

بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان اختلالات روانی در دانشجویان دختر مجرد دانشگاه فرهنگیان اهواز^۱

محسن جرفی^۲

چکیده

هدف: این پژوهش اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی دانشجویان دانشگاه فرهنگیان دختر مجرد اهواز بوده است. **روش:** این پژوهش نیمه تجربی، همراه با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه فرهنگیان دختر مجرد شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود. ۱۰۰ نفر از دانشجویان دختر مجرد انتخاب شدند و پس از تست افرادی که نمرات بالاتری در پرسشنامه نشانگان اختلالات روانی SCL90-R بدست آورده بودند (۳۰ نفر) انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند. هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه شرکت کردند. **ابزار پژوهش:** جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 23 و روش تحلیل مانکوا استفاده شد. **یافته ها:** درمان ذهن آگاهی بر نمرات اختلالات روانی یعنی شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش داد ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: از درمان ذهن آگاهی در کاهش نشانگان اختلالات روانی در دانشجویان دختر مجرد می توان استفاده نمود.

کلید واژه ها: درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانگان اختلالات روانی، دانشجویان دختر، مجرد.

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۳/۱۴ - تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۷/۱۲

^۲ دکترای تخصصی، سرگروه روانشناسی اداره آموزش و پرورش استان خوزستان m_jorfi@yahoo.com

مقدمه

افراد اغلب از اضطراب، افسردگی، رنجش بی دلیل یا بی کیفیتی در رویارویی با مشکلات زندگی رنج می برند (پالمر^۱، ۱۳۸۵).

نوجوانی مرز بین دو مرحله کودکی و بزرگسالی است که با بلوغ آغاز می شود و معمولاً بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی می باشد و زمانی خاتمه می یابد که جوان یک یا چند نقش در دوره بزرگسالی (ازدواج، والدگری، اشتغال تمام وقت) را به عهده گیرد (خدایاری فرد، ۱۳۷۱). مشخصه نوجوانی نشانه های فیزیولوژیک و افزایش شدید هورمون های جنسی دوره بلوغ است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

خشنود زیستن در دورانی که تغییرات سریع اجتماعی و تکنولوژی به وقوع می پیوندد کارآسانی نیست. افزایش داروهای آرام بخش، قرص های خواب آور، الکل، جنایت های خشونت بار و توسل روز افزون به مراقبه و انواع شیوه های درمان گری برای دستیابی به تسکین خاطر دلیل این مدعا است (فرانکل^۲، ۱۳۸۶).

بسیاری از افراد در برابر مشکلات تسلیم می شوند و دیگر نمی توانند از عهده کارها برآیند زندگی شان مبتنی بر مدار خود-ویرانگری است و از شیوه های رویارویی نا کار آمد و نابهنجار سود می جویند (یونتف و ژاکوبس^۳، ۲۰۰۵).

نشانگان اختلالات روانی یعنی شکایات جسمانی^۴، وسواس اجبار^۵، حساسیت در روابط متقابل^۶، افسردگی^۷، اضطراب^۸، پرخاشگری^۹، ترس مرضی^{۱۰}، افکار پارانوئیدی^{۱۱} و روان پریشی^{۱۲} در معیار DSM-V روی محور یک اختلالات بالینی قرار می گیرند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

^۱- Palmer, E

^۲- Frankl, V.

^۳- Yontef, & Jacobs

^۴- hypochondriac

^۵- obsessive - compulsiveness

^۶- interpersonal sensitivit

^۷- depression

^۸- anxiety

^۹- hostility

^{۱۰}- phobic anxiety

^{۱۱}- paranoid ideation

^{۱۲}- psychoticism

پرخاشگری تاثیرات مخربی از جمله صدمه، آسیب زدن، حملات آسیب زا به خود و دیگران، مرگ غیرمنتظره و رفتارهای پر خطر را ممکن است به دنبال داشته باشد (جنتری،^۱ ۲۰۰۷).

مدل های رفتاری شناختی وسواس بیان می کنند که تلاشهای ناموفق در کنترل تفکرات ناخواسته در شکل گیری و تداوم اختلال، نقش تعیین کننده دارند (بلوچ، موپلر، لوسیانو، کارسیا - سوریانو، کابید و وکاری^۲ ۲۰۱۰).

افسردگی هنوز یک مسأله بحث برانگیز در حوزه بهداشت روانی است و همچنان باید کارهای فراوانی در مورد آن صورت گیرد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می کنند، در مورد گذشته مشلغه ذهنی و به آینده بدبین اند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۷).

راس و رابینز^۳ (۲۰۰۴) بر این باورند که مطالعات گوناگون و گزارش های متخصصان بالینی نشان می دهند که تعداد قابل توجهی از دانشجویان دانشگاه های امریکا که در مجتمع های خوابگاهی زندگی می کنند، دچار اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی میباشند، و مواد مخدر و الکل مصرف می کنند. در پنج سال گذشته مشکلات روانشناختی دانشجویان افزایش یافته است و ۱۵/۹ درصد از دختران دانشجو و ۸/۵ درصد از پسران دانشجو گزارش می دهند که از علائم افسردگی رنج می برند.

ذهن آگاهی می تواند به عنوان توجه به شیوه خاص، با هدف، در زمان حاضر و بدون قضاوت تعریف کرد (موری و مالینووسکی، ۲۰۰۹^۴). ذهن آگاهی تمرکز حواس به طور معمول، به عنوان توجه از روی قصد به تجربه های لحظه حاضر، خالی از قضاوت، که در شخص یک حس ثبات و آگاهی بدون واکنش ایجاد می کند تعریف می شود. تمرکز بخاطر مزیتش در تنظیمات درمانی برای کاهش استرس و اضطراب شناخت بیشتری پیدا کرده است. هر چند منشاء آن به بیش از ۲۵۰۰ سال پیش به عنوان یک تکنیک تمرکز و تفکر که توسط رهبر بودا انجام می شده، بر می گردد (براش، ۲۰۱۱^۵).

ذهن آگاهی سه ویژگی اساسی را منعکس می کند. (۱) توجه و آگاهی متمرکز بر زمان حال؛ (۲) قصد یا هدفمندی، که مولفه انگیزشی را به توجه و رفتار شخص اضافه می کند؛ (۳) نگرش، که نحوه ای توجه کردن فرد را نشان می دهد، یا وضعیتی که شخص در هنگام توجه

^۱ - Jentery

^۲ - Belloch, & Morillo & Luciano, Garcio-Soriano, Cabedo & Carri

^۳ - Roth & Robbins

^۴ - More & Malinowski

^۵ - Braush

کردن دارد، نظیر علاقه، کنجکاوی، عدم قضاوت، پذیرش پاسخ‌دهنده بودن (دانکان، میلر، وامپلد و هیبل،^۱ ۲۰۰۹).

این کمک‌ها با بکارگیری روشهای درمانگری، امکان‌پذیر است. ذهن آگاهی از جمله روش‌های درمانگری است که آموزش یک شیوه درمانی بر اساس یک سری تکالیف به صورت هوشیاری خودآگاه می‌باشد، هر تمرین به طور هدفمند آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی یک نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد.

تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک نظام، هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب‌الوقوع شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است و آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و هم‌چنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوش آیند می‌شود (کری جی^۲، ۲۰۰۴).

یکی از راههای درمان برای کاهش شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حسایت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و..... ذهن آگاهی است، که حالت توجه به و آگاهی از چیزی که در حال حاضر در حال وقوع است، تعریف می‌شود. در این تعریف، آگاهی به مشاهده مستمر از محرک‌های داخلی و خارجی اطلاق می‌شود در حالیکه توجه متمرکز بر آگاهی می‌باشد. ذهن آگاهی به عنوان «توجه کردن به طور خاص و از روی قصد، در لحظه حاضر بودن و بدون غرض شخصی (بدون قضاوت کردن)» تعریف می‌شود (هارتمن،^۳ ۲۰۱۰).

درمان ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی با رضایت درونی و ذهنی خود فرآیند چهار مرحله‌ای را که برگرفته از فلسفه بودا است، در درمان خود مورد استفاده قرار می‌دهد (سیگل،^۴ ۲۰۱۰). در این فرآیند این بیمار است که مرحله به مرحله با بیماری خود آشنا می‌شود و طریقه‌ی فائق آمدن بر آن را تا انتهای مرحله‌ی چهارم می‌آموزد، این روش بر آموزش و تلاش برای قادر ساختن بیمار به تغییر عملکرد ذهن متمرکز بوده، به طوری که به بیمار اجازه می‌دهد عامل فعال در درمان روانشناختی و پزشکی خود باشد (شوارتز و همکاران،^۵ ۲۰۰۵) با توجه به آن چه بیان گردید،

^۱ - Duncan, Miller, Wampold & Hulbille

^۲ - Garege

^۳ - Hartman

^۴ - Siegl

^۵ - Schwartz et al

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان اختلالات روانی در دختران نوجوان است و فرضیات پژوهش عبارت است از، ۱- درمان ذهن آگاهی، نشانگان اختلالات روانی (شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی) را در نوجوانان در مرحله پس آزمون کاهش می دهد. ۲- درمان ذهن آگاهی، نشانگان اختلالات روانی (شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی) را در دانشجویان در مرحله پیگیری کاهش می دهد.

روش پژوهش

این پژوهش یک طرح نیمه تجربی، همراه با گروه کنترل به صورت پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری ۳ ماه بود. نوع این تحقیق میدانی و این روش یک متغیر مستقل (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) یک متغیر وابسته (نمرات پس آزمون و پی گیری نشانگان اختلال روانی) آزمودنیها و زیر مقیاسهای آن (افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، پرخاشگری، حساسیت در روابط متقابل، وسواس اجبار، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی) مورد بررسی قرار گرفته شد.

جامعه آماری، و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه فرهنگیان دختر مجرد اهواز بود. نمونه پژوهش از بین دانشجویان دانشگاه فرهنگیان دختر مجرد اهواز به صورت خوشه ای انتخاب شدند و از بین دانشجویان دختر مجرد این دانشگاه تعداد ۱۰۰ نفر پرسشنامه SCL90-R بر روی آنها اجرا شد از بین آنها افرادی که نمرات بالاتر در این پرسشنامه به دست آورده بودند، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

روش گردآوری اطلاعات و اجرای پژوهش

ابتدا با مشخص نمودن نمونه، پرسشنامه به عنوان پیش آزمون در اختیار دانشجویان دختر مجرد قرار داده شد. سپس روی گروه آزمایش روش آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش

استرس در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) اجرا شد. بعد از اتمام سه ماهه دوره آموزشی پس از آزمون از آزمودنی‌ها گرفته شد.

ابزار پژوهش

داده‌ها با استفاده از فهرست تجدید نظر شده SCL90-R (دروگاتیس و همکارانش،^۱ ۱۹۷۵) و مصاحبه تشخیص بالینی، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به دست آمدند و میزان افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، پرخاشگری و وسواس اجبار نوجوانان دختر با استفاده از فهرست SCL90-R که توسط (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰)، هنجاریابی شده، اندازه‌گیری شد.

چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90) یک پرسشنامه خودگزارشی روانپزشکی است. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال با طیف لیکرت پنج درجه (از "هیچ = ۰ تا شدید = ۴) نمره گذاری می‌شود که میزان بروز نشانه‌ها را در طول زمان یک هفته نشان می‌دهد. اندازه‌گیری شدت علائم در نه خرده مقیاس (شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی) مختلف صورت می‌گیرد (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۷۵).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این پژوهش تأثیر متغیر مستقل (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) بر متغیر وابسته (نشانگان اختلالات روانی) سنجیده شده و متغیر جمعیت‌شناختی به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد، برای تجزیه و تحلیل آماری ابتدا از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) استفاده شد، سپس با استفاده از روش‌های آماری کواریانس چند متغیره یا مانکوا تفاوت‌های بین دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت.

¹- Derogatis et al.

یافته ها

شاخص های توصیفی نشانگان اختلالات روانی برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی نمرات اختلالات رفتاری برحسب مرحله ارزیابی و عضویت

گروه		آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
شکایات	پیش آزمون	۲۸/۲	۲/۳	۲۸/۵۳	۲/۱۳
	پس آزمون	۱۸/۴	۱/۹	۲۹/۶۶	۲/۶۳
جسمانی	پیگیری	۱۴/۲	۱/۷۸	۳۰/۴	۲/۸
	پیش آزمون	۲۶/۴۷	۳/۶۴	۲۷/۲۷	۳/۴
وسواس	پس آزمون	۱۵/۵۳	۳/۳۷	۲۸/۱۸	۳/۳
	پیگیری	۱۴/۴	۲/۵	۲۸/۲۹	۳/۱۲
افسردگی	پیش آزمون	۳۲/۵۳	۴/۱۳	۳۲	۴/۰۲
	پس آزمون	۱۸/۳۳	۷/۳۳	۳۳/۲۷	۳/۷۱
اضطراب	پیگیری	۱۶/۶۷	۶/۰۹	۳۷/۰۷	۳/۷
	پیش آزمون	۳۳/۷۳	۳/۳۶	۳۴/۳۳	۲/۸۲
پرخاشگری	پس آزمون	۱۷/۶۷	۵/۷۳	۳۴/۹۳	۲/۶
	پیگیری	۱۶/۰۶	۴/۳۶	۳۵/۹۳	۲/۶
حساسیت	پیش آزمون	۱۸/۳۳	۱/۴	۱۸/۶۷	۱/۱۷
	پس آزمون	۱۱/۷۳	۲/۳۷	۱۹/۵۳	۱/۱۸
متقابل	پیگیری	۹/۸۷	۲/۵۸	۲۰/۳۳	۱/۶۷
	پیش آزمون	۱۴/۵۳	۱/۶۴	۱۴/۲	۲/۱۸
ترس	پس آزمون	۹/۰۷	۲/۲۱	۱۴/۹۳	۲/۰۱
	پیگیری	۸/۲۷	۱/۱۶	۱۶/۰۷	۲/۱۸
مرضی	پیش آزمون	۱۱/۶۷	۱/۸۴	۱۲/۴	۲/۰۶
	پس آزمون	۴/۳۳	۳/۵۱	۱۲/۹۳	۴/۱۳
افکار	پیگیری	۳/۸۷	۲/۸	۱۵/۰۷	۲/۳۱
	پیش آزمون	۱۰/۹۳	۱/۲۸	۱۱/۱۳	۱/۶
پارانویید	پس آزمون	۲/۶۶	۲/۹۱	۱۲/۵۳	۱/۹۲
	پیگیری	۲/۲۷	۲/۲۲	۱۳/۴	۱/۷۶
روان	پیش آزمون	۱۲/۶۷	۱/۶۳	۱۱/۶۷	۱/۴
	پس آزمون	۶/۷۳	۲/۶۸	۱۲/۴۷	۱/۲۴
پریشی	پیگیری	۵/۳۳	۱/۹۸	۱۲/۸	۴/۱۹

براساس مندرجات در جدول ۱، کلیه متغیرهای مربوط به اختلالات رفتاری در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش نشان داده است اما در گروه کنترل این نمرات یا افزایش داشته و یا تغییر اندکی نشان داده است.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد (مولوی، ۱۳۸۶). لذا در ابتدا به بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش در مرحله پیش آزمون پرداخته می‌شود. هدف از بررسی پیش فرض نرمالیتی آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. بدین منظور از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات اختلالات رفتاری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: سطح معنی داری در آزمون نرمال بودن نمرات متغیرهای اختلالات رفتاری

متغیر	گروه‌ها	آزمایش	کنترل	متغیر گروه‌ها	آزمایش	کنترل
شکایات	آماره	۰/۹۷۰	۰/۹۷۲	حساسیت	آماره	۰/۹۳۶
جسمانی	معنی داری	۰/۸۶۳	۰/۸۹۱	متقابل	معنی داری	۰/۳۳۴
وسواس	آماره	۰/۹۳۱	۰/۹۳۷	ترس	آماره	۰/۸۸۲
افسردگی	معنی داری	۰/۲۸۶	۰/۳۵۲	مرضی	معنی داری	۰/۰۵۱
اضطراب	آماره	۰/۹۲۱	۰/۹۶۲	افکار	آماره	۰/۹۲۹
	معنی داری	۰/۱۹۶	۰/۷۳۴	پارانویید	معنی داری	۰/۲۶۶
	آماره	۰/۹۴۵	۰/۹۵۹	روان	آماره	۰/۹۱۴
	معنی داری	۰/۴۵۰	۰/۶۷۸	پریشی	معنی داری	۰/۱۵۸
	آماره	۰/۹۴۹	۰/۹۱۷			
پرخاشگری	معنی داری	۰/۵۰۸	۰/۱۷۵			

^۱ - Shapiro-Wilk

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات اختلالات رفتاری در تمام گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون باقی است یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

هدف از انجام آزمون لوین، بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج آزمون لوین متغیرهای پژوهش در نمرات پیش‌آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: آزمون برابری واریانس‌های نمرات اختلالات رفتاری

معنی‌داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	ضریب F	متغیر شاخص
۰/۷۵۹	۲۸	۱	۰/۰۹۶	شکایات جسمانی
۰/۸۰۹	۲۸	۱	۰/۰۵۹	وسواس
۰/۴۷۰	۲۸	۱	۰/۵۳۸	افسردگی
۰/۲۷۴	۲۸	۱	۱/۲۴۵	اضطراب
۰/۳۸۹	۲۸	۱	۰/۷۶۴	پرخاصگری
۰/۶۸۷	۲۸	۱	۰/۱۶۵	حساسیت متقابل
۰/۹۴۳	۲۸	۱	۰/۰۰۵	ترس مرضی
۰/۵۰۲	۲۸	۱	۰/۴۶۲	افکار پارانویید
۰/۴۳۰	۲۸	۱	۰/۶۴۲	روان‌پریشی

همان طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون اختلالات رفتاری، در مرحله پیش‌آزمون پژوهش در جامعه رد نشده و باقی‌مانده است (همه سطوح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد).

در جدول ۴، آزمون باکس جهت بررسی برابری کوواریانس‌ها، ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون باکس بررسی برابری کوواریانس‌های نمرات در دو گروه

ضریب M باکس	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
۱۰۹/۹۱	۱/۵۸	۴۵	۲۵۷/۵	۰/۰۰۹

همان گونه که در جدول ۴، دیده می شود، پیش فرض تساوی کوواریانس ها یا روابط بین نه متغیر وابسته رد شده است. یعنی پیش فرض تساوی بین کوواریانس ها تأیید می شود. با توجه به تأیید شدن پیش فرض ها در اکثر موارد استفاده از آزمون های پارامتریک بلامانع است.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا در مجموع متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج مقایسه دو گروه در مجموع متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری

مرحله پژوهش	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	۰/۰۲۱	۵۸/۱۳	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۹	۱/۰۰۰
پیگیری	۰/۹۷۹	۵۷/۶۰۹	۹	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵	۱/۰۰۰

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۵، میانگین نمرات هر نه متغیر اختلالات رفتاری در مرحله پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۹۷/۹ درصد از تفاوت های فردی در نه متغیر در مرحله پس آزمون و ۹۵/۵ درصد در مرحله پیگیری به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه دو گروه در پس آزمون و پیگیری و یا بررسی تفاوت دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری در پنج متغیر، به شکل مجزا در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل تک متغیری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
شکایات جسمانی	پس آزمون	۱۱۲۹/۳۳۳	۱	۱۱۲۹/۳۳۳	۳۱۵/۷۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۲۹۲/۰۱۵	۱	۱۲۹۲/۰۱۵	۲۸۵/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۸	۱/۰۰۰
وسواس	پس آزمون	۸۷۵/۶۳۵	۱	۸۷۵/۶۳۵	۹۷/۸۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۱/۰۰۰
	پیگیری	۹۹۸/۵۱۲	۱	۹۹۸/۵۱۲	۱۶۸/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹	۱/۰۰۰
افسردگی	پس آزمون	۱۲۴۱/۴۵۸	۱	۱۲۴۱/۴۵۸	۴۲/۲۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۱۶۴۲/۷۸	۱	۱۶۴۲/۷۸	۸۱/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰۰
اضطراب	پس آزمون	۱۶۲۱/۸۵۷	۱	۱۶۲۱/۸۵۷	۱۱۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۱۸۷/۲۱۳	۱	۲۱۸۷/۲۱۳	۲۱۱/۴۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	۱/۰۰۰
پرخاشگری	پس آزمون	۲۸۰/۸۱۴	۱	۲۸۰/۸۱۴	۸۰/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹	۱/۰۰۰
	پیگیری	۵۱۰/۶۳۷	۱	۵۱۰/۶۳۷	۹۶/۲۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۱/۰۰۰
حساسیت متقابل	پس آزمون	۱۹۲/۳۰۶	۱	۱۹۲/۳۰۶	۷۶/۲۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۳۲۱/۳۸۹	۱	۳۲۱/۳۸۹	۱۶۹/۰۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹	۱/۰۰۰
ترس مرضی	پس آزمون	۳۱۹/۹۸	۱	۳۱۹/۹۸	۲۹/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۰/۹۹۹
	پیگیری	۵۲۱/۳۶۹	۱	۵۲۱/۳۶۹	۹۷/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۱/۰۰۰
افکار پارانویید	پس آزمون	۵۸۷/۴۵۸	۱	۵۸۷/۴۵۸	۱۰۱/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۱/۰۰۰
	پیگیری	۷۲۵/۷۵۳	۱	۷۲۵/۷۵۳	۱۸۲/۶۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶	۱/۰۰۰
روان پریشی	پس آزمون	۲۴۳/۴۱۵	۱	۲۴۳/۴۱۵	۱۰۱/۴۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۱/۰۰۰
	پیگیری	۳۴۸/۱۵۵	۱	۳۴۸/۱۵۵	۱۴۹/۸۰۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	۱/۰۰۰

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۶، میانگین نمرات اختلالات رفتاری در مرحله پس آزمون و هم چنین پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار است ($p=0/001$). به عبارت دیگر می توان گفت آموزش ذهن آگاهی، نمرات اختلالات رفتاری را در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش داده است. میزان تأثیر این آموزش در بهبود شکایات

جسمانی، وسواس، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، حساسیت متقابل، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۹۴/۳، ۸۳/۷، ۶۹، ۸۵/۳، ۸۰/۹، ۸۰، ۶۰/۵، ۸۴/۲ و ۸۴/۲ است و تأثیر این آموزش در مرحله پیگیری در این متغیرها نیز به ترتیب برابر با ۹۳/۸، ۸۹/۹، ۸۱/۲، ۹۱/۸، ۸۳/۵، ۸۹/۹، ۸۳/۷، ۶۰/۶ و ۸۸/۷ درصد است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰۰ است که ضمن آن که نشانگر دقت عالی آزمون است، بیانگر کفایت حجم نمونه برای بررسی فرضیه های پژوهش بوده است. در نتیجه می توان گفت همه فرضیات پژوهش تأیید شده است و آموزش ذهن آگاهی در کاهش میزان اختلالات رفتاری در مرحله پس آزمون و پیگیری مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان می دهد که عامل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعه بدون در نظر گرفتن تأثیر گروه، نمرات نشانگان اختلالات روانی و زیر مقیاسهای آن (شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی) پس آزمون را به طور معناداری نسبت به نمرات پیش آزمون کاهش داده است و این یافته ها نشانگر تأثیر بالای این عمل در کاهش نشانگان اختلالات روانی آزمودنی ها می باشد و این یافته ها همسو با نتایج پژوهشگرانی که درمان ذهن آگاهی را روی وسواس، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری انجام دادند همچون راس و رابینز (۲۰۰۴)، مکوی و همکاران (۲۰۰۹)، مک کلوی (۲۰۰۹)، سمپل، رید و میلر (۲۰۱۰)، اسکونرت-ریچل و لاولر (۲۰۱۰)، هنلی (۲۰۱۱)، لاثو و هو (۲۰۱۱)، لیهر و دیاز (۲۰۱۰)، بوده و یافته ها نشان می دهد که درمان ذهن آگاهی بر شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را تأیید می کنند و و این یافته ها همسو با نتایج پژوهشگران ایرانی که درمان ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، وسواس اجبار، کیفیت زندگی انجام دادند همچون گلچهرپور و امینی (۱۳۸۰)، سجادیان (۱۳۸۵)، آذرگون (۱۳۸۶)، کویانی و همکاران (۱۳۸۴)، آذرگون و کجباغ (۱۳۸۹)، معصومی (۱۳۹۰)، معصومیان و همکاران (۱۳۹۱)، باباپور و همکاران (۱۳۹۱)، آزادمرزآبادی و همکاران (۱۳۹۲) و این یافته ها با پژوهش حاضر همسو می باشد و تحقیقات انجام شده بر روی ذهن آگاهی فواید زیادی را مشخص نموده است که بعضی از آن ها شامل

کاهش نگرانی و استرس، تقویت حافظه‌ی کوتاه‌مدت، تمرکز، انعطاف‌پذیری ذهن و غیره می‌باشد (پلگرینو، ۲۰۱۲).

اگرچه ذهن آگاهی در برگیرنده توجه معطوف به خود است ولی هدف از این توجه ایجاد چشم اندازی از دیدگاه‌های ذهنی است که به فرد اجازه می‌دهد به مشاهده رویدادهای خود بپردازد، به جای اینکه این رویدادها را جزئی از خود بداند. آموزش فنون ذهن آگاهی راهبردی مؤثر و پیشگیرانه در کاهش خشم است و تجهیز دانشجویان دختر مجرد به این مهارتها آنها را قادر می‌سازد تا بتوانند به سلامت روان بهتری رسیده و نشانگان اختلالات روانی در آنها کاهش یابد و همچنین موجب کاهش بروز شیوع عوارض آن می‌شود. ذهن آگاهی به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد که اندیشه‌ها و احساساتشان را مشاهده کنند، از هنگام توجه به یک شی در لحظه کنونی، شرکت‌کننده‌ها فکر می‌کنند چطور آگاهی تجربی خود را به همراه گرایش به تصورات غیرمعمول به سمت آنچه هست گسترش دهند مانند (حالت عصبانیت، بالا بردن خلق خود، مبارزه با وسواس و.....) ترویج آگاهی در طول تمرین ذهن آگاهی بیمار را قادر به دید و با وضوح بیشتر می‌کند. شناخت درمانی بر اساس ذهن آگاهی به شرکت‌کنندگان در جلسات گروه درمانی کمک می‌کند تا الگوهای ذهنی را بهتر ببیند و یاد بگیرند که چگونه وقتی اختلالی می‌آید آن را تشخیص دهند. نوجوانان و جوانانی که احساس تهدیدشدگی و ضعف می‌کنند، اغلب با علائمی مثل شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب، وسواس و پرخاشگری از خود نشان می‌دهند. این مسئله اهمیت دارد که از موقعیتی که در آن احساس آسیب‌پذیری می‌کنند و به دنبال آن به احتمال بیشتری دچار مشکل می‌شوند، آگاهی یابند. ذهن آگاهی آموزش می‌دهد که با آمادگی در این موقعیت‌ها می‌تواند روی هر فکر غیر منطقی که موجب رفتار مخرب بر نوجوان می‌شود، متمرکز بماند. نوجوانان در این جلسات یاد می‌گیرند که افکار ناراحت‌کننده بیاید و برود، بدون اینکه با آن مبارزه کنند. در مقابل این روش تشویق می‌کند که با ذهنی متمایز و با توجه و تمرکز بیشتر در مقابل افکار مقاومت کنیم و آن‌ها را به عنوان بخشی از یک بسته در نظر بگیریم و با وجود این که نمی‌دانیم از کجا آمده‌اند نسبت به وجود آنها آگاه باشیم و آن‌ها را بپذیریم (کابات زین، ۲۰۰۲). نکته کاربردی که می‌توان از این پژوهش بدست آورد این است که با توجه به شیوع بالای نشانگان اختلالات روانی در بین بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان اختلالات روانی در دانشجویان پیام نور و اثرات منفی آن روی عملکرد فرد می‌توان با شناسایی این افراد و شرکت دادن آنها در جلسات گروهی آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی سطح عملکرد و بهداشت روانی آنها را بهبود بخشید. به طور کلی پژوهش حاضر کوشید تا در چهارچوب یک روش شناسی معتبر مبتنی بر کار آزمایشی

عرصه ای، چند فرضیه مربوط به تأثیر روش ذهن آگاهی بر بهبود نشانگان اختلالات روانی را بیازماید. نتایج این پژوهش نشان داد جلسات هشت گانه ذهن آگاهی توانسته به طور قابل توجهی از میزان اختلالات روانی شرکت کنندگان در دوره درمانی بکاهد، به گونه ای که این کاهش در دو مقطع زمانی از درمان و ۹۰ روز پس از پایان درمان قابل مشاهده است که نشان می دهد که مداخله ذهن آگاهی بر شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی و نه تنها علائم و نشانه های جسمی و فیزیکی دانشجویان دختر مجرد را بهبود بخشد بلکه در عملکرد رفتاری و شناختی آنها تأثیر به سزایی داشت. این پژوهش درمان کاهش استرس بر مبنای ذهن آگاهی را در جهت بهبود سلامت روان بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان اختلالات روانی در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان دختر مجرد اهواز پیشنهاد می کند.

منابع و مأخذ

- آزاد مرزآبادی، اسفندیار، کمال مقتدایی و سعید آریان پور. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش و ذهن آگاهی بر بهبود علائم روان شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه*، مجله علوم فناوری، سال هفتم، شماره ۱، ص ۲۴.
- باباپور، خیرالدین، حمید پورشریفی، تورج هاشمی و عزت الله احمدی. (۱۳۹۱). رابطه مولفه های فرا شناخت و ذهن آگاهی با باورهای وسواسی دانش آموزان، دوره ۱، ص ۲۳.
- پالمر، ا. (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی. ترجمه ن. یوسفی، اصفهان: انتشارات پرسش، چاپ اول (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۱).
- خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۱). مسائل نوجوانان و جوانان، انتشارات انجمن اولیا و مربیان، ص ۲۳.
- سادوک، بنیامین و هارولد کاپلان. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی، ترجمه فرزین رضاعی، انتشارات ارجمند، تهران، بنجامین جیمز- آکوت سادوک، ویرجینا، ص ۷۰.
- سجادیان، ایلناز. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال- اجبار در زنان شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی- دانشگاه اصفهان علائم روان شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مجله علوم فناوری، سال هفتم، شماره ۱. ص ۲۴.
- فرانکل، و. (۱۹۶۷). انسان در جستجوی معنی. ترجمه معارفی، ا (۱۳۸۶) چاپ هشتم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. کاویانی، ح.، جواهری، ف.، و بحیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثر بخشی

- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش
ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱۷(۱)، ۵۹-
۴۹.
- کلارک، د. و فربورن، ک. (۱۳۸۶). درما نهایی شناختی- رفتاری. ترجمه ح. کاویانی. تهران:
مهر کاویان.
- کوتلر، ا. (۲۰۰۳). مهارتهای مشاورهای برای معلمان. ترجمه یوسفی، ن. ۱۳۸۵. اهواز:
نشر تراوا.
- گلپورچهر کوهی، رضا و محمد امینی. (۱۳۸۰). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر
ذهن آگاهی بر افزایش ابراز وجود دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان، دانشگاه یزد.
- معصومی، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و
اضطراب دانش آموزان شهرستان محلات، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی-
دانشگاه اصفهان.
- معصومیان، سمیرا، محمود گلزاری، محمدرضا شعیری و سیروس مومن زاده. (۱۳۹۱).
اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی بیماران
مبتلا به کمردرد مزمن، فصلنامه علمی پژوهش بیهوشی و درد، دوره ۳، شماره ۲، ص ۸۲.
- نجاریان، ب. و داودی، ا. (۱۳۸۰). ساخت و اعتبار یابی SCL-90-R فرم کوتاه شده، مجله
روانشناسی و علوم تربیتی اهواز، (۳)، ۲، ۱۳۶-۱۴۹.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., Garcia-Soriano, G., Cabedo, E. &
Carri, A. (2010). Dysfunctional Belief Domains Related to obsessive-
Compulsive Disorder: A Further Examination of their Dimensionality and
Specificity. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 1. 376-388.
- Brausch, B. 2011. The role of mindfulness in academic stress, self-
efficacy, and achievement in college students, Illinois University
publications.
- Corey, G. 2004. Theory and practice of counseling and psychotherapy.
Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Derogotis, L. R. (1975). The SCL-90-R. Baltimore: Clinical Psychometric
Research.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
DSM-V. 2013, American psychiatric Association, 659.

- Duncan BL., Miller SD., Wampold BE., Hubble MA. 2009, *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, dc: American psychotically Association.
- Hartman T. 2010, *Mindfulness and well-being: testing for mediation and productiveness*, Illinois University publications.
- Hennelly S., 2011, *The immediate and sustained effects of the mindfulness programme on adolescents' aggression and academic functioning*. Thesis submitted for Master of Research in Psychology, Oxford Brookes University (unpublished).
- Jentery D. 2007, *Anger manyement and may not help at all*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 3,433-441.
- Kabat-Zinn J. 2002, *Mindfulness-based interventions in concontext: past,present and facture*. *clinicol psychology: science and practice*,10,144-156.
- Lau T., and Hue R. 2011, *A comparative study of mindfulness-based and behavioral-cognitive therapy in the treatment of aggression*. *Journal of Applied School Psychology*, 32 (1), 24-38.
- Liehr P., and Diaz N. 2010, *A pilot study examining the effect of mindfulness on depression and anxiety for minority children*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, 69–71.
- McCloy SG. 2009, *A preliminary study of mindfulness in children as a conceptual framework for coping with bullying*. *Dissertation Abstracts International*, 65 (8), 2898.
- Mcevoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S.J. & kingsep, P. (2009). *Changes in post- eventprocessing and Meta cognitions during cognitive behavioral group therapy for socialphobia*. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 617-623.
- Moore A., and Malinowski P. 2009, *Meditation, Mindfulness and cognitive flexibility*. *Consciousness and cognition*, 18, 176-186.
- Pellegrino B. 2012, *Evaluating the Mindfulness-Based and Cognitive-Behavior Therapy for Anger Management Program: PCOM Psychology Dissertations*.
- Roth, B., & Robbins, D. (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life*. *Psychosomatic medicine*, 66 (1), 113-1.
- Schonert-Reichl KA., and Lawlor MS. 2010, *The effects of a Mindfulness Based Education Program on Pre- and Early Adolescents' Well-Being and Social and Emotional Competence*. *Mindfulness*, 1 (3), 137-151.
- Schwartz J., Gulliford E., Stier J., and Thienemann M., 2005, *Mindful Awareness and delf-Directed Neuroplasticity: Integrating Psyvhospiritual and biological approaches to mental health with focous on OCD*.

- Semple RJ., Reid EF., and Miller L. 2010, Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children.
- Siegl RD, 2010, *The mindfulness Solution leveryday practices for everyday problem.* New York. Guilford.

فصلنامه پویش در آموزش علوم تربیتی و مشاوره