

## اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان

فاطمه چقازردی<sup>۱</sup>، مختار عارفی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> گروه مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان بود. طرح پژوهش، تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۳۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ۱۵ نفر به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزار های پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵)، نگرانی از سلامتی بک (۱۹۹۶) و افکار خودکشی بک (۱۹۹۶) بود. گروه آزمایش در طول ۸ جلسه ی ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی تحت مداخله شناختی رفتاری دریافت کرد. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد مداخله شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان موثر بود.

**واژه های کلیدی:** مداخله شناختی رفتاری، افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی، ناکامی، نوجوانان

## مقدمه

دوره نوجوانی را می توان یکی از مهمترین دوره های زندگی یک فرد دانست. این دوره یک زمان بحرانی رشد و نمو است که از نظر جسمی و روانی تحولات بسیار عمیقی در فرد ایجاد می کند و باعث می شود نظم جسمانی و روانی نوجوان بهم بخورد. نوجوانان در این دوره از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از نظر اجتماعی بسیار شکننده و تاثیرپذیری هستند (خلیلی، ۱۳۹۷). در دنیای امروز، والدین برای تربیت فرزندان خود با چالش های بی شمار و دشواری روبرو هستند. امکانات عصر فناوری که دسترسی همگان را به اطلاعات و قدرت ناشی از آن افزایش داده، مدیریت سنتی والدینی را که مبتنی بر کنترل اطلاعات و قدرت ناشی از آن است، با دشواری روبرو ساخته است. گذر از دوران سنت به مدرنیته سبب شده که کودکان و نوجوانان در معرض انواع آسیب های روانی باشند، به طوری که آخرین تحقیقات نشان می دهد که ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان ایرانی به نوعی از اختلالات روانی رنج می برند. منطبق نشدن والدین با شرایط جدید، باعث ایجاد احساس درماندگی در آنها و در کودکان و نوجوانان شده است (امیریان، ۱۳۹۸). هنگامی که راه دستیابی به یک هدف مورد علاقه بسته شود و یا تحقق خواسته های به تأخیر افتد، فرد دچار ناامیدی می شود. پس محرومیت و ناامیدی از پیدایش مانع بر سر راه دستیابی به خواسته ها ناشی می شود. در تعریف ناامیدی گفته اند: «ناامیدی اساسا یک تجربه یا پاسخ ذهنی نسبت به ایجاد مانع در راه ارضای نیازهای فرد است». هرچه خواسته و مطلب انسان را از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، ناامیدی عمیق تر و تحمل آن دشوارتر است. پس ناامیدی می تواند گاه شدید و گاه سطحی و ساده باشد (کرمی، ۱۳۹۸). بر این اساس بعد از ناکامی نوجوانان، نگرانی از سلامتی بوجود می آید. نگرانی از سلامتی عبارت است از یک حالت روانی است که فرد در راه رسیدن به یکی از هدف ها و نیازهای مدنظر خود به مانع و مشکل مواجه گردد. به عبارت دیگر فرد در فعالیت های خود با نیروهای مخالفی برخورد نماید که کوشش های او را خنثی می کنند، و مانع ارضای نیاز یا هدف او می گردند. انسان در زندگی خود و در اجتماعی که در آن به سر می برد، همواره با بحران های مختلف روبرو می شود مسائلی که او را از رسیدن به اهداف کمال جویانه اش باز می دارند و مانع پیشرفت مادی و معنوی وی می گردند و تعادل جسمی - روانی او را به هم می ریزند که این امر موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری می شود تعارض و نگرانی از سلامتی موضوع تحقیقاتی است که روان شناسان در این زمینه انجام داده اند تا با شناخت عمل نگرانی از سلامتی به مقابله با آن پرداخت و ارائه راهکارهای روان شناسانه از بروز تعارض و مشکلات و معضلات ناشی از آن جلوگیری نمایند و در نتیجه راه را برای رسیدن به آرمان های عالییه انسان هموار نمایند (ارونسون، ۲۰۰۳، ترجمه شکرکن، ۱۳۹۷).

نگرانی از سلامتی اساسا یک تجربه به پاسخ ذهنی نسبت به ایجاد مانع در ارضای نیازهای فرد است « هر چه خواسته و نیاز انسان از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، نگرانی از سلامتی عمیقتر و تحمل آن مشکلتر است. پس نگرانی از سلامتی می تواند گاه شدید و گاه سطحی و ساده باشد. چنان که دانش آموزی از خریدن کتابی دلخواه محروم می شود و دیگری از قبول نشدن در پایان سال تحصیلی، هر دو محرومیت را تجربه کرده اند، اما یکی محرومیت کم و دیگری آن را حدی گسترده تر آزموده است، لذا دانش آموز دوم غمی عمیقتر دارد و ممکن است سال دوم علاقه به درس خواندن و تحصیل را از دست بدهد (ایمانی، ۱۳۹۷). یکی از عواملی که می توان نوجوانان رو آزاده کند افکار خودکشی است. افراد مبتلا به اختلال افکار خودکشی ممکن است به طور نامناسبی جسور و از خود مطمئن یا بیش از حد سلطه پذیر باشند، و به ندرت، بسیار کنترل کننده گفتگو باشند. ممکن است آنها وضع بدنی بسیار خشک یا تماس چشمی نامناسب نشان دهند، با صدای ملایم و لطیف صحبت کنند. این افراد ممکن است خجالتی و گوشه گیر باشند، در گفتگوها کمتر بی پرده باشند و اطلاعات کمی را در مورد خودشان افشا

کنند. امکان دارد آنها مشاغل را جستجو کنند که به ارتباط اجتماعی نیاز نداشته باشند، هرچند که این مورد در مورد افراد مبتلا به اختلال افکار خودکشی فقط عملکردی، صدق نمی کند. امکان دارد آنها بیشتر در خانه به سر برند. مردان ممکن است در ازدواج و تشکیل خانواده تاخیر کنند، در حالی که زنانی که می خواهند در خارج از خانه کار کنند، ممکن است زندگی خود را به عنوان خانه دار و مادر بگذرانند (وایلد<sup>۱</sup>، کلارک، اهلرز و مکمانوس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر مداخله شناختی - رفتاری یک نوع مداخله است که اصول یادگیری روانشناختی و رفتاری را برای شکل دادن و تشویق رفتارهای مطلوب ترکیب می کند. هنگامی که مداخله شناختی - رفتاری اجرا می شود، فرد تغییر در چگونگی تفکر و چگونگی پاسخ به احساساتی مانند اضطراب، غم و خشم را شروع می کند. بر خلاف سایر تکنیکهای اصلاح رفتار که آموزش دهنده، رهبر است، مداخله شناختی - رفتاری به معتادین این امکان را می دهد که پیشرفت را به سمت اهداف از پیش تعیین شده یا استاندارد ارزیابی کند. بنابراین افراد برای تنظیم فعالیتهای خود و تشخیص موفقیت صاحب اختیار هستند. مداخله شناختی - رفتاری یک راه حل مناسب برای اصلاح نقایص و افراطهای رفتاری ارائه کرده است و به تکنیکهایی اشاره دارد که ابزار لازم جهت کنترل رفتار را برای افراد مهیا و بر اصلاح تغییر احساس و رفتار تاکید می کند. مداخله شناختی - رفتاری بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد و مداخله شناختی - رفتاری به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (گلدین و گروس<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). همچنین مطالعات نشان دادند که مداخله شناختی - رفتاری در بهبود سلامت روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه های فیزیکی پایین (کیویت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸) مؤثر بوده است.

همچنین مداخله ی شناختی رفتاری به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه ای بر مهارت های حل مساله داشته است که این خود بر کاهش خصومت، تحریک پذیری، عصبانیت و احساس گناه کاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه، از مولفه های عاطفه ی منفی، و افزایش احساس نیرومندی، سربلندی، و احساس کنترل، از مولفه های عاطفه ی مثبت، می شود. علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن، و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی، و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بیقراری، شود (شهریاری، زارع، علی اکبری دهکردی، صرامی فروشانی، ۱۳۹۷). بنابراین مسئله اصلی در این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش مداخله شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان می باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا آموزش مداخله شناختی رفتاری بر کاهش افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان تأثیر دارد؟

<sup>۱</sup> Wild

<sup>۲</sup> Ehlers& Mcmanus

<sup>۳</sup> Glden and Gross

<sup>۴</sup> Flugel

<sup>۵</sup> Shapiro

<sup>۶</sup> Kiuviet

## روش

این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر (مقطع متوسطه دوم) شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه های افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی جهت پاسخگویی بین آنها توزیع شد و از بین آنها دخترانی که در تمایل به همکاری در رابطه با مداخله شناختی رفتاری داشتند تعداد ۱۵ نفر بطور در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفر (۱ گروه آزمایش و ۱ گروه گواه) گمارده شدند. در نمونه گیری در دسترس باید از بین مدارس تشکیل دهنده جامعه یا جمعیت مورد بررسی تعدادی مدرسه را انتخاب کرده. نحوه انتخاب مدارس می تواند تصادفی ساده یا منظم باشد. پس از انتخاب مدارس مورد نظر وارد مرحله بعدی این نوع نمونه گیری شدیم. در این مرحله دو انتخاب اساسی داشتیم. در انتخاب اول کلیه مدارس منتخب را مورد بررسی و ارزیابی قرار دادیم. برای این کار ابتدا از بین مدارس موجود ۲ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب و تعداد ۳۰ نفر نوجوانان دختر برگزیده شد.

## ابزار سنجش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شد.

- (۱) **مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۶)** یک ابزار خودسنجی ۱۹ پرسشی است. این پرسشنامه برای آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرش ها، رفتارها و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته ی گذشته، تهیه شده است. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه ای تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می شود. پرسش های مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد.
- (۲) **پرسشنامه نگرانی از سلامتی:** این پرسشنامه ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است که کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سوال تدوین و در مطالعات مختلف از آن استفاده کردند، برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی ۱۰ آیتی بیشتر است. شیوه نمره گذاری آن؛ هر ماده به کمک ۵ گزینه (۰ = هیچ وقت تا ۴ = همیشه) به هر کدام از این گزینه ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای نمره داده می شود (صفر برای هیچ وقت و ۴ برای همیشه) نمره گذاری می شوند که بصورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه است. لذا بیشترین نمره در ۱۰ آیتی برابر ۴۰ است وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۸)، فوروکاوا، کسلر، اسلید، آندروز<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در یک مطالعه ی کشوری، پرسشنامه K10 را مورد اعتباریابی قرار دادند. آنها نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K10 کارایی بالایی دارد (ویکتورین<sup>۲</sup>؛ ۲۰۰۱). وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۸) در یک مطالعه ی پژوهشی، پایایی پرسشنامه ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ برابر ۸۳/۰ بدست آوردند. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی این پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب برای نگرانی از سلامتی روان شناختی ۰/۶۹ به دست آمد.

<sup>۱</sup>Furukawa, Kessler, Slade, Andrews

<sup>۲</sup>Victorine

**۳) مقیاس ناکامی:** این پرسشنامه توسط هارینگتون (۲۰۰۵) ساخته شده است. هدف این پرسشنامه سنجش میزان ناکامی یا فرد در رسیدن به اهداف می باشد. از آنجای که پرسشنامه ای جهت سنجش ناکامی در ایران وجود نداشت این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط ابولفضل کرمی (۱۳۹۸) ترجمه و ویژگی های روانسنجی آن بررسی گردید. این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال و ۴ عامل است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی از ۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم و ۱= کاملاً مخالفم نمره گزاری می شود. مجموع نمرات پایین نشانه ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده ناکامی کم آزمودنی می باشد. بابا رئیس و همکاران در سال ۱۳۹۸ مقیاس ناکامی توسط ۴۵۴ دانشجویان (۲۵۰ پسر و ۲۰۴ دختر) که به شیوه نمونه برداری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده بودند، تکمیل گردید. از ضریب آلفای کرانباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی مولفه ها با نمره کل مقیاس برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده شد. ضریب آلفای کرانباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی ها ۰/۸۴، برای مولفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مولفه عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، مولفه پیشرفت ۰/۵۲، و مولفه استحقاق ۰/۷۱ می باشد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد شاخص های مقیاس ناکامی دانشجویان بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط هارینگتون (۲۰۰۵) بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر ۰/۰۴ است. بنابراین پرسشنامه با چهار عامل از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس های ناکامی با نمره کل ناکامی بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشند. نتیجه کلی این تحقیق نشان دهنده احراز خصوصیات روانسنجی ناکامی در بین دانشجویان است.

### روش اجرای پژوهش

گزینش نمونه ی این پژوهش به این طریق بود که به نوجوانان اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه ی اجرای مداخله داده می شد. در نهایت افرادی که تمایل داشتند، به عنوان گروه آزمایش، در جلسات مداخله حضور یافتند. پس از جایگزینی تصادفی نوجوانان در دو گروه آزمایش و کنترل، نوجوانان گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی تحت مداخله مداخله شناختی رفتاری قرار گرفتند؛ اما نوجوانان گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت ننمودند. نوجوانان هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه های افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی پاسخ دادند. هر جلسه اهداف مشخصی را دنبال می کرد.

جدول ۱ محتوای جلسات مداخله شناختی - رفتاری

جلسه	شرح جلسات	فرآیند و تمرین
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری ارتباط (اجرای پیش آزمون)	سؤالات مطرح شده در زمینه خود: چگونه خود را تعریف می کنید؟ ملاک های ارزشمندی خود را چه می دانید؟ به هنگام سختی ها چه می کنید؟ لذت های شما چه چیزهایی هستند؟ و...
دوم	شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع بینانه نوجوانان	ارتباط چیست؟ اعمالی که انجام می دهید چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک می کند؟ آیا تا به حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
سوم	رفع سوء تفاهم ناشی از برداشت های غلط یا متفاوت از یکدیگر	از افراد خواسته شد آنچه را در رابطه با ارتباطات انجام داده اند و احساسشان را بیان کنند. در انتها تکنیک مراقبه آموزش داده شد و جزء تمرین روزانه

	جایگزین کردن باورها و انتظارات منطقی	آنها قرار گرفت.
چهارم	ایجاد مهارت انتقال و دریافت روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات و نیازهای یکدیگر	آمادگی برای شناسایی موقعیت و شرایط مسأله مورد نظر، تعریف دقیق مسأله، ایجاد مهارت انتقال، ارزیابی گزینه ها و انتخاب بهترین راه حل و اجرای بازبینی راه حل ها توضیح داده شد.
پنجم	ایجاد مهارت های درک همدلانه و گوش دادن	توضیح در زمینه عشق و اینکه این کلمه با رابطه همراه است و موجب احساسی معنوی می شود. احساس هماهنگی با خدا، نجات از خودبینی و عشق ورزیدن به دیگران مطرح گردید.
ششم	افزایش تبادلات رفتاری مثبت و کاهش تنبیه، فهم عفو و بخشودگی	توضیح در زمینه بخشش و اینکه، چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی را که با آنها رابطه ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه ای داریم؟ و...
هفتم	کاهش مشکلات و یادگیری مهارت حل مسأله، ترس و ایمان، بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی	توضیح در مورد، دور شدن از دل های آکنده از تردید، و به دست آوردن یقین. جایگزین کردن ایمان و اعتقاد بجای ترس و تردید. پرسش در زمینه بیان و سپس اتمام جلسه با دعای بخشش.
هشتم	کاهش افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از ارتباط و معنادگی به تجربیات سخت (اجرای پس آزمون)	کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می کنند و شکرگزاری. شرح روش های معنا دادن به زندگی و اینکه معنای زندگی با ارتباط به شدت گره خورده است، به طوری که اگر صمیمیت و ارتباط دو جانبه از زندگی کنار گذاشته شوند، شوق و امید به زندگی به بسیاری از تجارب زندگی غیرممکن خواهد بود.

## یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	تعداد
افکار خودکشی	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۵۰	۱۵
		گواه	۲۰/۱۷	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۹/۸۳	۱۵
		گواه	۲۴/۰	۱۵
نگرانی از سلامتی	پیش آزمون	آزمایش	۳۷/۶۷	۱۵
		گواه	۳۶/۳۳	۱۵

۱۵	۴/۷۱	۲۸/۶۷	آزمایش	پس آزمون	ناکامی
۱۵	۳/۴۷	۳۳/۵۰	گواه		
۱۵	۹/۴۶	۴۹/۸۳	آزمایش	پیش آزمون	
۱۵	۹/۶۵	۵۱/۰۸	گواه		
۱۵	۷/۳۹	۴۱/۰۸	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۹/۲۰	۵۲/۸۳	گواه		

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی

کلموگروف - اسمیرنوف			کلموگروف - اسمیرنوف			نرمال بودن توزیع نمرات	
معنی داری	تعداد	آماره	گروه ها	معنی داری	تعداد	آماره	گروه ها
۰/۵۱۵	۱۵	۰/۴۹۶	گواه	۰/۳۹۶	۱۵	۰/۳۵۶	آزمایش
۰/۲۵۶	۱۵	۰/۳۹۶	گواه	۰/۴۹۶	۱۵	۰/۴۵۸	آزمایش
۰/۲۶۵	۱۵	۰/۷۵۴	گواه	۰/۶۵۲	۱۵	۰/۸۵۲	آزمایش

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی نوجوانان گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۲۴	۳	۲۶	۱۴/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۷۶	۳	۲۶	۱۴/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰

آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۵۸	۳	۲۶	۱۴/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱/۶۵۸	۳	۲۶	۱۴/۳۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۴ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین نوجوانان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۱۴/۳۷۲$ ). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

**جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون افکار خودکشی،**

**نگرانی از سلامتی و ناکامی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون**

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور	توان
تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		p معنی داری	اتا	آماري
پیش آزمون	۴۰۸/۲۲	۱	۴۰۸/۲۲	۴۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
گروه	۱۳۷/۰۹	۱	۱۳۷/۰۹	۲۵/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
خطا	۷۸۵/۱۰	۲۷	۲۹/۰۷				
پیش آزمون	۱۴۵۳/۳۱	۱	۱۴۵۳/۳۱	۲/۷۷	۰/۱۰۷	۰/۰۹	۰/۹۹۲
گروه	۱۲۵۵/۴۳	۱	۱۲۵۵/۴۳	۱۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹۹
خطا	۵۱۸/۰۲	۲۷	۱۹/۱۸				
پیش آزمون	۳۱۰۹/۲۳	۱	۳۱۰۹/۲۳	۴/۵۸	۰/۰۴۱	۰/۱۴	۱/۰۰
گروه	۱۲۹۹/۹۶	۱	۱۲۹۹/۹۶	۱۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹۲
خطا	۶۴۳/۶۹	۲۷	۲۳/۸۴				

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افکار خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۲۵/۳۴$ ). به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین افکار خودکشی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افکار خودکشی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون افکار خودکشی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نگرانی از سلامتی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۱۳/۳۱$ ). به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین نگرانی از سلامتی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه



گواه، موجب کاهش نگرانی از سلامتی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/33$  می باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون نگرانی از سلامتی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ ناکامی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ) و  $F = 12/58$ . به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین ناکامی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود ناکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/31$  می باشد، به عبارت دیگر، ۳۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون ناکامی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین نوجوانان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ متغیرهای وابسته (افکار خودکشی، نگرانی از سلامتی و ناکامی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود. در تبیین نتیجه این فرضیه می توان بیان کرد که مداخلات مداخله شناختی رفتاری به عنوان یکی از درمان های شناختی نسل سوم یا موج سوم قلمداد می شود. با توجه به مشغله های مختلف روزمره، نشخوارهای فکری مداوم و شرایط پر استرسی که پیرامون اکثریت ما وجود دارد، اهمیت مدیریت کردن بر ذهن بیش از پیش نمایان می شود. برای مدیریت ذهن لازم است قوانین ذهن را به درستی شناخته و با مدیریت بر آن، از حداکثر توانمندیش بهره برد. مداخله شناختی رفتاری راهکاری موثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. اوست (۲۰۰۸) مداخله شناختی رفتاری را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است. مداخله شناختی رفتاری یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه ها است به طوری که بهتر بتوانیم آنها را مدیریت و تنظیم کنیم. به عبارت دیگر مداخله شناختی رفتاری به معنای توجه کردن به شیوه ای خاص است. مداخله شناختی رفتاری می تواند در رها سازی نوجوانان از افکار اتوماتیک، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. نکته مهم دیگر این است که درمان مبتنی بر آرام سازی می تواند باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می شود. تحقیقات نشان داده اند که مراقبه مداخله شناختی رفتاری خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و ناکامی را کاهش می دهد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افکار خودکشی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین افکار خودکشی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افکار خودکشی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/48$  می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون درد مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. در تبیین آن نتیجه می توان گفت که افکار خودکشی، خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهایی هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می کنند. افراد درگیر در آمیختگی افکار بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام

<sup>1</sup>Eveste

نمی‌دهند. در آمیختگی افکار و نگرانی را به مثابه راهبردهای مقابله‌ای ارادی و فعالانه، شامل افکار تکراری، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدید کننده در نظر می‌گیرد. نوجوانان ممکن است در شرایط عادی در واکنش به مشکلاتی که در زندگی روزمره خود با آنها روبه رو می‌شوند، دچار افسردگی، غم یا احساس درماندگی شوند. کسانی که در واکنش به این مشکلات، خودکشی را انتخاب می‌کنند، به احتمال زیاد بیشتر از دیگران در معرض آسیب‌ها و ناکامی‌هایی قرار گرفته‌اند که به آنها توجهی نشده است یا به جای رویارویی با مشکلات بزرگ، در مقابل آنها درمانده و ناتوان شده‌اند. خودکشی انفرادی ترین تصمیم و پدیده در زندگی انسان است. خودکشی رفتاری است پیچیده که از تمایل و فکر خودکشی تا اقدام به خودکشی منجر به مرگ را در بر می‌گیرد، هر چند عموماً فکر خودکشی و اقدام به آن از نشانه‌های افسردگی در همه سنین است اما افسردگی تنها علت خودکشی (خودسوزی) نیست، خودکشی واکنشی است با طبیعت رشدی که برای همه بیماران روانی و احتمالاً برای بسیاری از افراد طبیعی جنبه فراگیر و شایع دارد. این قبیل افراد بیشتر می‌خواهند از رنجی که گرفتار آن هستند، رهایی یابند، نه این که واقعاً قصد خودکشی داشته باشند. اما شاید در چنین شرایطی خودکشی از نظر آنها تنها راه نجات است. افکار مربوط به خودکشی ممکن است به ذهن بسیاری از افراد خطور کند. اکثر مردم ممکن است در لحظه‌هایی از زندگی خود به خودکشی بیندیشند.

خودکشی برای برخی افراد پیامد دوره‌ای از نگرانی از سلامتی است، درحالی که برای برخی دیگر عملی تدافعی است که ممکن است در برابر تجربه‌ای تلخ، مانند از دست دادن یکی از اطرافیان یا حتی حادثه‌ای نسبتاً بی‌اهمیت، از خود نشان دهند. عواملی که می‌توانند به ایجاد حس خودکشی در افراد کمک کنند: یکی تنهایی است، این حالت به تدریج این احساس را در شخص ایجاد می‌کند که کسی را ندارد و هیچ کس حقیقتاً به زنده بودن یا مردن او اهمیت نمی‌دهد. فرد خودکشی‌گرا ممکن است به شدت احساس تنهایی و انزوا کند (شهریاری، زارع، علی اکبری دهکردی، صرامی فروشانی، ۱۳۹۷).

حس ناامیدی و بی‌پناهی، در این شرایط فرد احساس می‌کند که شرایط از آنچه هست بهتر نخواهد شد و کسی نیز نمی‌تواند به وی کمک کند. افسردگی، کسانی که افسرده‌اند، معمولاً از خود، دیگران یا شرایط موجود برداشتی منفی دارند. نه تنها بسیاری از احساسات ذکر شده در بالا در میان افراد افسرده شایع است بلکه از نظر آنها این احساسات کاملاً درست و منطقی است. بنابراین اگرچه ممکن است ناظران و کسانی که نگران این افراد هستند، از استعدادها و پیشرفت‌های آنها آگاه باشند، لازم است برداشت‌های درونی آنها نیز به دقت مورد توجه قرار گیرند. شکست در اجرای طرح‌ها، این حالت به ویژه، در شرایطی صدق می‌کند که اهداف از اهمیت شخصی برخوردارند؛ به عنوان نمونه، ناموفق بودن در دانشگاه، پایان یافتن یک رابطه مهم یا دست نیافتن به اهداف تحصیلی. در این صورت ممکن است فرد احساس شکست، شرمندگی یا بی‌کفایتی کند و تصور کند که دیگران او را دوست ندارند.

از سوی دیگر مداخله شناختی - رفتاری یک نوع مداخله است که اصول یادگیری روانشناختی و رفتاری را برای شکل دادن و تشویق رفتارهای مطلوب ترکیب می‌کند. هنگامی که مداخله شناختی - رفتاری اجرا می‌شود، فرد تغییر در چگونگی تفکر و چگونگی پاسخ به احساساتی مانند اضطراب، غم و خشم را شروع می‌کند. بر خلاف سایر تکنیکهای اصلاح رفتار که آموزش دهنده، رهبر است، مداخله شناختی - رفتاری به معتادین این امکان را می‌دهد که پیشرفت را به سمت اهداف از پیش تعیین شده یا استاندارد ارزیابی کند. بنابراین افراد برای تنظیم فعالیتهای خود و تشخیص موفقیت صاحب اختیار هستند. مداخله شناختی - رفتاری یک راه حل مناسب برای اصلاح نقایص و افراطهای رفتاری ارائه کرده است و به تکنیکهایی اشاره دارد که ابزار لازم جهت کنترل رفتار را برای افراد مهیا و بر اصلاح تغییر احساس و رفتار تأکید می‌کند. مداخله شناختی - رفتاری بر

افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد و مداخله شناختی - رفتاری به بهبود نشانه های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می شود (گلدین و گروس؛ ۲۰۲۰). همچنین مطالعات نشان دادند که مداخله شناختی - رفتاری در بهبود سلامت روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل؛ ۲۰۲۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو؛ ۲۰۱۹)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه های فیزیکی پایین (کیویت؛ ۲۰۱۸) مؤثر بوده است.

همچنین مداخله ی شناختی رفتاری به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه ای بر مهارت های حل مساله داشته است که این خود بر کاهش خصومت، تحریک پذیری، عصبانیت و احساس گناه کاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه، از مولفه های عاطفه ی منفی، و افزایش احساس نیرومندی، سربلندی، و احساس کنترل، از مولفه های عاطفه ی مثبت، می شود. علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن، و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی، و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بیقراری، شود

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ نگرانی از سلامتی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین افسردگی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش نگرانی از سلامتی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. در تبیین این نتیجه می توان گفت که نگرانی از سلامتی یک بیماری روانیست که باعث احساس غم و ناراحتی مداوم و از دست دادن علاقه می شود. اکثر افراد بعضی از مواقع احساس ناراحتی، نگرانی از سلامتی و غم می نمایند، احساس افسرده و غمگین بودن واکنشی طبیعی بدن به مشکلات زندگی و از دست دادن چیزها و کسانی که به آنها علاقه داریم، می باشد. اما زمانی که این احساس غم و اندوه شدید، بی امید، بی چارگی و بی ارزشی بیشتر از چند روز یا چند هفته طول بکشد، شما دچار بیماری افسردگی شده اید. بیماری افسردگی بر طرز فکر، احساس و رفتار شما تأثیر می گذارد. نگرانی از سلامتی می تواند، باعث ابتلای به انواع بیماری های جسمی و روانی شود. افراد آشفتگی ممکن است در انجام وظایف روزانه ناتوان بوده و حتی احساس کنند، زندگی ارزش زندگی کردن ندارد. برخلاف تصور افراد نشانه های روان شناختی فقط یک ضعف و ناتوانی نیست و نمی توان آنرا به سادگی نادیده گرفت، بلکه یک بیماری مزمن مانند دیابت، فشارخون و ... است که باید برای درمان آن اقدام کرد. اکثر افراد مبتلا به بیماری نشانه های روان شناختی بعد از مصرف دارو، جلسات مشاوره و یا سایر اشکال درمان، بهبود می یابند. در کل افرادی که دچار اختلال روانی می شوند در پی آن حالات نشانه های روان شناختی را تجربه می کنند که می تواند بسیار آزار دهنده باشد و نیاز به درمان های مختلف باشد از جمله مداخله شناختی - رفتاری عضلانی. مداخله شناختی - رفتاری یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است. زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای

---

<sup>۱</sup>Glden and Gross

<sup>۲</sup>Flugel

<sup>۳</sup>Shapiro

<sup>۴</sup>Kiuviet

ذهنی خود فرد می باشد. درمانهای مبتنی بر مداخله شناختی - رفتاری به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمانهای مبتنی بر مداخله شناختی - رفتاری ظهور کرده اند تمرین های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین های یوگا تأکید می کنند. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز که در آن فرد توجه خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساسهای بدنی و غیره در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می کند.

از سوی دیگر امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب پذیر ساخته است. مداخله شناختی - رفتاری در جهت ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت و کیفیت زندگی را تأمین می کند. مداخله شناختی - رفتاری و اجرای گام به گام آنها به افراد کمک می کند و باعث می شود که استرس و تنش های موجود در زندگی جمعی در میان نوجوانان کاهش یابد. بنابراین در این فرضیه نشان داده شد که مداخله شناختی - رفتاری با توجه به میانگین نگرانی از سلامتی نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود نگرانی از سلامتی آنان شده است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ ناکامی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخله شناختی رفتاری با توجه به میانگین ناکامی در نوجوانان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود ناکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با  $0/31$  می باشد، به عبارت دیگر، ۳۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون ناکامی مربوط به تأثیر مداخله شناختی رفتاری می باشد. در تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت که مسائل و مشکلاتی که موجب ناکامی می شوند اگر به موقع و به طور منطقی حل نگردند باعث ناراحتی ها و تنش های بسیاری می شوند که نتیجه آن اختلال در شخصیت و رفتار فرد می شود و در صورت پیشرفت فرد را به سوی بیماری های روانی سوق می دهد. برخی از این مسائل با اندک توجه و کوشش حل می شوند، اما برخی دیگر به آسانی حل شدنی نیستند. وظیفه روان شناسان این است که بدانند ناکامی چگونه به وجود آمده است و علل اصلی آن چه می باشد و در صورت لزوم تلاش نماید دریابد که چگونه می توان از بروز ناکامی جلوگیری نمود و یا آن را درمان کرد. اعتقاد به این که اگر وقایع و حوادث آن طور نباشد که فرد می خواهد نهایت بیچارگی و فاجعه است. واکنش به ناکامی نوعی باور غیرمنطقی است که وقتی کارها آن طور که باید پیش نمی رود یا مطابق میل شما انجام نمی گیرد و یا مردم برخلاف آن چه که مورد نظر شماست رفتار می کنند، دچار آشفتگی می شوید، گرفتار شدن به این آشفتگی یک باور است که یقیناً غیرمنطقی است. سرچشمه فرضیه ناکامی پرخاشگری طرز فکر غیرعقلانه واکنش به ناکامی است، وقتی به شدت ناکام می شوید و یا در حققتان بی عدالتی می شود و طردت می شوید باید احساس کنید خیلی افتضاح شده و فاجعه ی هولناکی رخ داده است. این طرز تفکر غلطی است؛ زیرا ناکام شدن احساس طبیعی است، ولی حزن و اندوه شدید و طولانی یک موضوع غیرمنطقی است چرا که اولاً؛ دلیلی وجود ندارد که وقایع و حوادث متفاوت با آن چیزی باشند که طبیعتاً هستند. ثانیاً؛ حزن و اندوه شدید نه تنها موجب تغییر موقعیت نمی شود بلکه اغلب اوقات آن را بدتر نیز می کند. ثالثاً؛ هر نوع چاره ای در موقعیت موجود غیرممکن است تنها راه چاره آن است که آن را بپذیریم. رابعاً؛ اگر فرد موقعیت را آن طوری که می خواهد و در صدد است تعبیر و تفسیر نکند، محرومیت به اختلافات عاطفی منجر نخواهد شد (شیرالی، ۱۳۹۸).

بایستی حتی المقدور بکوشیم تا از پدید آمدن احساس محرومیت شدید و واکنشهای حاد آن پیشگیری به عمل آورده و باید در نظر داشت که میزان احساس ناکامی به تعداد و انواع نیازهای ارضاء نشده و همچنین به طرز تفکر و واکنش های فرد بستگی دارد و باید قدرت مقابله با مشکلات را در افراد بالا برد. اگرچه لازم است که از رنج بردن کودکان، از احساس ناکامی و حقارت پیشگیری شود ولی این بدان معنی نیست که ما باید همیشه سعی کنیم که از آنان مراقبت و نگهداری کنیم، یا نقشی محافظه کارانه داشته باشیم. بلکه نحوه مواجهه با مشکلات در رشد فردی نقش مهمی ایفاء می کند. از طریق برخورد مناسب با مشکلات است که کودکان به واقعیت ها و محدودیت های خویش و عالم بیرون پی می برند و به اعتماد به نفس دست می یابند. کسی که به توانایی خودش ایمان دارد مقابله با مشکل را یک ارزش تلقی می کند و از این طریق می توان به حدی از موفقیت رسید که قبلاً ناممکن می نمود. بنظر می رسد مداخله شناختی رفتاری منجر به فهمیدن و رسیدن درک همدلانه می شود تا از این طریق علائق، نیازها و تعصبات خود را کاسته و از زاویه دید طرف مقابل به موضوع نگاه کرده. گوش دادن یکی از موثرترین شیوه های کاهش فشار عصبی در طرف مقابل است. همچنین در زمینه تنظیم عواطف، افرادی که نسبت به علائم هیجانی خود و دیگران شناخت و توجه کافی دارند در روابطشان کدورت و سوء تعبیر به ندرت پیش می آید و احساس صمیمیت و همراهی بیشتری را در روابط بین فردی خود احساس می کند. در مقابل نوجوانان پریشان به علت عدم شناخت کافی از هیجانات و عواطف دیگران در مقاطع زمانی حساس دست به مقابله به مثل می زنند و باعث ایجاد کدورت و ناراحتی در روابط خود با دیگران می گردد.

## منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی، (جلد اول) چاپ دوازدهم. تهران: انتشارات بعثت.
- آقا محمدیان، جلال. (۱۳۹۸). مقایسه عوامل استرس زا و شیوه های مقابله با آن در دانش آموزان تهران. مجله روانشناسی دانشگاه تهران، شماره ۲۱، دوره ششم، ص ۲۹-۳۸.
- آقا یوسفی، علی، اورکی، محمد؛ زارع، محسن؛ ایمنی، سعید. (۱۳۹۶). آرام سازی واعتیاد: اثربخشی آرام سازی بر کاهش استرس، ناکامی و نگرانی از سلامتی در زنان باردار، اندیشه و رفتار، دوره هفتم، شماره ۲۶:۲۷-۲۰.
- احمد وند، محمد علی. (۱۳۹۸). بهداشت روانی، تهران: انتشارات پیام نور
- احمد وند، محمد علی. (۱۳۹۹). آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات پیام نور
- بیرامی، محمود؛ موحدی، یاسر؛ محمد زادگان، رضا؛ موحدی، محمد؛ وکیلی، سارا. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر آرام سازی بر کاهش نگرانی از سلامتی و ناکامی زنان متاهل، دستاوردهای روان شناختی، دوره چهارم، شماره ۲: ۱۸-۱.
- جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی/ جلد دوم، چاپ چهارم (ویرایش دهم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۷). تهران: انتشارات ارجمند.

- شاملو، سعید. (۱۳۹۹). آسیب شناسی روانی، چاپ ششم، تهران، انتشارات رشد
- نوروزی، مسعود. (۱۳۹۸). اثر بخشی آرام سازی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و فرسودگی مراقبان مبتلا به آلزایمر، پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبائی.
- شیخ الاسلامی، علی، درتاج، فریبرز، اسکندر، زهیر. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر ناکامی اجتماعی زنان باردار، فصلنامه روانشناسی مدرسه، دوره ۴، شماره ۴.
- داودی، ایران؛ نسیمی، فر، نجمه. (۱۳۹۷). اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه آفرینی در افراد مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی، یافته های نو در روان شناسی: سال هفتم، شماره ۲۲.
- صانعی، یاسمن. افشار، هنرمند. (۱۳۹۸) بررسی همه گیری اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷، سال سوم. شماره ۴.
- مشیری، زهرا. (۱۳۹۸). بررسی مشخصات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی بستری شده در مهاباد. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. دانشکده پرستاری و مامایی.
- ولی زاده، سوسن. (۱۳۹۹) مدرسه و خودکشی نوجوانان. دانشگاه علوم پزشکی تبریز. معاونت پژوهشی. پ ۱۳۷۹
- تنومند، اصغر. اوجاق، نسرين. (۱۳۹۹). بررسی ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه. دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه در همایش اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی ۱۹- ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹
- عطاری، محمدرضا. حیدرلو، فریده. (۱۳۹۷) بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی، ارائه در اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری ۳-۱ آذر ماه.
- تنومند، اصغر. اوجاق، نسرين. (۱۳۹۸) بررسی ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه. دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه در همایش اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی ۱۹- ۱۸
- عطاری، محمدرضا. حیدرلو، فریده. (۱۳۹۷) بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی، ارائه در اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری ۳-۱ آذر ماه.
- مشیری، زهرا. (۱۴۰۰). بررسی مشخصات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی بستری شده در مهاباد. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. دانشکده پرستاری و مامایی.
- کاپلان و سادوک؛ خلاصه روانپزشکی ترجمه، رفیعی حسن. (۱۳۹۶). انتشارات ارجمند،
- گنجی، مهدی، گنجی، حمزه. (۱۳۹۸) آسیب شناسی روانی، جلد اول، چاپ اول، نشر ساولان.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۹۹). راهنمای آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات ارسباران.
- هالچین، ریچاردپی، ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی (ویراست چهارم): دیدگاه های بالینی اختلالهای روانی بر اساس DSM-IV-TR (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات روان.
- سادوک، بنیامین، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. / جلد دوم، چاپ چهارم (ویرایش دهم). ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۷)، تهران: انتشارات ارجمند.

کاپلان و سادوک. (۲۰۰۲) خلاصه روانپزشکی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۹۹)، تهران، انتشارات ارجمند.

کاوایانی، حسین (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد. افسردگی و ناکامی: پیگری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه های علوم شناختی. سال هفتم. شماره اول. ۴۹-۵۹.

عابدی منش، نسیم، صومی، محمد حسین، استاد رحیمی، علیرضا، عابدی منش، سعید. (۱۳۹۸). بررسی کیفیت زندگی و سطح استرس روحی در مبتلایان به کولیت السروز و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک و بالینی، نشریه گوارش، دوره ۱۶، شماره ۳، صفحات ۱۵۱-۱۵۷

علی پور، احمد، (۱۳۹۹)، مقدمات روانشناسی سلامت، انتشارات پیام نور

میلاتی فر، بهروز. (۱۳۹۶). بهداشت روانی، تهران، نشر قومس.

سریع القدم، زهرا. (۱۳۹۹). مفهوم سلامت روان شناختی، چاپ اول مشهد، انتشارات جاودان فرد

ابریشم کار، علی. (۱۳۹۷). بررسی اثر بخشی برنامه عملی آموزش های مهارت راهبردهای مقابله ای مسئله مدار بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس مراجعین به کلینیکهای مشاوره تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینیدانشگاه تهران.

Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J. & Graske, M. g. (2020). Randomized clinical trial of adapted mindfulness- based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. Behavior Research and Therapy, 51 (4-5):185-196.

Asen, G. (2020) mindfulness, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress Disorder After Exposure to a Terrorist Attack: A prospective study. Psychosomatic Medicine ۶۸:۹۰۴-۹۹۹.

Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2020). Mindfulness Training Effects for parson and Educators of Children with Special Needs. Developmental Psychology. 48 (5): ۱۴۷۶-۸۷.

Baer, Ruth.A. (2016). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: sience and practice, (10), 125-143.

Devibe, M. Maum, T. (2017). Training in mindfulness for patients with stress and chronic illness. Tidsskrift for den norske leageforening. 129(15):1898-1902

Ferraioli, S. J., Harris, S. L. (2020). Comparative Effects of Mindfulness and Skills-Based Parent Training Programs for Parents of Children with Autism: Feasibility and Preliminary Outcome Data. Springer journals, 4 (2): 89-101.



Sheehy, R. S & Horan, J. J. (2020). Effects of mindfulness for first year law students. *International journal of stress management*, 11, 41-55.

Maya, J. (۲۰۱۰). Schroevers, Department of Health Psychology, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Antonius. Deusinglaan ۱, P.O. Box ۱۹۶, ۹۷۰۰

Keng, S. L. et al. (2019). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies, *Clinical PsychologyReview*. ۱۰, ۱۰۱۶/j.cpr.2019.۰۴,۰۰۶.

Sher, K. J. (2019). Personality and substance use disorders: A prospective study. *J. Consulting and Clinical psychology*, ۶۸, ۸۲۹-۸۱۸

Kalslyka, S.R. (2021). Issues and interrelation in stress mastery. In Friedman (Ed). *Personality and Disease*. New York: Academic Press.

Randye, S., Miller, L. & Lisa, F. A. (2010). Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social- Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.

Rasmussena, R. & Pidgeona, A. (2019). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping: AnInternational Journal*, 24(2), 227-233.

Keng, S. L. et al. (2019). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies, *Clinical PsychologyReview*. ۱۰, ۱۰۱۶/j.cpr.2019.۰۴,۰۰۶.

Shapiro, S. L. Bootzin, R. R. Figueredo, A. J. Lopez, A. M. Schwartz, G. E. (2020). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. *J Psychosom Res*. (۵۴): ۹۱-۸۵

Zeidan, F. Johnson, S. K. Diamond, B. J. David, Z. Goolkasian, P. (۲۰۱۰). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. ۱۹: -۵۹۷ ۶۰۵

Kieviet, A. Visser, A. Garssen, B. Hudig, H. (۲۰۰۸). mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in wellbeing. *Patient Educ and Couns*. (۷۲): ۴۴۲-۴۳۶

Sher, K. J. (2019). Personality and substance use disorders: A prospective study. *J. Consulting and Clinical psychology*, ۶۸, ۸۲۹-۸۱۸

Haynes, K. Vincent, S. S. Loehrer, L. L. Bauer, B. A. Wahner-Reodler, D. L. (2016). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program *Complement The Clin Pract*. ۴۰-۱۶:۳۶

Brown, K. W. Ryan, R. M. (2020). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Psycho*. ۸۴(۴): ۴۸-۸۲۲