MEJDS. 2024; 14:84.
Published online 2024 Sep. **Original Article**

Investigating the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on the Level of Self-Actualization, Feelings of Loneliness, and Suicide Tendencies of Homeless Male Adolescents

Khakpour A[1], *Bakhshi Mashhadloo M[2], Shafaei J[2]

Author Address
1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;
2. PhD in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
***Corresponding Author Email:** bakhshimohammad32@gmail.com

Received: 2023 January 9; **Accepted:** 2023 January 29

Abstract

Background & Objectives: Adolescence is one of the most sensitive and important periods in a person's life. Among the apparent examples of mental health disorders is suicide, which is one of the painful phenomena that society faces during adolescence. Feeling alone as a causal factor in adolescents' general health and well–being has serious immediate and long–term consequences. People's lives have an essential role in the occurrence of many mental disorders and abnormalities, according to therapists, so not paying attention to this important issue and solving it ineffectively in people will cause unbearable damage, especially in the mental, psychological, and emotional fields. Self–actualization is also a model of how a person behaves to achieve happiness, health, and normal activity. A diverse range of therapeutic approaches have been developed to improve the mental and emotional problems of homeless male adolescents, including new therapeutic approaches and third–generation therapies such as cognitive therapy based on mindfulness. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the level of self–actualization, loneliness, and suicidal tendencies of homeless male adolescents.

Methods: The present research method was quasi–experimental, using a pretest–posttest design with a control group. The study's statistical population consisted of all homeless male adolescents living in Garami County, Moghan City, Iran, totaling 213 people in the first half of 2020. A random sampling method was used to select the research sample. A total of 30 qualified volunteers were placed in two experimental and control groups (15 people in each group). After the pretest, mindfulness interventions were conducted based on the bibliographic guide of mindfulness–based therapy of Segal et al. (2018) in ten 60–minute sessions. At the end of the posttest sessions, the Self–actualization questionnaire (Esmaeil Khani et al., 2001), the Revised UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980), and the Beck scale for suicide ideation (Beck & Steer, 1991) were used to collect data. The inclusion criteria include a feeling of loneliness and a high suicidal tendency based on the pretest scores, a teenager aged 13 to 19 years old, being a native of Garami county, not suffering from mental diseases, not suffering from physical diseases, voluntary willingness to participate in the study, having sufficient reading literacy and writing to complete the questionnaires, verbal communication ability and the informed consent of the supervisor, and the criteria for exiting the research were simultaneous participation in other psychotherapy, absence of more than three sessions. All necessary ethical points were presented to the participants, including stating the research objectives, confidentiality of information, and allowing volunteers to continue their cooperation, among other issues. Data analysis from completing the questionnaires was performed at two levels: descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and inferential statistics (analysis of covariance) in SPSS statistical software version 22. The significance level of the data was set at 0.05.

Results: The results showed no significant difference between the average posttest scores of the control and experimental groups in the variable of self–actualization (p=0.633). However, the average scores of the variables of loneliness and suicidal tendency decreased in the posttest compared to the pretest (p=0.008, p<0.001, respectively).

Conclusion: Based on the findings, the cognitive therapy training program based on mindfulness, despite not being effective in self–actualization, is effective in reducing the feelings of loneliness and suicidal tendencies in homeless boys.

Keywords: Mindfulness, Self–actualization, Loneliness, Suicide, Homeless teenagers.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۸۴.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودشکوفایی، احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان پسر بی‌سرپرست

اصغر خاکپور[۱]، *محمد بخشی مشهدلو[۲]، جلال شفائی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** bakhshimohammad32@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹دی۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۹بهمن۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان بی‌سرپرست به‌دلیل محرومیت‌های عاطفی دوران کودکی آسیب‌پذیری بیشتری درمقایسه با نوجوانان عادی دارند؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان پسر بی‌سرپرست انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان پسر بی‌سرپرست در شهرستان گرمی (مغان) به‌تعداد ۲۱۳ نفر در شش‌ماههٔ نخست ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد و سی نفر از افراد واجد شرایط داوطلب در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. بعد از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش مداخلات درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را طی ده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای دریافت کرد و در انتهای جلسات پس‌آزمون گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی اهواز (اسماعیل‌خانی و همکاران، ۱۳۸۰) و مقیاس احساس تنهایی (راسل و همکاران،۱۹۸۰) و مقیاس افکار خودکشی بک (بک و استیر، ۱۹۹۱) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های گواه و آزمایش در متغیر خودشکوفایی تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۰/۶۳۳)؛ اما میانگین نمرات متغیرهای احساس تنهایی و گرایش به خودکشی به‌ترتیب با (p=۰/۰۰۸) و (p<۰/۰۰۱) در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، برنامهٔ آموزشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باوجود اثربخش‌نبودن بر خودشکوفایی، در کاهش میزان احساس تنهایی و گرایش به خودکشی در نوجوانان بی‌سرپرست مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، خودشکوفایی، احساس تنهایی، خودکشی، نوجوانان بی‌سرپرست.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

نوجوانی[1] از دوران حساس‌تر و مهم‌تر زندگی هر فرد است و دورهٔ بسیار مهم و حیاتی در شکل‌گیری شخصیت فرد به‌شمار می‌رود. از آن لحاظ که اساس جامعهٔ آینده را نوجوانان امروز شکل می‌دهند، نباید به این دوران بی‌توجهی کرد. بررسی‌ها نشان داد، توجه کمتر به قشر نوجوان و خواسته‌های آنان، همواره با معضلات اجتماعی بیشتر همراه است؛ در چنین وضعیتی، اگر این نوجوانان فاقد سرپرست باشند و در مراکز بهزیستی یا خانه‌های تحت حمایت دولت مجبور به زندگی باشند، با مشکلات و وضعیت استرس‌زای دوچندانی روبه‌رو خواهند شد. نوجوانان بی‌سرپرست به‌دلیل فقدان‌ها و محرومیت‌های عاطفی و... که از دوران کودکی تجربه کرده‌اند، آسیب‌پذیری بیشتری درمقایسه با نوجوانان عادی دارند و به دنیای اطراف خود حساس‌تر هستند. در ادبیات روان‌شناسی خانواده، بی‌سرپرستی[2]، به فقدان رابطهٔ مؤثر نوجوان با والدین اشاره می‌کند که طیف وسیعی از نوجوانان فاقد پدر، نوجوانان خانواده‌های آواره، نوجوانان شبانه‌روزی، نوجوانان بی‌خانمان و نوجوانان ناتوان از سرپرستی مؤثر نوجوان را در برمی‌گیرد (۱). بررسی‌های مشخص کرد، نوجوانان بی‌سرپرست و ساکن در مراکز شبانه‌روزی با مشکلات متعددی مثل اختلالات دلبستگی، کمبود مهارت‌های اجتماعی، فقر مالی و مشکلات سلامت روانی و عاطفی مواجه می‌شوند (۲).

ازجمله مصادیق بارز اختلال در سلامت روانی، خودکشی[3] است. خودکشی از پدیده‌های دردناکی است که جامعه در دوران نوجوانی با آن مواجه می‌شود. افکار خودکشی به اشتغالات ذهنی اشاره دارد و دامنهٔ آن افکار زودگذر دربارهٔ پوچ‌بودن زندگی و آرزوی مرگ تا طرح عملی برای نابودی خود را شامل می‌شود. اقدام به خودکشی همیشه از فکرکردن دربارهٔ نابودی خود آغاز می‌شود و از شاخصه‌های مهم‌تر سلامت روانی‌اجتماعی افراد در جامعه به‌شمار می‌آید (۳). در سطح جهان، خودکشی دومین علت شایع مرگ‌ومیر در افراد ۱۵تا۲۹ساله است. تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، به‌طور چشمگیری زیاد است. محققان دریافتند، شیوع میزان خودکشی در حدود ۱۰سالگی بسیار کم است؛ اما به‌سرعت در بین ۱۷تا۲۹سالگی افزایش می‌یابد (۴).

صاحب‌نظران حوزهٔ رفتاری با تأکید بر نقش احساس تنهایی[4] در بهزیستی روان‌شناختی افراد، بر نقش سبب‌شناختی این مؤلفه و تبعات و عارضه‌های ناشی‌از آن تأکید اساسی کرده‌اند (۵)؛ به‌بیان‌دیگر، از نظر درمانگران، احساس تنهایی، در بروز بسیاری از اختلالات روانی و ناهنجاری‌ها، نقش اساسی دارد؛ به‌طوری‌که بی‌توجهی به این مهم و حل ناکارآمد آن در افراد، صدمات جبران‌ناپذیری به‌خصوص در حوزه‌های روحی و روانی و عاطفی به‌همراه خواهد داشت (۶). بررسی‌ها نشان داد، نوجوانان و افرادی که در بدو بزرگسالی هستند، آمادگی درونی و ذاتی برای تجربه‌کردن طردشدگی و انزوا و حس تنهایی دارند. طبق اطلاعات و نتایج آماری راجع به تجربهٔ حس تنهایی، بیشترین میزان طیف سنی مستعد حس تنهایی که ۷۹درصد آن درحال تجربه‌کردن چنین حسی‌اند، نوجوانان هستند. در طیف مقابل آنان، بزرگسالان با دامنهٔ سنی ۴۵تا۵۴ سن، فقط به‌میزان ۵۳درصد حالت درونی و روحی خود را به‌شکل تنهایی توصیف و گزارش می‌کنند. در بزرگسالان بیشتر از ۵۵ سال نیز این مقدار ۳۷درصد عنوان شده است (۷). احساس تنهایی در نظر روان‌شناسان، به‌صورت حالت و تجربهٔ عاطفی و روانی منفی، آزارنده، کشنده و ناخوشایندی توصیف می‌شود که آدمی در روابط اجتماعی خود به‌شخصه حس می‌کند و این وضعیت منفی و آزارنده در درون فرد، با گذشت زمان، تبدیل به نوعی مشغلهٔ ذهنی، کسالت روحی و فرار از جمع خواهد شد (۸)؛ به‌سخن‌دیگر احساس تنهایی بیان‌کنندهٔ آگاهی شناختی شخص، از کمبودها و ضعف‌های خود در زنجیرهٔ روابط اجتماعی است که به احساساتی مانند پوچی، اضطراب، غمگینی و دلهره منجر می‌شود (۹).

میزان آگاهی فرد دربارهٔ خویشتن، نقش مهمی در رهایی از احساس تنهایی و افسردگی دارد. خودشکوفایی[5] گرایش بنیادین هر شخص برای تحقق‌بخشیدن هرچه بیشتر به توانایی‌های نهفتهٔ خود و بهره‌وری کامل از استعدادها و ظرفیت‌ها و نیروهای بالقوه است؛ به‌گونه‌ای که هر فرد به یکپارچگی کامل نیازهای جسمانی، عاطفی، اجتماعی، ذهنی و عاطفی و نیز به بیشترین ادراک از خود نائل آید (۱۰). خودشکوفایی که به زبان دیگر همان تحقق خویشتن است، جزو نیازهای زیستی و روانی هر فرد به‌شمار می‌رود و تحقق این امر در زندگی هر شخص و نوجوانان، بیانگر کمال و سلامت روانی و رضایت از خود خواهد بود (۱۱). برلسون[6] اعتقاد داشت که خودشکوفایی، نیروی رشدی و بخشی از طبیعت ژنتیکی آدمی است و نیاز بنیادی موجود زنده، میل درونی او به تحقق‌بخشیدن حفظ تعالی خویش است که تحت‌تأثیر این تمایل اساسی، موجود زنده درجهت رشد، خودنظمی، خودشکفتگی، استقلال، مسئولیت، بقا و تعالی نفس، تسلط بر نفس، خودرهبری و خودمختاری درحال حرکت است (به‌نقل از ۱۱). مشکلات روان‌شناختی نوجوانان بی‌سرپرست و شرایط محیطی و درونی این طیف که بیشتر متأثر از گذشتهٔ آنان و حالت‌های ناگوار روحی و روانی به‌سبب فقدان و مسائل این‌چنینی است، نیاز فزاینده‌ای به بهبودی درجهت عملی‌کردن توانایی‌های نهفتهٔ این دسته از افراد را می‌طلبد که به‌عنوان نیروهای جوان و سازندگان کشور هستند؛ به‌نحوی‌که این طیف از درمان‌ها باتوجه به خصیصهٔ درمانی بارز آن‌ها، در پی کمک به فرد برای پذیرش گذشته و لذت از زمان حال و استفاده از امکانات موجود درجهت سازندگی آینده است (۱۲).

گسترهٔ متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود مشکلات روانی و عاطفی نوجوانان بی‌سرپرست شکل گرفته است که از رویکردهای درمانی جدید و درمان‌های نسل سوم می‌توان به درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[7] اشاره کرد. این درمان در اصل به‌دنبال تغییر شناخت نیست و سعی می‌کند ارتباط روان‌شناختی فرد را با افکار و احساساتش افزایش دهد. این رویکرد درمانی، برای کاهش یا ازبین‌بردن مسائل و مشکلات

---

[1]. Youth
[2]. Carelessness
[3]. Suicide
[4]. Feeling lonely
[5]. Self-actualization
[6]. Berilsoon
[7]. Cognitive Therapy based on Mindfulness

زندگی و ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های روانی افراد به‌کار می‌رود (۱۳). ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوهٔ «بودن» یا یک شیوهٔ «فهمیدن» توصیف کرد که نیازمند درک‌کردن احساسات شخصی است. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند بی‌طرفانه، بدون‌داوری و مغرضانه رفتارکردن به مشاهدهٔ محتوای آگاهی بپردازد و بتواند درمان را به‌نحو احسن پیش ببرد (۱۴). به‌نظر می‌رسد این نوع رویکرد درمانی، تأکیدش بیشتر بر شناخت است؛ همچنین اصول و رویهٔ آن به‌گونه‌ای است که تلاش می‌کند بر قسمت مهمی از سطوح شخصیت فرد یعنی همان خود، تأکید کند. از نظر این طیف، تأکید بر خود و تمرکز بر آن باعث کمک به فرد در رؤیت افکار و احساسات خود می‌شود؛ به‌طوری‌که آن افکار و احساسات را وقایع سادهٔ ذهنی در نظر بگیرد (۱۵).

بنابراین باتوجه به مطالب بیان‌شده می‌توان گفت، دوران نوجوانی به‌دلیل نقش و اهمیت آن، در هر زمان مدنظر پژوهشگران و روان‌شناسان بوده است؛ ازطرفی نوجوانی، دورهٔ انتقالی دشواری از وابستگی کودکی به مسئولیت‌پذیری و مستقل‌شدن دوران جوانی است؛ دراین‌بین نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌علت نداشتن شبکهٔ حمایت اجتماعی مناسب در خانواده و محیط زندگی، از آشفتگی‌ها و اختلالات هیجانی و رفتاری رنج می‌برند؛ همچنین مهارت‌های لازم را برای کاهش فشارها و مدیریت مشکلات کسب نمی‌کنند. درمجموع می‌توان گفت، این گروه از نوجوانان ناگزیر با بی‌توجهی و غفلت عاطفی مواجه می‌شوند و به‌تبع آن در طول زندگی خود، مشکلات رفتاری و عاطفی دارند که به‌شکل‌های مختلف مانند شکست تحصیلی، نداشتن موفقیت شغلی، طردشدگی اجتماع و اعتمادبه‌نفس ضعیف، خود را نشان می‌دهند. دراین‌بین اهمیت و تأثیرگذاری درمان شناختی ذهن‌آگاهی در عرصه‌های گوناگون زندگی را نمی‌توان نادیده گرفت. باتوجه به این مهم، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان پسر بی‌سرپرست بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تحقیق را تمامی نوجوانان پسر بی‌سرپرست در شهرستان گرمی (مغان) به‌تعداد ۲۱۳ نفر، طبق آمار اعلامی ادارهٔ بهزیستی و کمیتهٔ امداد این شهرستان در شش‌ماههٔ نخست ۱۳۹۹ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونهٔ تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد؛ بدین‌ترتیب که پس از اعلام فراخوان، از بین نوجوانان داوطلب خواهان حضور در طرح و واجد شرایط ورود به مطالعه، سی دانش‌آموز پسر طبق نمرات آن‌ها در پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی اهواز[1] (۱۶) و مقیاس احساس تنهایی[2] (۱۷) و مقیاس افکار خودکشی بک[3] (۱۸)، به‌روش تصادفی ساده در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. باتوجه به اینکه در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی حداقل تعداد پیشنهادی برای هر گروه پانزده نفر است، در پژوهش حاضر تعداد اعضای گروه‌ها را می‌توان مناسب دانست (۱۹). ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل نمرهٔ کمتر از ۴۲ در خودشکوفایی، نمرهٔ بیشتر از ۵۰ در احساس تنهایی، نمرهٔ بیشتر از ۱۶ در گرایش به خودکشی در پیش‌آزمون، نوجوان ردهٔ سنی ۱۳تا۱۹ سال، بومی شهرستان گرمی بودن، مبتلانبودن به بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمانی، تمایل داوطلبانه به شرکت در مطالعه، داشتن سواد کافی خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، توان ارتباط کلامی و رضایت آگاهانهٔ سرپرست بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، شرکت هم‌زمان در روان‌درمانی دیگر و غیبت بیش از سه جلسه در نظر گرفته شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی اهواز (اسماعیل‌خانی و همکاران، ۱۳۸۰): پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی، مقیاسی تک‌بُعدی و دارای ۲۵ سؤال است (۱۶). پاسخ سؤالات پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت چهاردرجه‌ای است و برای نمره‌گذاری آن از الگوی هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی اوقات=۳ و اغلب اوقات=۴ استفاده می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. نمرات بین ۲۵تا۴۲ خودشکوفایی فرد ضعیف و نمرات بین ۴۲تا۶۲ خودشکوفایی فرد متوسط و نمرات بیشتر از ۶۲ خودشکوفایی فرد قوی را نشان می‌دهد (۱۶). پایایی پرسش‌نامه توسط سازندگان آن به دو روش بازآزمایی و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سنجیده شد و ضرایب پایایی در دو روش ۰/۹۲ و ۰/۹۰ بود. برای به‌دست‌آوردن اعتبار پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی، این مقیاس با سه مقیاس ملاک شامل پرسش‌نامه‌های اضطراب نجاریان و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[4] و پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس کوپر اسمیت[5]، به آزمودنی‌های نمونه سنجش اعتبار داده شد و نتایج به‌شرح زیر بود: بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی و پرسش‌نامهٔ اضطراب، ضریب همبستگی برابر با ۰/۷۳۰ـ، بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ضریب همبستگی برابر ۰/۷۷ـ و بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی و پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس r=۰/۶۶ به‌دست آمد (۱۶).

ـ مقیاس احساس تنهایی (راسل و همکاران، ۱۹۸۰): پرسش‌نامه شامل بیست سؤال و به‌شکل چهارگزینه‌ای، ده جملهٔ منفی و ده جملهٔ مثبت است (۱۷) .در این پرسش‌نامه امتیازات به‌صورت هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی=۳ و همیشه=۴ است؛ ولی امتیاز سؤالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ برعکس است؛ یعنی هرگز=۴، به‌ندرت=۳، گاهی=۲ و همیشه=۱ است. دامنهٔ نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) قرار دارد. میانگین نمره ۵۰ و نمرهٔ بیشتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است (۱۷). پایایی مقیاس به‌روش بازآزمایی توسط راسل و همکاران، ۸۹درصد به‌دست آمد. همچنین راسل و همکاران، پایایی این مقیاس را در بازآزمایی مجدد ۰/۷۸ گزارش کردند. در محاسبهٔ روایی این پرسش‌نامه از راه همبسته‌کردن نمره‌های

[1]. Ahvaz Self-Actualization Inventory
[2]. Loneliness Scale
[3]. Beck Scale for Suicide Ideation
[4]. Beck Deppression Inventory
[5]. Cooper Smith Self-Esteem Questionnaire

حالت تنهایی با افسردگی (r=۰/۴۱) و اضطراب (۰/۳۵) ضرایب معناداری به‌دست آمد (۱۷). راسل و همکاران در بررسی اعتبار افتراقی مقیاس احساس تنهایی، ضریب همبستگی افسردگی و احساس تنهایی را ۰/۵۲ گزارش کردند (۱۷). بحیرایی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را که به‌عنوان شاخص همسانی درونی مقیاس استفاده شد، برابر با ۰/۸۸۹ گزارش کرد و با حذف سؤال ۹ مقیاس که دارای کمترین ضریب همبستگی بود، ضریب آلفا کمی افزایش یافت و به ۰/۸۹ رسید. به‌منظور بررسی دقیق اعتبار سازه و تعیین عوامل، داده‌های پژوهش هدف تحلیل عاملی با روش چرخش واریماکس قرار گرفت. تحلیل عامل مقیاس احساس تنهایی، وجود چهار عامل را در آزمون نشان داد که درمجموع ۵۱/۲درصد از واریانس نمره‌ها را تبیین کردند. در این پژوهش، ضریب همبستگی میان نمرات احساس تنهایی و افسردگی (r=۰/۶۷) به‌عنوان شاخصی از اعتبار افتراقی، معنادار بود (۲۰).

ـ مقیاس افکار خودکشی بک (بک و استیر، ۱۹۹۱): این مقیاس دارای نوزده ماده و سه خرده‌مقیاس تمایل به مرگ و آمادگی برای خودکشی و تمایل به خودکشی واقعی است (۱۸). تمایل به مرگ شامل سؤالات ۱تا۵ و آمادگی برای خودکشی شامل سؤالات ۶تا۱۲ و تمایل به خودکشی واقعی شامل سؤالات ۱۳تا۱۹ می‌شود. پاسخ‌گویی به سؤالات براساس سه‌درجهٔ نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. پاسخ‌گو باید پاسخ خود را با تعیین یکی از این سه گزاره تعیین کند. نمرهٔ هر سؤال به‌صورت گزینهٔ اول=صفر و گزینهٔ دوم=۱ و گزینهٔ سوم=۲ است و سؤالات ۱۸ و ۱۹ در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. نمرهٔ کلی فرد براساس جمع نمرات به‌دست می‌آید که از صفر تا ۳۸ است (۱۸). همبستگی درونی این مقیاس ۰/۸۹درصد و پایایی بین آزمایندهٔ آن r=۰/۸۳ بود. اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس سنجش خطر خودکشی، معادل r =۰/۶۹ و p<۰/۰۰۱ به‌دست آمد (۱۸). انیسی و همکاران، اعتبار مقیاس افکار خودکشی بک را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۸ گزارش کردند (۲۱).

ـ گروه آزمایش طی هشت جلسه درمعرض آموزش‌های درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت و در این مدت گروه گواه هیچ آموزش روان‌شناختی مدونی دریافت نکرد. جلسات به‌مدت نود دقیقه و هر هفته دوبار برگزار شد. پروتکل درمانی استفاده‌شده، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ارائه‌شده در جدول ۱ برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی‌بر حضور ذهن (سگال و همکاران، ۲۰۱۸ بود (۱۹)؛ درضمن روایی جلسات مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در تحقیقات مختلفی به‌تأیید رسید (۲۲،۲۳). تمامی نکات اخلاقی لازم، اعم‌از بیان اهداف پژوهش، رازداری و آزادگذاشتن داوطلبان برای ادامهٔ همکاری و سایر موضوعات به شرکت‌کنندگان ارائه شد؛ همچنین تحلیل داده‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در دو سطح آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار، فروانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون‌های لون، کلموگروف‌اسمیرنف، شیب همگنی رگرسیون، تحلیل کوواریانس) در نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

جدول ۱. جلسات درمانی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (۱۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تنظیم خط مشی کلی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبهٔ وارسی جسمانی، شکل‌دهی به گروه، اجرای پیش‌آزمون تکلیف خانگی: معطوف‌کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و پیاده‌کردن آموخته‌ها در خوردن یک دانه کشمش، دربارهٔ مسواک‌زدن یا مطالعهٔ کتاب
دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبهٔ وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات تکلیف خانگی: ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف‌کردن توجه به یک فعالیت روزمره به‌شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربهٔ واقعه‌ای خوشایند
سوم	حضور ذهن روی تنفس، حرکت به‌شیوهٔ حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس تکلیف خانگی: تمرین تنفس و کشش و حرکت به‌شیوهٔ حضور ذهن، تمرین سه‌دقیقه‌ای تنفس سه‌بار در روز
چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبهٔ نشسته، راه‌رفتن با حالت حضور ذهن تکلیف خانگی: مراقبهٔ نشسته، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای (درزمان تجربهٔ احساسات ناخوشایند)
پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبهٔ نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی‌یابی از چگونگی واکنش‌دهی دربرابر افکار و احساسات و حس‌های جسمانی تکلیف خانگی: مراقبهٔ نشسته، سه دقیقه فضای تنفس
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج‌کردن آن‌ها از ذهن بدون‌قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها
هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبهٔ نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی‌بردن به روابط بین فعالیت و خُلق تکلیف خانگی: گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده‌سازی بعد از دوره
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خُلقی در آینده، مراقبهٔ وارسی جسمانی، به‌پایان رساندن مراقبه، مروری بر جلسات دوره، اجرای پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه تکلیف خانگی: ارائهٔ تکلیفی به‌عنوان انتخاب برنامه‌ای به‌منظور تمرین خانگی به شرکت‌کنندگان، با امکان اجرا تا ماه بعد

۳ یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونهٔ مطالعه‌شده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی نمونهٔ آماری براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی

گروه	زیرگروه	گروه گواه		گروه آزمایش	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
گروه سنی	۱۳تا۱۴	۳	۲۰/۰۰	۴	۲۶/۶۴
	۱۵تا۱۶	۳	۲۰/۰۰	۲	۱۳/۳۲
	۱۷تا۱۸	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳
	۱۹	۴	۲۶/۶۴	۴	۲۶/۶۴
ترتیب تولد	اول	۷	۴۶/۶۲	۶	۳۹/۹۶
	دوم	۵	۳۳/۳۳	۷	۴۶۳۶۲
	سوم	۲	۱۳/۳۲	۲	۱۳/۳۲
	بیشتر	۱	۶/۶۶	–	–
مقطع تحصیلی	متوسطهٔ اول	۷	۴۶/۶۲	۷	۴۶/۶۲
	متوسطهٔ دوم	۸	۵۳/۲۸	۸	۵۳/۲۸
بیماری جسمی	بله	۲	۱۳/۳۲	۱	۶/۶۶
	خیر	۱۳	۸۶/۵۸	۱۴	۹۳/۲۴

نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه شامل سی دانش‌آموز (هر گروه پانزده نفر)، در جدول ۲ براساس چهار متغیر گروه سنی، ترتیب تولد، مقطع تحصیلی و بیماری جسمی آورده شده است. به‌علت اینکه افراد نمونه هیچ‌گونه بیماری روانی نداشتند، در جدول ۲ به آن اشاره نشده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
خودشکوفایی	آزمایش	۳۲/۱۰	۵/۹۶	۳۱/۹۹	۶/۳۲	۰/۲۳۳	۰/۶۳۳	۰/۰۰۹
	گواه	۳۲/۳۳	۶/۷۳	۳۲/۴۱	۶/۶۲			
احساس تنهایی	آزمایش	۳۹/۱۲	۱۱/۰۳	۳۷/۵۰	۱۰/۳۱	۸/۰۹۲	۰/۰۰۸	۰/۲۳۱
	گواه	۳۹/۷۳	۱۱/۲۵	۳۹/۶۲	۱۰/۶۵			
گرایش به خودکشی	آزمایش	۱۵/۰۶	۲/۰۵	۱۱/۴۰	۱/۹۵	۴۸/۲۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۰
	گواه	۱۴/۹۳	۲/۴۰	۱۴/۸۹	۲/۱۲			

باتوجه به نتایج جدول ۳، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه باگروه گواه، در متغیرهای احساس تنهایی و گرایش به خودکشی کاهش یافت؛ اما در گروه گواه تغییری محسوس مشاهده نشد. همچنین در نمرات متغیر خودشکوفایی، آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر درخورتوجهی وجود نداشت.

برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده‌شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف‌اسمیرنف بررسی شد. باتوجه به مقدار احتمال آزمون کلموگروف‌اسمیرنف برای متغیرهای خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، نرمالیتی توزیع این متغیرها رد نشد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون لون مشخص کرد، مقدار آماره برای متغیرهای خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی معنادار نبود (p>۰/۰۵). این مطلب نشان داد، واریانس خطای متغیرها تفاوت دارد و واریانس‌ها باهم برابر است. باتوجه به این نتایج پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مجاز بود. همچنین طبق نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون و باتوجه به اینکه سطح معناداری به‌دست‌آمده برای اثرات تعاملی متغیرهای مستقل و وابسته بیشتر از سطح معناداری ۰/۰۵ بود گفته می‌شود، شیب رگرسیونی در مدل تحقیق همگن بود و می‌توان از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و این پیش‌شرط تحلیل کوواریانس رعایت شد. علاوه‌براین از آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرها استفاده شد و نتایج آزمون معنادار بود (۰/۶۹۲=لامبدای ویلکز، p<۰/۰۰۱)؛ یعنی بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج تحلیل

کوواریانس نشان داد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیرهای احساس تنهایی (p=۰/۰۰۸) و گرایش به خودکشی (p<۰/۰۰۱) در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایش و گروه گواه، معنادار بود؛ بدین‌معنا که آموزش درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش معنادار میزان احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان پسر بی‌سرپرست مؤثر بود؛ اما بر میزان خودشکوفایی تأثیری معنادار نداشت (p=۰/۶۳۳).

۴ بحث

امروزه استفاده از درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش اختلالات و مشکلات روان‌شناختی جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است. تحقیق حاضر اثربخشی این روش را بر میزان خودشکوفایی و احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان بررسی کرد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر مشخص شد، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودشکوفایی نوجوانان پسر بی‌سرپرست تأثیر معناداری نداشت. یافته‌های این تحقیق با نتایج قبلی همسو نیست که به‌نظر می‌رسد به‌دلیل تفاوت در جامعهٔ آماری و ویژگی‌های روحی و عاطفی نوجوانان بی‌سرپرست است. درحال‌حاضر براساس نتایج به‌دست‌آمده به‌نظر می‌رسد، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی نتوانسته است موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد در نوجوان بی‌سرپرست شود. پشت‌یافته و میردریکوند، در پژوهش خود نشان دادند، آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش خودکارآمدی و خودشکوفایی اجتماعی می‌شود و ارائهٔ آموزش ذهن‌آگاهی، بیماران را از نقاط ضعف و قوت خود و کاستن از ضعف‌های خویش آگاه می‌کند (۱۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت، باتوجه به اینکه نوجوانان بی‌سرپرست رویدادها و پدیده‌ها را به‌همان صورتی که در دنیای پیرامون رخ می‌دهد، مشاهده، توصیف و بیان نمی‌کنند و در اثر شرایط روحی و عاطفی خود نوعی شناخت غیرواقع‌بینانه به جامعهٔ اطراف و اموری دارند که با آن‌ها مواجه می‌شوند، این شناخت باعث شکل‌گیری آگاهی و تصوری نادرست از محیط و خود خواهد شد؛ بنابراین باورهای مربوط به خودشکوفایی در نوجوانان بی‌سرپرست شکل نمی‌گیرد (۲۴). وقتی افراد به‌خصوص افراد آسیب‌دیدهٔ اجتماعی آموزش ذهن‌آگاهی را دریافت می‌کنند، این امکان برای آن‌ها فراهم می‌شود در شرایط سخت و دشوار زندگی، تصورات و راه‌حل‌های قالبی، خودمحور، مبتنی‌بر تجربیات شخصی، محدود و واقعیت‌های محسوس را کنار گذارند و با طرح سؤالات منطقی و بازبینی مداوم راه‌حل‌های ممکن، به تصمیم‌های هوشمندانه و منطقی دست یابند؛ اما نوجوانان بی‌سرپرست تحت‌تأثیر افکار ناکارآمد خود قرار دارند و نمی‌توانند از مزایای آموزش ذهن‌آگاهی بهره‌مند شوند (۲۱). باتوجه به مطالب بیان‌شده می‌توان این‌گونه عنوان کرد که درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در نوجوانان بی‌سرپرست به‌دلیل سرگذشت روحی و روانی خاص آن‌ها، تغییرات شخصیتی و درونی انجام‌یافته، طرح‌واره‌ها و ساخت‌های ذهنی معیوبشان در گذشته، آنچنان که باید بر مقولهٔ مذکور در این طیف افراد تأثیر مثبت و بهینه بگذارد، موفق نیست یا به‌زبانی بهتر نمی‌تواند فرصتی برای این نوجوانان فراهم کند که از توانایی‌ها و قابلیت‌های خود آگاه شوند و بی‌قضاوت به روابط خود با دیگران بنگرند و درنتیجه قادرنیستند به خودشناسی کافی برسند.

همچنین براساس یافته‌های پژوهش مشخص شد، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان احساس تنهایی نوجوانان پسر بی‌سرپرست تأثیر معناداری داشت و میزان احساس تنهایی نوجوانان بی‌سرپرست در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون به‌صورت معناداری کاهش یافت. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های قبلی همسوست. عباسی آبرزگه و همکاران، با بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر احساس تنهایی و ناامیدی دختران دریافتند، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش احساس تنهایی و ناامیدی دانشجویان دختر نقش مؤثری دارد (۲۲).

در تبیین اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت، افراد دارای احساس تنهایی، افرادی هستند که بیش‌ازاندازه به خود توجه دارند و به‌دلیل ارزیابی‌های منفی از خود رنج می‌برند. این ارزیابی‌های باورهای نادرست به‌حدی است که حالات منفی و جلوگیری از بروز احساسات مثبت در روابط بین‌فردی و مداخلات ارتباطات اجتماعی را در پی دارد. مداخلات درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در این‌گونه افراد ازآنجاکه موجب کاهش برانگیختگی انحرافات شناختی، حفظ کامل توجه فرد به تجربه‌ای مبتنی‌بر وقوع لحظه‌به‌لحظهٔ آن، کنترل آگاهانهٔ توجه، حالت بی‌طرفی و بدون‌قضاوت و پذیرش فکری و تمامی تجارب محیطی، هیجانی، بدنی و فکری می‌شود، دارای نقش قدرتمندی در سازگاری اجتماعی افراد در تمام موقعیت‌های زندگی است (۹). همچنین افراد با احساس تنهایی، چون دارای توجه بیمارگونه‌ای به محیط اطراف خود هستند، مداخلات درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌منزلهٔ روشی درمانی، نقش مؤثری در سازگاری اجتماعی آن‌ها دارد؛ زیرا در این نوع درمان، کنترل توجه درجهت روشن‌کردن و شفاف‌بودن حس‌های بدنی مانند ضربان قلب، تنفس و میزان حرارت بدن از آموزش‌های اصلی درمانگر است. آموزش کنترل توجه باعث می‌شود، افراد ذهن خود را از هرگونه قضاوت‌های منجربه احساس تنهایی، پاک کنند و به‌طور عمیق به زمان حال توجه داشته باشند و آن را به فعالیت‌های روزمرهٔ خود تعمیم دهند (۲۵)؛ بنابراین می‌توان گفت، جلسات درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی فرصت مناسبی برای رهایی نوجوانان از شناخت‌ها و باورهای نادرست است و در کاهش و درمان احساس تنهایی افراد تأثیر دارد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان گرایش به خودکشی نوجوانان پسر بی‌سرپرست تأثیر معناداری داشت و میزان گرایش به خودکشی نوجوانان بی‌سرپرست در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون به‌صورت معناداری کاهش یافت. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های قبلی همسوست. مک‌مانوس و همکاران، در تحقیق خود بر تأثیر درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در بهبود عزت‌نفس در به‌دست‌آوردن اهداف درمانی و کاهش افکار ناکارآمد و افزایش خودپنداره و کاهش نشانه‌های افسردگی و خودکشی تأکید کردند (۲۶).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، ذهن‌آگاهی و آموزش آن سبب تعدیل احساسات بدون‌قضاوت و افزایش آگاهی دربارهٔ

احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح‌دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طورکه اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند. افرادی که ذهن‌آگاهی در آن‌ها زیاد باشد، دربارهٔ فعالیت‌های روزانهٔ خود، آگاهی بیشتری دارند؛ همچنین بیشتر با ویژگی‌های خودکار ذهنشان (به‌طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می‌کنند و آگاهی لحظه‌به‌لحظه را در خود پرورش می‌دهند؛ این امر باعث می‌شود افراد مذکور کمتر افکار خودکشی داشته باشند. باتوجه به مطالب بیان‌شده، این نوع درمان می‌تواند در تعدیل میزان افکار خودکشی در نوجوانان بی‌سرپرست نقش داشته باشد؛ زیرا از جنبه‌های مهم درمان‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی به مقابله بپردازند و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۲۳)؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان گرایش به خودکشی مؤثر است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان خودشکوفایی نوجوانان پسر بی‌سرپرست تأثیر معناداری ندارد؛ اما بر میزان احساس تنهایی و گرایش به خودکشی نوجوانان بی‌سرپرست مؤثر است و کاهش میزان این مؤلفه‌ها را در نوجوانان به‌همراه دارد؛ بنابراین برنامهٔ آموزشی درمانگری شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در درمان و کاهش میزان احساس تنهایی و گرایش به خودکشی در افراد مؤثر باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از داوطلبان شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد رشتهٔ روان‌شناسی بالینی آقای اصغر خاکپور از گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کرده و درصورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند.

تضاد منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول ۴۰درصد و نویسندهٔ دوم ۴۰درصد و نویسندهٔ سوم ۲۰درصد نگارش و آماده‌سازی مقالهٔ حاضر را بر عهده داشتند.

References

1. Chubforoshzadeh A, Saeedmenesh M, Rashidi MS. The effectiveness of group narrative therapy on the self–efficacy of neglected and abused teenage girls in Mashhad welfare centers. In: The 3rd Conference of Psychology and Behavioral Sciences [Internet]. Tehran, Iran: Civilica; 2016 [cited 2024 Dec 01]. [Persian] https://civilica.com/doc/757718/
2. Khodadadi ST. Investigating the effectiveness of the TAME training program on reducing aggression and improving the cognitive regulation of emotion in unsupervised and abusive male adolescents [Thesis for M.Sc. in Department of clinical psychology]. [Iran, Mashhad]: Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2014, pp:45–6. [Persian]
3. Sadri Damirchi E, Samadifard HR. The role of irrational beliefs, mindfulness and cognitive avoidance in the prediction of suicidal thoughts in soldiers. Journal of Military Medicine. 2022;20(4):431–8. [Persian] https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000768_c64a767cb8333cf71b97c055fdd6c3c3.pdf
4. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0
5. Goossens L, Lasgaard M, Luyckx K, Vanhalst J, Mathias S, Masy E. Loneliness and solitude in adolescence: A confirmatory factor analysis of alternative models. Personality and Individual Differences. 2009;47(8):890–4. https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.011
6. Butt M, Moosa S, Ajmal M, Rahman F. Effects of shyness on the self–esteem of 9th grade female students. International Journal of Business and Social Science. 2011;2(12):150–5.
7. Taylor SE, Peplau LA, Sears DO. Social psychology. 11th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.
8. Stoeckli G. The role of individual and social factors in classroom loneliness. The Journal of Educational Research. 2009;103(1):28–39. https://doi.org/10.1080/00220670903231169
9. Tarkhan M. The influence of mindfulness–based cognitive therapies on loneliness feeling and shyness of students. Social Cognition. 2016;5(2):94–106. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_3273_7aa5da61782d1d454c2ae333787e4c9c.pdf

10. Bauer JJ, Park SW, Montoya RM, Wayment HA. Growth motivation toward two paths of eudaimonic self–development. Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well–Being. 2015;16(1):185–210. https://doi.org/10.1007/s10902-014-9504-9
11. Sanagu A, Taghavee A, Behnampoor N, Baiky F. Survey the Status of self–actualization and the related factors among students of Golestan University of Medical Sciences in 2015. Research in Medical Education. 2016;8(1):22–8. [Persian] http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.rme.8.1.22
12. Manshey G, Javanbakht Z. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center. Quarterly Journal of Social Work. 2017;5(4):39–32. [Persian] https://socialworkmag.ir/article-1-165-en.pdf
13. Malouf ET, Youman K, Stuewig J, Witt EA, Tangney JP. A pilot RCT of a values–based mindfulness group intervention with jail inmates: evidence for reduction in post–release risk behavior. Mindfulness (N Y). 2017;8(3):603–14. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0636-3
14. Poshtyafte A, Mirderikvand F. The effectiveness of education awareness of social self–efficacy and Resilience in the patients depends on glass. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2018;5(1):61–7. [Persian] https://ijrn.ir/article-1-341-en.pdf
15. Ghasemi Harandi A, Faruzandeh E. The effectiveness of the approach based on acceptance and commitment on the self–efficacy and quality of life of homeless and abused teenagers. In: The 3rd International Conference on New Approaches in Humanities [Internet]. Iran, Tehran: SID; 2016 [cited 2024 Dec 01]. [Persian] https://www.sid.ir/paper/13969/fa
16. Esmaeil Khani F, Najarian B, Mehrabizadeh Honarmand M. Construction and validation of a scale for the measurement self–actualization. Journal of Humanities. 2001;11(39):1–20. [Persian]
17. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. J Pers Soc Psychol. 1980;39(3):472–80. https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472
18. Beck AT, Steer RA. Beck scale for suicide ideation: manual. San Antonio, TX: Psychological Corp.; 1991, p:63.
19. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat–Zinn J. Mindfulness–based cognitive therapy for depression. 2nd ed. UK, London: The Guilford Press; 2018.
20. Bahirayi H .Standardization of UCLA loneliness scale (version 3) on students attending universities in Tehran. Quarterly of Thought and Behavior. 2015;1(1):6. [Persian]
21. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi S, Ahmadi Noudeh K. Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers. Journal of Military Medicine. 2005;7(1):33–7. [Persian]
22. Abbasi Abrazgeh M, Bor Bor V, Asrari S. The effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy (MBCT) on feelings of loneliness and hopelessness with bad sexual history. In: 3rd Conference of Knowledge and Technology of Psychology [Internet]. Tehran, Iran: Civilica; 2018 [cited 2024 Dec 01]. [Persian] https://civilica.com/doc/929717/
23. Goudarzi M, Ghasemi N, Mirderikvand F, GholamreZaei S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind–awareness components of people with depression symptoms. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018;5(5):53–68. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.5.53
24. Ghorbani H. Investigating the role of cognitive–behavioral group therapy on the self–esteem of homeless teenagers living in welfare hostels [Thesis for Master Degree in Psychology] .[Kermanshah, Iran]: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2004, pp: 31–2. [Persian]
25. Gadampour E, Moradizadeh S, Shakarami M. The study of effectiveness of training of mind consciousness on reduction of the elderly's feeling of loneliness and death anxiety in Sedigh Center of Khoramabad City. Razi Journal of Medical Sciences. 2019;26(4):44–53. [Persian] https://rjms.iums.ac.ir/article-1-5501-en.pdf
26. McManus F, Waite P, Shafran R. Cognitive–behavior therapy for low self–esteem: a case example. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16(3):266–75. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.007