). با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۳۴/۸۸$). با کنترل پیش‌آزمون، مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۲۴$). با کنترل پیش‌آزمون، مولفه های خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۵$ و $F=۱۰/۵۳$). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر شش مولفه خودپنداره رفتاری معنادار است ($p=۰/۰۱$). مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۹۸$). مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۱۲۵/۶۲$). مولفه خلق و خو خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۵۳/۹۳$). مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۳۱/۶۶$). مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۴۳/۲۵$). مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۳۱$).

کلید واژه‌ها: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ، خودپنداره رفتاری

مقدمه :

بدیهی است که زیستن با شرایط و هویت نوجوانان با خود ویژگیهای روان شناختی خاصی را نیز به همراه دارد, از آن جمله می توان به خودپنداره توجه کرد. خودپنداره[۱] برآورد کلی فرد از شخصیت خود است این برآورد معمولاً ناشی از ارزیابی‌های ذهنی ویژگی‌های رفتاری خود است. در نتیجه خودپنداره ممکن است مثبت یا منفی باشد. خودپنداره مجموعه‌ای از عقاید، باورها و بازخوردهای فرد درباره خودش است که بیشتر مبنای توصیفی دارد، تا قضاوت. خودپنداره را می‌توان مجموعه‌ای از افکار و عواطفی دانست، که سبب آگاهی فرد از موجودیت خود می‌شود. خودپنداره ترکیبی از تمامی افکار, احساس و تصویری است که شخص نسبت به خود دارد. خودپنداره هر کس از همان ابتدای تولد، به ویژه از زمانی که توانسته با دیگران ارتباط برقرار کند، شروع به شکل‌گیری می‌کند. یعنی بر اثر تعامل و ارتباط برقرار کردن با پدر و مادر، خواهر و برادر، بستگان و اقوام، دوستان، همکلاسی‌ها، معلم و غیره شناخت او از خود بیشتر می‌شود و به تدریج شناسایی مجموعه ویژگی‌های او کامل می‌شود. امروزه بیشتر دانشمندان و روانشناسان معتقدند که خودپنداره تعیین کننده رفتار فرد است. چنانچه فرد با موقعیت و محرکی روبرو شود که با رفتار و ارزش‌های او مغایر باشد، از خود مقاومت شدیدی نشان می‌دهد، ولی اگر با رفتار و ارزش‌های او سازگار و موافق باشد، آنها را می‌پذیرد.(اسکندر نژاد، ۱۳۹۱).هر فرد در ذهن خود، تصویری از خویشتن دارد؛ به عبارت دیگر، ارزشیابی کلی فرد از شخصیت خویش را «خودپنداره» یا «خودانگاره» می نامند. این ارزشیابی ناشی از ارزشیابی های ذهنی است که معمولا از ویژگی های رفتاری خود به عمل می آوریم. در نتیجه، خودپنداری ممکن است مثبت یا منفی باشد. مفهوم خود به وسیله لکی[۲] مطرح شد به نظر او رفتار آدمی تظاهر و انگیزه ای است که هدف آن ثبات خود در اوضاع نا پایدار می باشد. (ویلیام لکی، ۲۰۰۸).نتایج تحقیق کدیور ؛ و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان رابطه خودپنداره تحصیلی، هیجان های تحصیلی مثبت و منفی با یادگیری خودگردان ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داد رابطه خودپنداره تحصیلی و هیجان های مثبت مربوط به کلاس با خودگردانی یادگیری مثبت معنادار و با هیجان های منفی و خودگردانی یادگیری منفی و معنادار است. متغیرهای خستگی، امیدواری، لذت و اضطراب با یادگیری خودگردان رابطه داشت و در تعامل با هم ۵۵ درصد از تغییرات یادگیری خودگردان را تبیین می کرد. اما خودپنداره تحصیلی قادر به پیش بینی یادگیری خودگردان نبود. هیجان های تحصیلی قادر به پیش بینی یادگیری خودگردان هستند که از میان آن ها متغیر خستگی از کلاس بالاترین قدرت پیش بینی کنندگی را دارد. بنابراین محیط های آموزشی باید به دنبال پرورش هیجان های مثبت و کاهش هیجان های منفی در دانش آموزان از طریق بالاتر بردن کیفیت آموزش معلمان باشد..پژوهشها نشان می دهند توانایی برقراری و حفظ یک رابطه دوستانه در بهداشت روان تاثیر بسزایی می گذارد کودکان و نوجوانانی که در کسب مهارتهای اجتماعی و ارتباطی نقص دارند ، پیامدهای منفی کوتاه مدت و بلند مدتی را تجربه می کنند و بتدریج منزوی می شوند (متسون و همکاران ۲۰۰۶) از نظر لوتانز، سرمایه روانشناختی، سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را دربردارد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد را برای تغییر موقعیت‌های فشارزا تداوم داده است (نصرت‌آباد، خیرالدین و خسروشاهی، ۱۳۹۱). سرمایه روانشناختی یک حالت روان‌شناختی مثبت‌نگر رشدپذیر است که با این ویژگی مشخص می‌شود: ۱- داشتن اعتماد به نفس لازم و تلاش برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز (خودکارآمدی)؛ ۲- ایجاد اسنادی مثبت در مورد موفقیت در زمان حال و در آینده (خوش‌بینی)؛ ۳- پافشاری در رسیدن به اهداف و به هنگام لزوم تغییر دادن مسیرهای رسیدن به اهداف (امیدواری)؛ و ۴- هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌ها، تحمل‌کردن و بازگشت به جای اول برای دستیابی به موفقیت (تاب‌آوری). این مفهوم به افراد کمک می‌کند تا یک سبک مقابله فعال را پرورش دهند (نیسی، ارشدی، رحیمی، ۱۳۹۰). طی سالیان متمادی پزشکان روش‌های گسترده‌ای را برای تسکین درد مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه روش‌های روان‌شناختی هم به صورت جداگانه و هم تؤام با روش‌های پزشکی در درمان درد مزمن مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحقیقات بیانگر کارایی بالای درمان‌های روان‌شناختی است (عبدالقادری، صابری، کافی و آریان‌پوران، ۱۳۹۲). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و جزء موج سوم درمان‌های شناختی می‌باشد. در این سبک، اصول شناخت‌درمانی با چارچوب ذهن‌آگاهی برای بهبود بهزیستی هیجانی و سلامت روان ادغام می گردد (حیدری، ۱۳۸۸). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی کابات-زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (فرهادی، موحدی، کریمی‌نژاد، موحدی، ۱۳۹۲). در قلب این برنامه درمانی مفهوم ذهن‌آگاهی قرار دارد. ذهن‌آگاهی یعنی توجه‌کردن به یک روش خاص، متمرکز بر یک هدف، در زمان حال و بدون هیچ‌گونه قضاوت. حاصل این توسعه و پرورش توجه، افزایش آگاهی فرد نسبت به تجارب درونی از جمله افکار و احساسات است (طالبی‌زاده، شاهمیر و جعفری‌فرد، ۱۳۹۱). این نوع درمان، یک دوره درمان ۸ جلسه‌ای که شامل تلفیقی از تمرین‌های مراقبه ذهن‌آگاهی و فنونی از فرضیه‌های شناختی می‌باشد. در سال‌های اخیر از مراقبه‌های ذهن‌آگاهی، به عنوان مؤلفه مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی‌ها و پریشانی‌ها استفاده گردیده است (اورکی، بیات و خدا دوست،

۲- Leckey

۱۳۹۱). در پژوهش حاضر درصدد برآمدیم تا به این مسئله بپردازیم که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره نوجوانان تأثیر دارد؟

-طرح پژوهش

این تحقیق را می‌توان از نوع تحقیقات کاربردی دانست. طرح پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود

جامعه آماری پژوهش، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دختر و متوسطه ناحیه ۳ آموزش و پرورش استان البرز بود.نمونه پژوهش حاضر را ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر تشکیل دادند. که به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند.در این پژوهش با توجه به اینکه نمونه ها باید و پس از بررسی پرسشنامه ها از بین این افراد ۳۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند و سپس از بین این افراد گروه آزمایش و کنترل نیز به صورت تصادفی انتخاب شدند (هر گروه ۱۵ نفر). قابل ذکر است که افراد با نمره بالاتر از نقطه برش ۸ وارد مطالعه شدند.شرایط ورود به نمونه .شرایط خروج از نمونه شامل موارد زیر بود: ۱ - غیبت بیش از یک جلسه ۲- عدم توانایی برای همکاری در گروه بوده

روند اجرای پژوهش ابزار پژوهش

*** پرسشنامه خودپنداره رفتاری**

این پرسشنامه در سال ۱۹۳۸ تا ۱۹۵۷ توسط کارل را جرز به منظور سنجش میزان خویشتن پنداری افراد تهیه شده است.این آزمون شامل دو فرم است که در هر دو آنها مجموعه ای یکسان از ۲۵ زوج صفت شخصیتی متضاد ارائه شده است که آزمودنی در پاسخ گویی به فرم اول بر اساس اینکه خود را چگونه میبینند. و در فرم دوم چگونه میخواهد باشد. توصیف کند.در این آزمون بالا بودن خودپنداره به معنای تطابق نداشتن بین خود واقعی و خود آرمانی است. ضریب پایایی این آزمون در پژوهش آقاحانی ٪۸۳ و پایایی آن به روش کرونباخ برابر ٪۸۱ گزارش شده است. همچنین برای بررسی روایی آن از پرسشنامه ی خودپنداره بک استفاده شده است. جدول ۱ شماره ی سوال هایی را نشان می دهد که ابعاد گوناگون خود پنداره را دربر دارد.

جدول۱: ابعاد آزمون خود پنداره

ردیف	ابعاد خود پنداره	شماره رمز	شماره سوال
۱	جسمانی	الف	۲ -۳- ۹- ۲۰- ۲۲- ۲۷- ۲۹- ۳۱
۲	اجتماعی	ب	۱ -۸- ۲۱- ۳۷- ۴۰- ۴۳- ۴۶- ۴۸
۳	خلق و خو	ج	۴ -۱۰- ۱۴- ۱۶- ۱۹- ۲۳- ۲۴- ۲۸
۴	آموزشی	د	۵ -۱۳- ۱۵- ۱۷- ۲۵- ۲۶- ۳۰- ۳۲
۵	اخلاقی	ه	۶ -۳۴- ۳۵- ۴۱- ۴۲- ۴۴- ۴۵- ۴۷
۶	عقلانی	و	۷ -۱۱- ۱۲- ۱۸- ۳۳- ۳۶- ۳۸- ۳۹

***شیوه اجرا**

در ابتدا به آموزش و پرورش کل استان البر مراجع و پس از انجام امور اداری به ناحیه سه استان البرز و در یافت ورد به مدارس متوسط در سطح ناحیه ۳ صورت گرفت وپس از تحلیل و بررسی نتایج پرسشنامه ها ۳۰ نفر از این افراد که دارای درد مزمن تشخیص داده شدند به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. از هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه خود پنداره رفتاری پیش آزمون به عمل آمد.سپس گروه آزمایش به مدت هشت جلسه دو ساعته تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند.

تعداد جلسات	هدف جلسه	فرایند درمان
جلسه اول:	"هدایت خودکار"	معارفه(درباره آنچه آنها را به گروه ترغیب کرده و آنچه از گروه می خواهند صحبت می کنند)، تنظیم خط مشی جلسات، دعوت شرکت کنندگان به حفظ محرمانه اطلاعات و اتفاقات جلسات، دریافت رضایت کتبی از شرکت کنندگان. تمرین خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تکلیف خانگی (یک تمرین وارسی بدنی ۴۵ دقیقه ای، انجام ذهن آگاهانه یک عمل روز مره.
جلسه دوم:	"مقابله با موانع"	بررسی تکلیف خانگی و مشارکت تجربیات حاصله از تکالیف خانگی، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین،حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، بازنگری تمرین، تکلیف خانگی (تامل ۴۵ دقیقه ای وارسی بدن، ده دقیقه تنفس با حضور ذهن، انجام ذهن آگاهانه یک فعالیت روزمره،ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند).
جلسه سوم:	"حضور ذهن بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)"	بحث و بررسی تکلیف خانگی،، حرکت با حضورذهن و بازنگری تمرین، تمرین دیدن و شنیدن، تمرین تنفس و کشش (انجام حرکت کشش و تنفس باحضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل نشسته با تمرکز بر تنفس و بدن) و بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای ، تکلیف خانگی (تمرین تنفس و کشش سه روز در هفته و تمرین حرکت ذهن آگاهانه در سه روز دیگر هفته، ثبت یک تجربه ناخوشایند، انجام فضای تنفس سه دقیقه ای بصورت روزانه).
جلسه چهارم:	"ماندن در زمان حال"	بررسی تکلیف خانگی، حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن،اصوات،افکار و آگاهی های بدون جهت گیری خاص) و بازنگری، انجام تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، بحث و گفتگو در زمینه درد مزمن و مولفه های سرمایه روانشناختی و بهزیستی روانشناختی ،تکلیف خانگی (مراقبه نشسته، تمرین تنفس سه دقیقه ای بصورت روزانه و همچنین بعنوان رویکردی مقابله ای در هنگام تجربه احساس ناخوشایند).
جلسه پنجم:	"پذیرش و اجازه/مجوز حضور"	بررسی تکلیف خانگی، مراقبه نشسته و بازنگری آن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، تصور یک حالت دشوار و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن، خواندن شعر مهمانخانه مولانا:"هست مهمانخانه ابن تن ای جوان هرصباحی ضیف نو آید دوان هین مگو کین ماند اندر گردنم که هم اکنون باز پرد در عدم هرچه آید از جهان غیب وش در دلت ضیف است او را دار خوش" و سپس بررسی مضمون آن در گروه، بررسی الگوهای عادتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های حضورذهن برای تسهیل پاسخدهی بیشتر به تجربه زمان حال، تکلیف خانگی (تامل در وضعیت نشسته، سه دقیقه فضای تنفس بصورت روزانه و همچنین به عنوان راهبردی مقابله ای).
جلسه ششم:	"فکرها نه حقایق"	بررسی تکلیف خانگی، مراقبه نشسته و بازنگری آن، آگاهی از تنفس، بدن و اصوات و افکار و سپس بازنگری و بررسی اثراتش بر روی بدن و ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، توضیح "دری به سوی بدن" بعنوان کاوش راهی برای گشایش بیشتر، تکلیف خانگی (سه دقیقه فضای تنفس بصورت روزانه و همچنین رویکردی مقابله ای، انجام مراقبه نشسته بدون کمک CD، تعمق و کار بیشتر بواسطه بازگشایی "دری به سوی بدن").
جلسه هفتم:	"چگونه می توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم"	بررسی تکلیف خانگی، مراقبه نشسته و بازنگری تمرین، آگاهی از تنفس و بدن، اصوات، افکار و هیجان ها و بازنگری تمرین،پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت آور یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط و یا لذت در فرد ایجاد

		می کند. تکلیف خانگی (گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد، فضای تنفس سه دقیقه ای به صورت روزانه و همچنین به عنوان رویکردی مقابله ای).
جلسه هشتم:	"استفاده از آموخته ها در رابطه با تجربیات آتی"	بررسی تکالیف، مرااقبه نشسته، جمع بندی مطالب، دریافت کتبی نظرات افراد شرکت کننده در این دوره.انجام پس آزمون با پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و پرسشنامه درد مک گیل. اما گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله ای قرار نگرفت.از گروه کنترل نیز در همان روز با پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و پرسشنامه درد مک گیل پس آزمون اجرا گردید. هر دو گروه متغیرهای پژوهش شامل مولفه های بهزیستی روانشناختی و سرمایه روانشناختی در قالب سوالات پرسشنامه مورد اندازه گیری و ارزیابی قرار گرفتند.

سپس داده ها وارد spss گردید قبل از اجرای تحلیل نمرات یک نفر از گروه کنترل پرت تشخیص داده شد و بنابراین از جریان تحلیل خارج شد. در نهایت تحلیل بر روی ۲۹ نفر شامل ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر گروه کنترل، انجام شد.

روش تجزیه و تحلیل داده:

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss نسخه ۲۳ بهره گرفته ایم. بدین منظور هم آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، مد، میانه و ....) و هم آمار استنباطی (کوواریانس تک متغیره و کواریانس چند متغیره) را به کار برده ایم.

یافته ها آمار توصیفی

ویژگی‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در جداول زیر ارائه‌شده است.

– شاخص‌های توصیفی متغیر خود پنداره رفتاری

شاخص‌های توصیفی خود پنداره رفتاری گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی خودپنداره رفتاری

گروه	مراحل	میانگین	انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم
آزمایس	پیش آزمون خود پنداره رفتاری	۱۴۹/۸۷	۱۰/۴۹	۱۳۶	۱۶۵
	پس آزمون خود پنداره رفتاری	۱۹۵/۶۲	۱۶/۳۴	۱۷۶	۲۱۶
گنترل	پیش آزمون خود پنداره رفتاری	۱۵۱/۶۲	۱۷/۶۹	۱۲۶	۱۷۸
	پیش آزمون خود پنداره رفتاری	۱۵۹/۶۲	۱۵/۵۷	۱۳۳	۱۸۳

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف‌معیار خودپنداره رفتاری گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۴۹/۸۷ و ۱۰/۴۹ و در پس‌آزمون ۱۹۵/۶۲ و ۱۶/۳۴ می‌باشد. میانگین و انحراف‌معیار گروه کنترل در پیش‌آزمون خودپنداره رفتاری به ترتیب ۱۵۱/۶۲ و ۱۷/۶۹ و در پس‌آزمون ۱۵۹/۶۲ و ۱۵/۵۷ می‌باشد. علاوه بر این، مینیمم و ماکزیمم خودپنداره رفتاری گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۱۳۶ و ۱۶۵ و در پس‌آزمون ۱۷۶ و ۲۱۶ می‌باشد. مینیمم و ماکزیمم گروه کنترل نیز در پیش‌آزمون خودپنداره رفتاری به ترتیب ۱۲۶ و ۱۷۸ و در پس‌آزمون ۱۳۳ و ۱۸۳ به دست آمده است.

***تجزیه و تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش**

نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

جدول ۳: آزمون کالموگروف- اسمیرنوف و و شاپیرو- ویلک جهت بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	منبع تغییر	آزمون نرمال بودن		سطح معناداری	
		کالموگروف اسمیرنوف	شاپیرو- ویلک	کالموگروف اسمیرنوف	شاپیرو- ویلک
خودپنداره رفتاری	آزمایش	۰/۲۲	۰/۸۸	۰/۲۰	۰/۱۸
	کنترل	۰/۲۱	۰/۹۳	۰/۲۰	۰/۵۶

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات احساس تنهایی و خودپنداره رفتاری از دو روش کالموگروف- اسمیرنوف و شاپیرو- ویلک استفاده شده است. به دلیل آن که سطح معنی‌داری هر دو متغیر در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات متغیر ۵ خودپنداره رفتاری نرمال است (P>۰/۰۵).

همگنی واریانس ها

جدول ۴ : آزمون معناداری لوین

متغیر	F	df1	df2	Sig
خودپنداره رفتاری	**۰/۰۱۷**	**۱**	**۱۴**	**۰/۹۰**

به منظور بررسی همگنی واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. با توجه به جدول ۴، از آنجا که سطح معنی‌داری آماره F در خودپنداره رفتاری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین واریانس خطای دو گروه با هم برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نمی‌شود.

همگنی شیب خط رگرسیون

جدول ۵ همگنی شیب خط رگرسیونی برای متغیر خودپنداره رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	معناداری
گروه*پیش آزمون	۱۰۹/۱۲	۲	۵۴/۵۶	۱/۳۶	۰/۱۳
خطا	۵۲۱/۵۶	۱۳	۴۰/۱۲		
کل	۶۳۰/۶۸	۱۶			

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ ، سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه(مستقل)*پیش آزمون(همپراش) برای متغیر خودپنداره رفتاری برابر ۰/۰۶ و بزرگتر از P>۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی رعایت شده است. بر این اساس می توان از تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر مستقل بر وابسته استفاده کرد.

خطی بودن رگرسیون متغیر همپراش و وابسته

جدول ۶ : خطی بودن رگرسیون همپراش و وابسته خودپنداره رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	معناداری
پیش آزمون خودپنداره رفتاری	۱۱۶۶/۶۰	۱	۱۱۶۶/۶۰	۶/۳۲	۰/۰۲۶

مقدار F تاثیر متغیر همپراش را برابر با ۶/۳۲ نشان می دهد که با توجه به (p<۰/۰۵) معنادار است. بنابراین فرض خطی بودن رگرسیون متغیر همپراش و متغیر وابسته خودپنداره رفتاری نیز برقرار است.

بررسی فرضیه‌ها

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۷ : تحلیل کوواریانس درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۵۴۸۲/۵۱	۱	۵۴۸۲/۵۱	۲۹/۷۱	۰/۰۰۱
خطا	۲۳۹۹/۱۵	۱۳	۱۸۴/۵۵		
کل	۵۱۳۵۶۰	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۵ و F =۲۹/۷۱). به عبارتی آموزش همدلی بر سطح خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاه بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۸ : تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۶۰۸/۸۹	۱	۶۰۸/۸۹	۸/۴۴	۰/۰۱۲
خطا	۹۳۷/۶۲	۱۳	۷۲/۱۲		
کل	۳۹۸۸۸۸	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۵ و F =۸/۴۴). به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

- درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۹: تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۹۲۶۹/۲۶	۱	۹۲۶۹/۲۶	۱۰۴/۴۴	۰/۰۰۱
خطا	۱۱۵۳/۸۲	۱۳	۸۸/۷۵		
کل	۴۶۹۶۲۶	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۱۰۴/۴۴$). به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۱۰ : تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۱۸۰۶/۵۷	۱	۱۸۰۶/۵۷	۲۱/۶۱	۰/۰۰۱
خطا	۱۰۸۶/۹۷	۱۳	۸۳/۶۱		
کل	۴۳۲۸۰۴	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۶۱$). به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۱۱: تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۲۸۵۵/۰۷	۱	۲۸۵۵/۰۷	۴۴/۶۳	۰/۰۰۱
خطا	۸۳۱/۵۸	۱۳	۶۳/۹۷		
کل	۴۶۵۲۰۵	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۴۴/۶۳$). به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۱۲ : تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۳۰۴۶/۲۱	۱	۳۰۴۶/۲۱	۳۴/۸۸	۰/۰۰۱
خطا	۱۱۳۵/۱۷	۱۳	۸۷/۳۲		
کل	۴۲۵۵۶۴	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۳۴/۸۸$). به عبارتی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که آموزش همدلی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول۱۳: تحلیل کوواریانس تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری

	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	۸۲۸/۵۴	۱	۸۲۸/۵۴	۲۱/۲۴	۰/۰۰۱
خطا	۵۰۷/۰۱	۱۳	۳۹		
کل	۴۱۵۹۴۹	۱۶			

جدول فوق بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۱$ و $F=۲۱/۲۴$). به عبارتی آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که آموزش همدلی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

جدول ۱۴ : تحلیل کوواریانس چندگانه تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری

شاخصها	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۵	۱۰/۵۳	۶	۳	۰/۰۴	۰/۹۵
لامبدای ویلکز	۰/۰۴	۱۰/۵۳	۶	۳	۰/۰۴	۰/۹۵
اثر هاتلینگ	۲۱/۰۶	۱۰/۵۳	۶	۳	۰/۰۴	۰/۹۵
بزرگترینریشه روی	۲۱/۰۶	۱۰/۵۳	۶	۳	۰/۰۴	۰/۹۵

جدول ۱۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری در گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل اثرات پیش‌آزمون را نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود با کنترل پیش‌آزمون، مولفه های خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۵ و F =۱۰/۵۳). به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری در کودکان کار موثر است. در جدول ۱۵ نتایج مربوط به شش مولفه خودپنداره رفتاری مشاهده می شود.

جدول۱۵ : تحلیل کوواریانس چندگانه تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های خودپنداره رفتاری

ابعاد	مجموع مجذورات	درجه- آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
جسمانی	۶۹۶/۲۹	**۱**	۶۹۶/۲۹	۲۱/۹۸	۰/۰۰۲	۰/۷۳
اجتماعی	۷۸۴۵/۶۰	**۱**	۷۸۴۵/۶۰	۱۲۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴
خلق و خو	۱۸۴۸/۴۳	**۱**	۱۸۴۸/۴۳	۵۳/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷
آموزشی	۲۶۱۰/۵۸	**۱**	۲۶۱۰/۵۸	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اخلاقی	۲۵۳۲/۲۵	**۱**	۲۵۳۲/۲۵	۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴
عقلانی	۸۱۳/۱۵	**۱**	۸۱۳/۱۵	۲۱/۳۱	۰/۰۰۲	۰/۷۳

آن گونه که جدول بالا نشان می دهد، تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر شش مولفه خودپنداره رفتاری معنادار است (p=۰/۰۱). مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۲۱/۹۸). مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۱۲۵/۶۲). مولفه خلق و خو خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۵۳/۹۳). مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۳۱/۶۶). مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۴۳/۲۵). مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۱ و F =۲۱/۳۱). بر این اساس نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تمامی مولفه های خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.

بحث و تفسیر یافته های پژوهش:

*** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که آموزش همدلی بر خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. همچنین نتایج حاصل از این فرضیه پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش احمدی ؛ هراتیان (۱۳۹۱)، لطیفیان ؛ شیخ السلامی (۱۳۸۱)، کدیور و همکاران (۱۳۹۱)، نوربخش ؛ حسن پور (۱۳۸۳)، اسلامی دوست ؛ احمدی (۱۳۹۳)، خلیل زاده ؛ بهروزیان (۱۳۹۳)، مک کولو، ورثینگتون و راچال (۲۰۰۵)، بَستون و همکاران (۲۰۱۱)، چان (۲۰۰۷)، و فیتز (۱۹۹۱) همخوانی دارد که همگی یافته های مشابهی در اثر بخش بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره رفتاری نشان داده اند .درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روشی است که در برنامه ریزی برای مقابله با مشکلات زندگی می توان از آن بهره برد. این مهارت یک مهارت مقابله‌ای است که اعتماد به نفس فرد را بالا می برد و احساس شایستگی و توانایی او را تقویت می کند. این مهارت در ابتدا برای حل مسائل خود و در نهایت، برای حل مشکلات دیگران مؤثر است. در واقع می توان گفت اغلب افرادی که در مقابله با مشکلات درمانده می شوند، به این دلیل است که برای حلّ مسئله خود تنها یک راه حل را در نظر می گیرند و به راه حل های مختلف نمی‌اندیشند، در حالی که باید بدانند راه حل های مختلف قابل امتحان هستند. برای ورود به بحث مسئله گشایی توجه به این نکته که یک مسئله می تواند چندین راه حل داشته باشد، ضروری است (حسین زاده، ۱۳۹۱). در برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ، ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی هر فرد مدنظر قرار می گیرد و از آنجا که برنامه ها به صورت کارگاهی و عملی اجرا می گردد و افراد مورد آموزش در دوره ها شرکت فعال دارند، تحت تأثیر تمرینات فردی و گروهی مختلف قرار می گیرند، غنای برنامه و گستردگی آن به ثمربخشی هر چه بیشتر آن کمک می کند. همچنین برنامه های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به نوجوانان مهارت های شناختی-رفتاری را برای بنای عزت نفس، مقاومت در برابر فشارهای تبلیغاتی، کنترل اضطراب، مهارت های ارتباطی کارآمد، ارتقای ارتباطات فردی و ابراز وجود در به دست آوردن حقوق خود آموزش می دهد. در واقع مهارت های همدلی انسان را آماده مقابله با مشکلات زندگی می کنند و موجب مقاوم شدن شخصیت افراد، افزایش بینش آنها نسبت به زندگی و رویدادهای آن، افزایش مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط با محیط و اطرافیان می گردد (پاشا و یادآوری، ۱۳۸۶). می توان گفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند تا حد قابل توجهی خودپنداره افراد را افزایش دهد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نه تنها به توانمند ساختن افراد در زندگی حال کمک می کند، بلکه بر توانمندی آن ها برای زندگی آینده نیز تأکید دارد. چنان چه در مراحل اولیه زندگی اجتماعی خود تحت آموزش مهارت های روابط انسانی قرار بگیرند به سلامت خانواده و جامعه کمک شده است؛ چرا که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش توانمندی های اجتماعی و روانی در افراد می گردد و آن ها را برای زندگی اثربخش و مفید آماده می سازد (پیک و همکاران[۳]، ۲۰۰۳).

***درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه جسمانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. (بابا خانی ، ۱۳۸۹) خودپنداره بدنی به مثابه ی پرده ی هدف یا نشانه ای می باشد که شخص مهم ترین احساسات شخصی، اضطراب ها و ارزش هایش را بر روی آن فرافکنی می کند. خودپنداره بدنی می تواند مجموعی از نگرش های خودآگاه و ناخودآگاه فرد نسبت به بدنش باشد که شامل دریافت های حال و گذشته و احساساتی در مورد اندازه، عملکرد، ظاهر و توانایی های بالقوه می شود مفهوم شخص از بدنش بخش اصلی و مهم خودپنداره ی او می باشد. بدن می تواند به صورت کپسول یا پوشینه ای تصور شود که شخص همیشه در آن احاطه شده و از طریق آن با دنیا ارتباط برقرار می کند. شخص با بدنش ۲۴ ساعته از زمان تولد تا مرگ زندگی می کند. این بخش (یعنی بدن) مادی ترین و قابل مشاهده ترین قسمت «خود» می باشد و اگرچه این بخش به تنهایی تمامی حس «خویشتن» را توضیح نمی دهد، در

---

[۳] . Pick et al

تمام طول زندگی به عنوان پشتیبان و لنگری برای خود آگاهی باقی می ماند (بهرام ، پور وقار ، ۱۳۹۴).

***درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اجتماعی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. ویژگی ها یا خصوصیات رفتاری شخص است که وی تصور می کند که دیگران وی را مشاهده می کند. خودآرمانی با توجه به خودپنداره شخص فرد: این آرمان ها خودپنداره هایی هستند از آنچه که فرد شخصاً امیدوار است همانند آنها باشد .و نقش های متفاوتی که افراد در اجتماع بازی می کنند مثل دانشجو بودن، فرزند خانواده بودن، معلم بودن، همسایه بودن و ... در این حوزه قرار می گیرند .بدیهی است که به ازای هر نقش، رفتار متفاوتی دارند و کسانی در ارتباطات موفق هستند که بتوانند از عهده نقش های متفاوت برآیند و برای هر نقش رفتار ویژه آن را تعریف کنند.(پایی ، ۱۳۹۳)

***درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه خلق و خوی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. هرچند که حالات خلقی اغلب وضعیت‌های عاطفی مواج و فراگیری شمرده می‌شوند، اما خلق همچنین از مزاج و صفات شخصیتی که بسیار پایه‌ای و پایدار هستند نیز متفاوت است. با این وجود، برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند خوش‌بینی و روان رنجور خویی مستعد ایجاد انواع خاصی از خلق‌ها می‌باشند. آشفتگی‌های طولانی مدت در خلق مانند اختلال افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی به عنوان اختلالات خلقی در نظر گرفته می‌شوند. خلق یک وضعیت درونی و ذهنی است اما اغلب ممکن است از وضعیت‌ها و رفتارهای دیگر ناشی شود. "ما ممکن است به واسطه یک رویداد غیر منتظره به سوی خلقی هدایت شویم، مثلاً خلق شاد از دیدن یک دوست قدیمی، یا خلقی خشم‌آلود ناشی کشف خیانت یک شریک، همچنان که ممکن است بدون دلیل مشخصی در یک وضعیت خلقی خاص قرار بگیریم. خلق و خو اشاره به آن ویژگیهای روانشناختی دارد که از فرایندهای فیزیولوژیکی ارثی سرچشمه می گیرند . بنابراین ، خلق و خو به تحریک پذیری هر روزمغز ، دستگاه عصبی خود مختار ، و دستگاه درون ریز فرد مربوط می شود . بنابراین ، تفاوتهای خلق و خو بیشتر تفاوتهای زیست شناختی هستند ، تفاوتهایی که در توجیه نمودن اینکه چرا مردم به وقایع زندگی مثل سخنرانی برای مردم ، امتحان دادن و پذیرایی از دوستان به طور متفاوتی واکنش نشان می دهند ، نقش مهمی را بازی می کند(جان مارشال ریو ، ۲۰۱۰ ، ترجمه سید یحیی محمدی ، ۱۳۹۳).

*** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه آموزشی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. بلکه خویشتن پنداری به تدریج در اولین ماههای زندگی فرد بنیان گرفته و از طریق تجارب مکرر شکل می گیرد و به عنوان یک محصول اجتماعی از طریق تجربه بنیان می گیرد. نکته جالب این که افراد در زمانهای مختلف دارای نگرشهای مختلفی نسبت به خودشان هستند. هر گونه تجربه ای در زندگی فردی که مطابق با خویشتن پنداره او نباشد، به صورت یک تهدید تلقی می شود هر چه این تجارب ناخواسته بیشتر باشد کیفیت خویشتن پنداری فرد حالت منجمدی تری به خود می گیرد. تا بتواند افراد محافظت نماید. خویشتن پنداری هر فرد به ثبات و همگونی در زندگی اش نیاز دارد و در مقابل تغییر مقاومت نشان می دهد. اگر خویشتن پنداری فرد به سرعت تغییر کند فرد فاقد یک شخصیت مقاوم و قابل اتکا خواهد شد. موفقیت ها وشکلهای هر فرد بر روی کیفیت خویشتن پنداری او تأثیر می گذارد. دنیای اطراف هر فرد موجودات درون آن در رابطه با خویشتن پنداری هر فرد ادراک می شود. در تمام زندگی فرد سالم همیشه یک تمایل دائمی برای

پذیرش ایده های جدید و رفع ایده های قوی وجود دارد. خویشتن پنداری همیشه خودش را در مقابل از دست دادن عزت نفس محافظت می کند. برای همین است که هر فقدانی سبب بروز اضطراب افراد خواهد شد(کرمی ، اله کرمی ، هاشمی ، ۱۳۹۲)

*** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه اخلاقی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است. همچنان دو دید گاه وجود دارد که یک دیدگاه کلمبرگ است و دیگر دیدگاه یادگیری اجتماعی در باره رشد اخلاقی است که بندورا ۱۹۸۶ معتقد است که کودکان رفتار خود را از تقلید فرا میگیرد به نظر او کودکان از معیار های رفتاری و خصوصیات افرادی و یا کسانیکه دوست دارند تقلید می کنند. کلمبرگ نظریه مهم رشد اخلاقی را طراحی کرد . از دید او رشد اخلاقی ۵ مرحله دارد . این مراحل به سن افراد وابسته نیست و همه افراد از کلیه مراحل عبور نمی کند . مرحله اول نظریه کلمبرگ اخلاق دیگر پیروی است . در این مرحله رفتار اخلاقی رفتاری است که به تنبیه منجر نشود . در مرحله دوم رفتار اخلاقی فرد گرایی و مبادله است. فرد کارهای را انجام می دهد که علایق او را به پیش برد ، در حالیکه به دیگران نیز اجازه می دهد که چنین هدفی را دنبال کند در مراحل سه و چهار " اخلاق قرار دادی " حاکم است . افراد در مرحله ۳ خود را اخلاقی می پندارند . زیرا خالصانه به دیگران اهمیت می دهند و می خواهند دیگران آنهارا آدم های خوبی بدانند . مرحله چهار ، شامل درک مجرد از جامعه به طور کلی تمسک به مقررات جامعه است(روسو ، ۲۰۰۵ ترجمه زیرک زاده ، ۱۳۸۸)

*** درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثر است.**

نتایج نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری دارد. به عبارتی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری به طور معناداری تاثیر دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می شود و نتیجه می گیریم که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه عقلانی خودپنداره رفتاری در نوجوانان موثراست . عقل، فکر، و حس سه منبع شناخت در فلسفه هستند .افلاطون، دکارت و اسپینوزا از فیلسوفان عقل گرا هستند. در واقع عقل نیروی تشخیص خوب و بد است که در بدن انسان نهاده شده است. در علم اصول فقه در مذهب شیعه اثنی عشری، یکی دیگر از ادلّه استنباط احکام‌شرعی و قوانین حقوقی علاوه بر قرآن و سنت و اجماع، « عقل» است البته بنا بر نظر برخی از دانشمندان متاخر شیعی این مطلب (استفاده از عقل منبعی) عملاً در هیچ موردی اتفاق نیافتاده است(شب خیز ، ۱۳۹۲)

***نتیجه گیری**

به نظر می رسد تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی انوجوانان نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه خود و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر دارد. لذا با توجه به موثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی های این روش در زمینه خود پنداره رفتاری و ابعاد آن جسمانی ، عقلانی ، خلق و خو، اجتماعی ، آموزشی و اخلاقی و درمان افسردگی، استرس و اضطراب ، به کارگیری گسترده این درمان برایخو آگاهی در دوران نوجوان که در وضعیت روحی و رفتاری مناسبی برخوردار نیستند، توصیه می شود.

منابع

اسکندر نژاد؛ خدیجه (۱۳۹۱) اهمیت و و مفهوم خود و خود پنداره تهران انتشارات ارجمند ص ۱۲۱

اورکی، م. بیات، ش. خدادوست، س. . (۱۳۹۲). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سلامت روان‌درمان‌جویان وابسته به کراک. روان‌شناسی سلامت. (۱).۲۲-۳۱.

حیدری، ح. (۱۳۸۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با روشهای شناختی رفتاری سنتی در کاهش افسردگی دختران دانش‌آموز نوجوان . پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

طالبی‌زاده، م. شاهمیر، ا. جعفری‌فرد، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش شدت علایم افسردگی و شیدایی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. مجله اندیشه رفتار. ۷(۲۶). ۱۷-۲۶.

عبدالقادی، م. کافی، م. صابری، ع. آریاپوران، س. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۱ (۶).۷۹۵-۸۰۷.

فرهادی، ع. موحدی، ی. کریمی‌نژاد، ک. موحدی، م. (۱۳۹۲). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق. ۲ (۴). ۶-۱۴.

کدیور پروین ,فرزاد ولی اله ,عرب زاده مهدی ,کاووسیان جواد (۱۳۹۱) رابطه خودپنداره تحصیلی، هیجان های تحصیلی مثبت و منفی با یادگیری خودگردان روانشناسی کاربردی دوره ۶ شماره ۱ پیاپی ۲۱ ص ۱۰۳ – ۱۱۹

نیسی، ع. ارشدی، ن. رحیمی. ا. (۱۳۹۰). رابطه علی سرمایه روانشناختی با هیجان‌های مثبت، بهزیستی روانشناختی، عملکرد شغلی و التزام شغلی. مجله دستاوردهای روانشناختی. ۴(۱). ۱۹-۴۶.

Fathi. H. (2002) Self-esteem and academic achievement .Peyvamd Journal , 29, 46-49(Persian)

Matson, J. L., Lott, J.D., Mayville, S. B., Swender, S.L. &Moscow, S. (2006) Depression and social skills among individuals with severe and profound mental retardation .Journal of Developmenal and Pjysical Disabilities, 18,393-400