

The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy in Improving Resilience and Reducing the Clinical Symptoms of Adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder Due to Sexual Harassment: A Single-Subject Study

Samireh Karimi 

M.Sc. Student in general Psychology, Ardakan University, yazd, Iran.

Shekoofeh Mottaghi *

Assistant Professor, Psychology Dep, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran.

Afsaneh Moradi 

Assistant Professor, Psychology Dept., Faculty of Literature and Humanities Sciences, Persian Gulf University, Boushehr, Iran.

Abstract

Sexual abuse is a trauma caused by injury, which seriously threatens the health of adolescents and makes them need professional help. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based therapy in improving resilience and reducing the clinical symptoms of adolescents with post-traumatic stress disorder caused by sexual harassment. The research design was a single subject with a follow-up period. The statistical population of the study included all 12 to 18-year-old girls with post-traumatic stress disorder due to sexual harassment in Izeh city who referred to the social emergency center in 2020. Two of them were selected through purposive sampling. Three baseline sessions were performed for each participant. Evaluations were done using the Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale (Foa et al., 2018) and the Resilience Questionnaire (Connor and Davidson, 2003) at baseline, intervention sessions, and one

* Corresponding Author: mottaghi@ardakan.ac.ir


How to Cite: Karimi, S., Mottaghi, Sh., Moradi, A (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy in Improving Resilience and Reducing the Clinical Symptoms of Adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder Due to Sexual Harassment: A Single-Subject Study, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(46), 93-130.

month after treatment (follow-up). The intervention was performed individually based on mindfulness in 8 sessions. Data analysis was done using visual analysis of graph, recovery percentage and reliable percentage index. The results showed that both subjects showed a decreasing and improving trend in the scale of post-traumatic stress disorder syndrome and an increasing and improving trend in the Conner and Davidson Resilience Scale scores. Subjects preserved these results for up to one month after treatment. Based on the findings of the research, it is recommended that therapists in the field of children and adolescents use mindfulness therapies to achieve more effectiveness in increasing resilience and improving stress symptoms.


Keywords: Post Traumatic Stress Disorder, Resilience, Mindfulness, Adolescents, Sexual Harassment.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی: مطالعه تک‌آزمودنی


دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

سمیره کریمی 

استادیار، روانشناسی عمومی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

شکوفه متقی  *

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

افسانه مرادی 

چکیده

سوءاستفاده جنسی از زمره تروماهای ناشی از آسیب می‌باشد که سلامت نوجوانان را به‌طور جدی تهدید نموده و آن‌ها را نیازمند یاری‌رسانی حرفه‌ای می‌کند. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی انجام شد. طرح پژوهش تک‌آزمودنی با دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی ۱۲ تا ۱۸ سال بود که در سال ۱۳۹۹ به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایذه مراجعه نمودند. دو نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای هر کدام از شرکت‌کنندگان ۳ جلسه خط‌پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه کودکان (فوا و همکاران، ۲۰۱۸) و پرسشنامه تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) در مرحله خط‌پایه، جلسات مداخله و یک ماه بعد از پایان درمان (پیگیری) انجام گرفت. مداخله به‌صورت انفرادی بر اساس ذهن آگاهی در ۸ جلسه انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل بصری نمودار، درصد بهبودی و شاخص درصد پایا انجام شد. یافته‌ها نشان داد هر دو مراجع با شروع مداخله روند کاهشی و رو به بهبودی را در طراز نمرات مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و روند افزایشی و رو به بهبودی را در طراز نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون نشان دادند.

* نویسنده مسئول: mottaghi@ardakan.ac.ir

آزمودنی‌ها این نتایج را تا یک ماه پس از درمان حفظ نمودند. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران حوزه کودک و نوجوان، جهت افزایش تاب‌آوری و بهبود علائم ناشی از استرس از رویکردهای ذهن‌آگاهی جهت اثربخشی بیشتر استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، نوجوانان، آسیب جنسی.

مقدمه

یکی از اختلالات روان‌شناختی که ارتباط معناداری در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دارد، اختلال استرس پس از سانحه^۱ است (سنبل، فرهنگی و تیزدست، ۱۳۹۵). اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان دسته‌ای از علائم تعریف می‌شود که در پی تجربه، مشاهده یا مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب جدی یا خشونت جنسی ظاهر می‌شوند و چهار گروه از علائم اصلی آن، شامل تجربه‌ی مجدد حادثه به‌صورت آزاردهنده و مزاحم (راچ، شاین و فیلیپس^۲، ۲۰۰۶)، رفتارهای اجتنابی، تغییرات منفی در شناخت‌ها، خلق و علائم مستمر برانگیختگی بیش‌ازحد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳؛ اوهی، جیانگ، چا و کیم^۴، ۲۰۱۹). طول مدت این علائم می‌تواند به کوتاهی یک هفته و به درازای سی سال باشد، به‌طورکلی شیوع این بیماری در جمعیت عمومی حدود ۸ درصد (سادوک، آلکوت سادوک و روئیز^۵، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۷)؛ و در میان کودکان و نوجوانان بین ۶ تا ۹ درصد تخمین زده شده است (درهرج، حسنی و مرادی، ۱۳۹۶). سوءاستفاده جنسی نیز یکی از شایع‌ترین عوامل ابتلای کودکان و نوجوانان به اختلال استرس پس از سانحه است (داگنلت، دیون، هبرت و برجس^۶، ۲۰۱۶). در میان تجارب آسیب‌زای زندگی، کودک‌آزاری^۷ در شکل‌های گوناگون آن خسارت‌های جبران‌ناپذیری را بر روند رشد جسمانی و روانی کودکان و نوجوانان برجای می‌گذارد. سوءاستفاده جنسی شامل طیف متنوعی از رفتارهای تماسی فیزیکی و جسمی تا رفتارهای غیرتماسی و کلامی قهرآمیز برای مجبور کردن کودک یا نوجوان به برقراری رابطه جنسی است (اعتمادی، پورشریفی، تاجری و همکاران، ۱۳۹۹). سازمان بهداشت جهانی کودک‌آزاری را آسیب و تهدید جسمانی و روانی رفاه کودک زیر ۱۸ سال توسط والدین یا

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. Rauch, Shin & Phelps
3. American Psychiatric Association
4. Eoh, Jeong, Cha & Kim
5. Saduk, Alkut-Saduk & Ruiz
6. Daigneault, Dion, Hébert & Bourgeois
7. Child Abuse

بزرگ‌سالانی که نسبت به او مسئولیت دارند، بیان کرده است که چهار حیطه جنسی، فیزیکی، عاطفی و مسامحه را دربر می‌گیرد (کرگ، مرکی، دالبرگ و زویی^۱، ۲۰۰۲). نتایج پژوهشی حاکی از آن است که شیوع سوءاستفاده و سوء رفتار جنسی با کودکان در همه کشورها وجود دارد؛ از آن جمله می‌توان به پژوهش دوریس و مینک^۲ (۲۰۱۸) اشاره کرد که میزان شیوع سوءاستفاده و خشونت جنسی را در آفریقای جنوبی مورد بررسی قرار دادند، آمارها نشان داد که شیوع در میان دختران ۱۵ تا ۱۷ سال برابر با ۱۴/۶۱ درصد و در میان پسران برابر با ۹/۹۹ درصد می‌باشد. همچنین در زمینه تأثیرات بلندمدت ناشی از سوءاستفاده جنسی ممکن است مشکلات مختلفی از قبیل، افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلالات اضطرابی برای افراد به‌وجود آید (کراترز، هینس، فیتزر، پادبرگ^۳، ۲۰۱۸). از این رو کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با مشکلات رفتاری-هیجانی بسیاری روبه‌رو می‌شوند. اکثر آن‌ها افکار تکراری و مزاحمی دارند که در تمام اوقات روز به‌ویژه هنگام به خواب رفتن وارد ذهنشان می‌شوند و در مواردی نیز این تصاویر و افکار مزاحم به‌وسیله‌ی یادیارهای محیطی راه‌اندازی می‌شوند. علاوه بر این، کودکان تغییرات شناختی را نیز تجربه می‌کنند. این تغییرات شناختی ممکن است در قالب افکار خودآیند منفی^۴ باشد که در آن بچه‌ها احساس می‌کنند دنیا جای بسیار خطرناکی است یا زندگی آن‌ها بسیار ناپایدار و شکننده خواهد بود (درهرج و همکاران، ۱۳۹۶). نتایج پژوهشی نشان داده است که ترومای دوران کودکی با بیماری‌های روانی، عملکرد ضعیف و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز در بزرگ‌سالی مرتبط است (هیلر، استیدمن و فرون^۵، ۲۰۱۶). کودکان حوادث آسیب‌زا را درک می‌کنند و آن‌ها را به یاد می‌آورند. آن‌ها از سن ۳ سالگی و بالاتر خاطرات واضح و روشن از تجارب آسیب‌زا و پراسترس را تا چندین سال حفظ می‌کنند

1. Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi

2. Devries & Meinck

3. Kratzer, Heinz, Pfitzer, Padberg

4. negative automatic thoughts (NATS)

5. Hiller, Meiser-Stedman & Fearon

(راشامین و همکاران^۱، ۲۰۱۵). کودکان پس از سانحه ممکن است نسبت به فعالیت‌های بازی معمول خود کم علاقه شوند (کرختی روان‌شناسی^۲) و یا توانایی آن‌ها برای تجربه هیجانات کاهش یابد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵).

تأثیر مستقیم مؤلفه‌های مهارت مقابله با استرس در کنترل شرایط ناخوشایند زندگی و بحران‌ها باعث ارائه راهکارهای مؤثر در هنگام وقوع حوادث و مشکلات و فشارهای روانی آسیب‌زا می‌شود و موجب افزایش عملکرد فرد در محیط‌های اجتماعی خواهد شد (خرمی، بستان، یوسفی و مرادی، ۱۳۹۸). یکی از عوامل محافظت‌کننده در مقابله با استرس‌های زندگی و بازگشت فرد به کارکرد طبیعی، تاب‌آوری^۳ است، تاب‌آوری یکی از سازه‌هایی است که موجب انعطاف‌پذیری و مقابله مؤثر با عوامل و موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود (دمهری و عزیزی، ۱۳۹۹؛ سنبل و گانری^۴، ۲۰۱۹). انتظار می‌رود افرادی که از تاب‌آوری کم‌تری بهره‌مند باشند، به میزان بیشتری از وقایع آشفته‌ساز زندگی تأثیر پذیرفته و به مشکلات روانی- رفتاری یا اجتماعی دچار شوند. فرهنگ جامعه‌ی ما تاب‌آوری بالا در برابر شرایط استرس‌زا و دشوار را یک ارزش به حساب می‌آورد، درعین‌حال از افراد انتظار دارد در شرایط دشوار کم‌تر برون‌ریزی هیجانی داشته و بیشتر صبر پیشه کنند (افشاری و امین، ۱۳۹۷). از طرفی، تاب‌آوری بر انعطاف‌پذیری، توانمند شدن، توانایی برگشت یا تسلط به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید دلالت دارد (توبرت^۵، ۲۰۱۶). از تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل حمایتی مهم برای حفظ بهداشت روانی افراد یاد شده است و برخورداری از تاب‌آوری، سبب خودشکوفایی در افراد می‌شود (نهنگ، موسوی و محمدی، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش هایمدال، آن، رینفجل، استیلز و فریبورگ^۶ (۲۰۰۷) نشان داد مداخله‌هایی که باهدف ارتقای تاب‌آوری و افزایش

-
1. Rachamim et al
 2. Psychological Insentience
 3. Resilience
 4. Sunbul & Guneri
 5. Tubbert
 6. Hiemdal, Aune, Reinfjell, Stiles & Friborg

سازگاری مثبت با شرایط ناگوار انجام می‌شوند، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر بسیار سودمند واقع می‌شوند. این‌گونه مداخله‌ها باعث کاهش احتمال عود یا وخامت مشکلات روان‌شناختی آن‌ها می‌شوند. مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد که از روش‌های درمانی مختلفی نظیر درمان‌های دارویی (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵)، درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان شناختی- رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی و کنترل استرس (آزادمرزآبادی، امیری و مقتدایی، ۲۰۱۸)، شناخت‌درمانی و حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد با استفاده از حرکات چشم^۱ مورد استفاده قرار گرفته‌اند (گنجی، ۱۳۹۴)؛ که در این میان، رویکردهای شناختی- رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده و تبدیل به گزینه نخست درمانی در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده است (دونیلی و جکسون^۲، ۲۰۰۲). ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای شناختی- رفتاری و از منابع مهم مقابله با استرس به شمار می‌رود و ابزاری است که انسان از آن برای آزادی خود از درد، رنج و مشکلات به آن متوسل می‌شود (بووید، لانیوس و مکینن^۳، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ یک مداخله مراجع‌محور، تجربی و آموزشی است. هسته این برنامه شامل آموزش متمرکز مراقبه ذهن آگاهانه و کاربرد آن برای زندگی روزمره و مقابله با استرس، درد و بیماری می‌باشد، مراقبه ذهن آگاهانه، آگاهی لحظه‌به‌لحظه‌ای است که در آن فرد عمداً بدون واکنش و خالی از قضاوت می‌باشد (کابات‌زین^۵، ۱۹۹۶). رویکردهای روان‌شناختی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند برای درمان انواع مختلفی از استرس‌های روان‌شناختی و یا حل اختلافات و بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشند (صدری‌دمیرچی، محمدی و بدل‌پور، ۱۳۹۷). ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به چیزی به شیوه‌ای خاص، هدف‌مند، در زمان حال و خالی از

1. Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing

2. Donnelly & Jackson

3. Boyd, Lanis & Mckinnon

4. Mindfulness

5. Kabat-Zin

قضاوت و داوری است (کابات‌زین، ۱۹۹۴؛ نقل از وانگ و کانگ^۱، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد، سازوکار اصلی این درمان، خودکنترلی توجه باشد؛ چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (سمپل، رید و میلر^۲، ۲۰۰۵). تمرینات ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان در تمرکز، مدیریت فشارهای روانی و تنظیم هیجانات کمک می‌کند. همچنین به آنان کمک می‌کند؛ احساس آرامش درونی و روابط معنی‌دار و عمیق‌تری را تجربه کنند (اصلی‌آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۸). افراد ذهن‌آگاه توانایی زیادی در مواجهه با طیف وسیعی از تفکرات، هیجانات و تجربه‌های خوشایند یا ناخوشایند دارند. همچنین افرادی که سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی را داشته باشند، تفکرات خودآیند منفی کمتری دارند و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها کنند (راماسوبرامانیان^۳، ۲۰۱۷؛ هیکس و دایتون^۴، ۲۰۱۹). فن‌های ذهن‌آگاهی از جمله پایش بدن، با بهبود در وضعیت شناسایی احساسات در بیماران، احتمالاً به صورت غیرمستقیم منجر به درک بهتر علائم و کاهش قضاوت‌های غیر واقع‌بینانه از افکار توسط بیمار و در نتیجه باعث افزایش روند بهبود بیمار می‌شود (آدرش^۵، ۲۰۱۵). بررسی‌های محدود محققان در جهت کمک به حل مشکلات نوجوانان دارای اختلال استرس پس از سانحه با رویکردهای مختلف حکایت از اثربخشی روش‌های ذهن‌آگاهی دارد. از آن جمله در پژوهش ارتیز و سبینگا^۶ (۲۰۱۷) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش افسردگی، اضطراب و علائم PTSD و همچنین بهبود کیفیت زندگی کودکان و نوجوانانی که یک ضربه روحی را تجربه کرده‌اند، می‌شود. فورتنا، میسائیل و پادیللا^۷ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود دریافتند که فنون ذهن‌آگاهی تأثیر قابل توجهی در بهبود علائم بالینی نوجوانانی دارد که به‌طور همزمان به

-
1. Wang & Kong
 2. Semple, Reid & Miller
 3. Ramasubramanian
 4. Hicks & Dayton
 5. Ardesch
 6. Ortiz & Sibinga
 7. Fortuna, Porche & Padilla

ptsd و سوء مصرف مواد مبتلا می‌باشند؛ همچنین علائم افسردگی در این افراد به‌طور قابل توجهی کاهش یافته بود. دهستانی (۲۰۱۵) نشان داد که استفاده از برنامه‌های آموزشی ذهن‌آگاهی افسردگی، اضطراب و استرس دانش‌آموزان دختر را کاهش و بهزیستی روانی آنان را افزایش می‌دهد و همین امر تأثیر مثبتی در تکالیف و فعالیت‌های مدرسه‌ای آنان ایجاد می‌کند؛ شریف‌پور، منشی و سجادیان (۱۳۹۷) پژوهشی با هدف تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی نوجوان‌محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مبتلا به سرطان انجام دادند، نتایج حاکی از وجود بهبود علائم در مؤلفه‌های مورد نظر بود؛ همچنین نتایج پژوهش پورشهریاری، ولی‌پور، حسینیان (۱۳۹۶) نشان داد که تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی توانایی کودکان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی بهبود می‌دهد و آنان قادر به مقابله مؤثر می‌شوند و خرده‌مقیاس‌های مشکلات رفتاری از جمله اختلال رفتار هنجاری، مشکلات توجه و ناپختگی، اضطراب و گوشه‌گیری را در دانش‌آموزان بهبود می‌بخشد.

بر اساس مطالب مطرح‌شده و با توجه به مرور جامع بر پژوهش‌های پیشین آشکار شد که بررسی‌ها در زمینه کاربرد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی نوجوانان مبتلا به ptsd ناشی از آزار جنسی بسیار محدود و کمیاب هستند. همچنین، تاکنون در ایران هیچ پژوهشی در راستای اثربخشی این رویکرد درمانی در نوجوانان آسیب‌دیده جنسی صورت نگرفته است؛ لذا، این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به کاهش علائم بالینی و افزایش تاب‌آوری در نوجوانان آسیب‌دیده جنسی منجر شود؟

روش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف کاربردی است. نوع این پژوهش تک‌آزمودنی بوده و از روش شبه تجربی طرح A-B-A انجام شد. با توجه به عدم امکان دسترسی به نمونه‌های بیش‌تر و محدودیت استفاده از طرح آزمایشی، این طرح انتخاب گردید. طرح A-B-A در مطالعات تک‌آزمودنی عبارت‌اند از: آن دسته از مطالعاتی که درمان یا مداخله آزمایشی را روی یک فرد انجام می‌دهند تا مشخص شود که روش درمان یا مداخله موردنظر تا چه

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۰۳

اندازه مؤثر است. در این طرح از بیماران در طی چند مرحله خطوط پایه گرفته شد، علائم در طول درمان و همچنین پس از خاتمه‌ی درمان مورد بررسی قرار گرفت و بدین صورت روند تغییر بیماران بررسی گردید. دو مراجع از بین دختران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی که در سال ۱۳۹۹ به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایذه مراجعه کرده بودند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند^۱ انتخاب شد و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه لازم برای تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی انتخاب گردید (لین و گاست، ۲۰۱۴). ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 توسط روانشناس بالینی، داشتن حداقل ۱۲ و حداکثر ۱۸ سال، تجربه آزار جنسی، در صورت مصرف دارو امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش و رضایت و موافقت آگاهانه مراجع برای شرکت در پژوهش؛ همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: وجود افکار جدی در مورد خودکشی، داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد و عدم توانایی انجام تکالیف خارج از جلسه بود. این معیارها توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

نمونه‌ی مورد نظر با توجه به روش پژوهش، پیش از شروع دوره‌ی درمانی فقط در مصاحبه و تکمیل پرسشنامه در سه نوبت مشارکت کردند و هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد و خط پایه رسم شد. پس از آن مداخله برحسب رویکرد ذهن‌آگاهی در هشت جلسه نود تا صدویست دقیقه‌ای برای مراجعین اجرا شد که در فواصل بین جلسات پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در پیگیری و به فاصله یک ماه پس از پایان جلسات مداخله‌ای، آزمودنی‌ها سه بار پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، آزمایش و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار رسم شد و برای تجزیه و تحلیل

-
1. purposeful sampling
 2. Lane & Gast

داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها^۱ و شاخص روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ و درصد داده‌های همپوش^۵ استفاده شد. برای بررسی کیفیت نتایج مداخله بر متغیر پژوهش و برای به دست آوردن معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا^۶ استفاده شد.

مراجع اول دختری ۱۴ ساله، دانش‌آموز پایه ششم و با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین بود. اولین فرزند یک خانواده چهار نفره و ۶ سال است که پدر و مادرش از هم جدا شدند. علت جدایی والدین اعتیاد پدر به شیشه، پرخاشگری، کتک کاری و فحاشی پدر در خانه بود. مراجع توسط یکی از پسران همسایه مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفت و به دلیل ترس از خانواده این آزارها را به کسی نگفته بود. از آن حادثه به بعد (سه سال از آن حادثه می‌گذرد)، دچار کابوس‌های شبانه گردیده، علائم شدید اضطراب و گوشه‌گیری نسبت به همکلاسی‌ها پیدا کرده است و تاکنون درمانی برای اختلال خود دریافت نکرده بود. آزمودنی پس از مراجعه به مرکز اورژانس اجتماعی و تشخیص علائم PTSD توسط روانشناس بالینی مرکز و همچنین پس از پذیرش شرایط پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، وارد طرح درمان ذهن آگاهی شد.

مراجع دوم دختری ۱۴ ساله، دانش‌آموز پایه پنجم با سطح اجتماعی اقتصادی متوسط بود. فرزند اول خانواده و یک خواهر کوچک‌تر از خودش دارد. پدرش اعتیاد شدید به شیشه داشت. والدینش از هم جدا شده بودند، مراجع به همراه خواهرش نزد مادرشان زندگی می‌کردند. آن‌ها برای ملاقات هفتگی با پدرشان به کلاتری منطقه می‌رفتند و از آنجا برای دو روز در هفته نزد پدرشان می‌رفتند. پدرش شغل آزاد داشت. در یکی از روزهای ملاقات، پدر مراجع و خواهرش را به محل کار می‌برد که آنجا مراجع توسط یکی

-
1. Visual Analysis
 2. Trending
 3. Stability
 4. Percentage Of Non-Overlapping Data (Pnd)
 5. Percentage Of Overlapping Data (Pod)
 6. Reliable Change Index

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۰۵

از بستگان پدرش مورد آزار جنسی و لمس قرار می‌گیرد. پس از در میان گذاشتن این موضوع به مادرش، مادر بلافاصله از پدر و فرد متعرض شکایت می‌کند. مراجع از مکان‌های تاریک و تنهایی می‌ترسد و گوشه‌گیری، بی‌خوابی و انزوا در وی مشاهده شده است (هفت ماه از آن حادثه می‌گذرد). مراجع تاکنون درمان دارویی و روان‌درمانی خاصی را در این زمینه انجام نداده بود. وی پس از مراجعه به مرکز اورژانس اجتماعی و تشخیص علائم PTSD توسط روانشناس بالینی مرکز و پس از پذیرش شرایط پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی درمان، وارد طرح درمان ذهن‌آگاهی شد.

ابزار پژوهش

به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه کودکان (۲۰۱۸) و مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته اسکید^۱ استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل چندین سؤال مقدماتی جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی دختران شرکت‌کننده در پژوهش بود که شامل: سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت درآمد و همچنین سؤالاتی در رابطه با ملاک‌های ورود پژوهش مانند تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، مصرف دارو، دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی و ... بود.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹، در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ۶ گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران تنیدگی مبتلا به پس از سانحه انجام شده است. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست)

-
1. Structured Clinical Inter View (Scid)
 2. Connor & Davidson

با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). بیگدلی، نجفی، رستمی (۲۰۱۳) همسانی درونی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی این مقیاس بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ۱۰ سؤال، بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است (کانر، دیویدسون، ۲۰۰۳). هاشمی، اکبری، عباسی اصل، اردشیری (۱۳۹۷) پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها توسط دو روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ و بازآزمایی در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۵ برای پرسشنامه گزارش کردند.

پرسشنامه نشانگان اختلال پس از سانحه در کودکان^۱ (CPSS-5): پرسشنامه علائم پس از سانحه در کودک توسط فوا، آسنانی، زانگ کاپالدی و یه^۲ در سال ۲۰۱۸ طراحی شده است. این آزمون را بر اساس فرمت DSM-IV آن اصلاح کردند. فرم اولیه بر اساس DSM-IV توسط فوا، جانسون، فنی، تریدول^۳ (۲۰۰۱)، طراحی شد و توسط مطلق، علاقبند، شهریور، عربگل و صاحبی (۱۳۸۴) بر روی کودکان زلزله زده بم مورد استفاده قرار گرفت. آزمون شامل ۲۰ ماده و ۴ مؤلفه می‌باشد و با مقیاس لیکرت شامل ۵ بخشی برای ۲۰ سؤال اول و ۲ بخشی برای ۷ سؤال آخر پاسخ داده می‌شود. فقط ۲۰ سؤال اول فرم اصلی نمره می‌گیرد. نمره پاسخ‌ها به ترتیب عبارت است: به هیچ وجه (۰)، یک بار در هفته/کمی (۱)، دو تا سه بار در هفته/تاحدی (۲)، چهار تا پنج بار در هفته/زیاد (۳)، شش بار یا بیشتر در هفته/ تقریباً همیشه (۴). آزمون دارای ۴ مؤلفه‌ی: نفوذ، اجتناب، تغییر در شناخت و خلق، افزایش برانگیختگی و واکنش‌پذیری می‌باشد و استرس پس از سانحه از مجموع نمره ۲۰ سؤال اصلی به دست می‌آید. همسانی درونی شدت نشانگان آزمون توسط فوا و همکاران (۲۰۱۸) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۴ و پایایی بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۸۰ به دست آمد. اعتبار همگرایی آزمون با فرم اولیه ۰/۹۰۴ است و اعتبار واگرا با مقیاس

1. The Child PTSD Symptom Scale for Dsm-5

2. Foa, Asnaani, Zang, Capaldi & Yeh

3. Foa, Jahnson, Feeny, Treadwell

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۰۷

اضطراب چندبُعدی (MASC) برای کودکان و پرسشنامه افسردگی کودک (CDI) دارد. همچنین پرسشنامه به‌صورت آنلاین بر روی ۷۰ نوجوان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از زلزله اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ، برای کل مقیاس برابر با ۰/۶۹۳ به‌دست آمد که حاکی از اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته^۱ (SCID-5): نسخه بالینی گراسکید در سال ۱۹۸۳ به- عنوان ابزاری برای تشخیص اختلالات تدوین شد. این مصاحبه، ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. یکی از اهداف سازندگان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختاریافتگی استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد. این نسخه شامل ۶ الگوی تشخیصی اختلالات محور I و محور II است. گرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارت‌اند از: الگوی A (دوره خُلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خُلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). مصاحبه بالینی ساختاریافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط اسپیتزر، فرست، گیون و ویلیامز^۲ (۱۹۸۳)، تهیه شده است. تران و هاگا^۳ (۲۰۰۲) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۸۳) نیز روایی این ابزار به‌وسیله متخصصین روان‌پزشک بررسی (از شاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شد) و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی پایایی بالاتر از ۰/۴ به دست آمد. لازم به ذکر است، از این مقیاس تنها در بخش مربوط به مصاحبه ptsd استفاده شد.

پروتکل آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای غلبه بر اختلال استرس پس از سانحه بر اساس کتاب آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان

1. Structured Clinical Inter View (Scid) for Dsm-5

2. Spitzer, First, Gibbon & Williams

3. Tran & Hagg

(درب‌ابوردیک، ۲۰۱۴؛ ترجمه منشی و همکاران، ۱۳۹۶) شامل ۸ جلسه به صورت انفرادی و هفتگی تدوین شد، ساختار جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی

| جلسه | محتوای جلسات |
|------------|---|
| جلسه اول | معرفی آموزش ذهن‌آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن‌آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن‌آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه (وضعیت نشستن روی صندلی، وضعیت خوابیده، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها) به همراه ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه دوم | گفت‌وگو در مورد تجربه مراجع در مورد ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن‌آشفته در برابر ذهن‌آرام با کمک بطری اکلیلی به همراه ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه سوم | بحث و گفت‌وگو در مورد تجربه مراجع از ذهن‌آگاهی و تکرار تنفس ذهن‌آگاهانه و آموزش اسکن بدن، آموزش آگاهی نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب - به همراه ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه چهارم | تکرار تمرینات پایه تنفسی (تمرین تنفس آرمیدگی مقدماتی) و انجام حرکات ذهن‌آگاهانه به همراه ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه پنجم | مرور تمرینات جلسات قبل و انجام تمرینات ذهن‌آگاهی نسبت به محیط پیرامون، طبیعت، ذهن‌نوآموز نسبت به هر شیء به همراه ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه ششم | تکرار تمرینات پایه تنفسی - انجام تمرین ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانانگیز و افکار «مراقبه رودخانه روان، تخته سفید نانوشته» ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه هفتم | تکرار تمرینات پایه تنفسی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی «ورود به شکاف بین افکار»، «عوض کردن کانال» و «افکار خودآیند منفی» ارائه تکالیف خانگی. |
| جلسه هشتم | آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی نسبت به هیجانانگیز و بازی «من احساس می‌کنم» و «بازی گوش دادن به بدن» و «مراقبه یادبود خوبی» به همراه ارائه تکالیف خانگی. |

یافته‌ها

نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط به داده‌های پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون برای هر دو مراجع در جدول ۲ بیان شده است.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۰۹

جدول ۲. نمرات خام مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون برای هر دو مراجع

| مراجعه دوم | مراجعه اول | مراحل سنجش |
|------------|------------|-------------------|
| ۳۸ | ۳۴ | خط پایه اول |
| ۴۱ | ۳۹ | خط پایه دوم |
| ۴۵ | ۳۸ | خط پایه سوم |
| ۵۰ | ۴۱ | جلسه اول مداخله |
| ۵۹ | ۵۱ | جلسه دوم مداخله |
| ۶۱ | ۴۷ | جلسه چهارم مداخله |
| ۶۰ | ۵۴ | جلسه ششم مداخله |
| ۶۴ | ۶۵ | جلسه هفتم مداخله |
| ۷۹ | ۷۶ | جلسه هشتم مداخله |
| ۸۵ | ۷۷ | پیگیری اول |
| ۸۱ | ۷۸ | پیگیری دوم |
| ۷۸ | ۸۰ | پیگیری سوم |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات مراجعین نسبت به خط پایه سیر صعودی داشته و تاب‌آوری مراجعین افزایش پیدا کرده است. در ادامه برای بررسی بهتر روند بهبودی بیماران از شاخص درصد بهبودی و تغییرات پایا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۳. شاخص‌های درصد بهبودی و تغییرات پایا مراجعین در درمان ذهن‌آگاهی

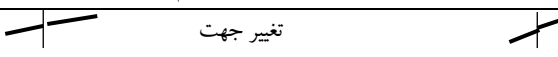
| تاب‌آوری | | | | مراجعین |
|----------|-----|--------|-----|---------|
| پیگیری | | مداخله | | |
| RCI | MBD | RCI | MBD | |
| ۳۰/۶۱۴ | ۱۱۲ | ۱۳/۸۲۹ | ۵۰ | مراجع ۱ |
| ۲۲/۳۴۶ | ۹۷ | ۱۱/۶۴۲ | ۵۰ | مراجع ۲ |

با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی مداخله موجب افزایش ۵۰ درصدی تاب‌آوری مراجع اول شده است که این میزان بهبودی با توجه به میزان RCI که برابر با ۱۳/۸۲۹ است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر

بودن تغییرات و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این شرکت‌کننده در مرحله پیگیری نیز ۱۱۲ درصد بهبودی نشان می‌دهد که این میزان بهبودی با توجه به میزان RCI که برابر با ۳۰/۶۱۴ است (خارج از دامنه‌ی $\pm ۱/۹۶$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات تاب‌آوری و پایداری درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله-ی پیگیری است. همچنین می‌توان مشاهده کرد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله‌ی مداخله موجب افزایش ۵۰ درصدی تاب‌آوری مراجع دوم شده است که این میزان بهبودی با توجه به میزان RCI که برابر با ۱۱/۶۴۲ است (خارج از دامنه‌ی $\pm ۱/۹۶$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این شرکت‌کننده در مرحله‌ی پیگیری نیز ۹۷ درصد بهبودی نشان می‌دهد که این میزان بهبودی با توجه به میزان RCI که برابر با ۲۲/۳۴۶ است (خارج از دامنه‌ی $\pm ۱/۹۶$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات تاب‌آوری و پایداری درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله‌ی پیگیری است.

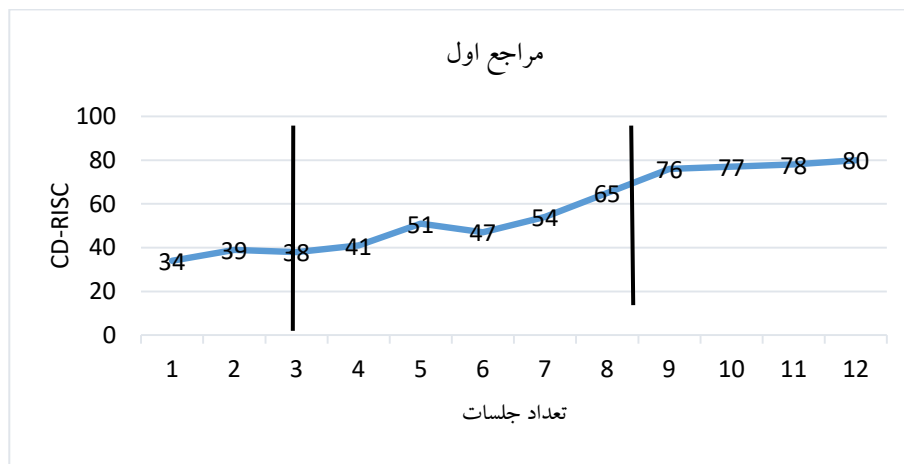
جدول ۴. نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی برای مراجعین در آزمون تاب‌آوری

| مرحله مداخله (B) | مرحله خط پایه (A) | توالی موقعیت‌ها |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|
| اول دوم | اول دوم | مراجعه‌ین |
| | طراز | |
| ۶۰/۵ ۵۲/۵ | ۴۱ ۳۸ | میانه |
| ۶۲/۱۶ ۵۵/۶۶ | ۴۱/۳۳ ۳۷ | میانگین |
| ۵۰-۷۹ ۴۱-۷۶ | ۳۸-۴۵ ۳۴-۳۹ | دامنه تغییرات |
| ۷۵/۴۳-۶۵/۳۵ ۶۵/۳۹-۶۵/۳۵ | ۵۱/۳۰-۲۵/۷۵ ۴۷/۲۸-۵/۵ | محفظه ثبات |
| ۸۳/۳۳ ۸۳/۳۳ | ۱۰۰ ۱۰۰ | درصد داده‌های محفظه ثبات |
| اثبات باثبات | اثبات باثبات | دامنه تغییرات محفظه ثبات |
| | تغییر طراز | |
| +۵ +۱۴ | +۳/۵ +۲ | تغییر طراز نسبی |
| +۲۹ +۳۵ | +۷ +۴ | تغییر طراز مطلق |
| | روند | |

| مرحله مداخله (B) | مرحله خط پایه (A) | توالی موقعیت‌ها |
|---|---|---|
| اول دوم | اول دوم | مراجعه |
| صعودی صعودی بائبات بائبات ۱۰۰ ۱۰۰ | صعودی صعودی بائبات بائبات ۱۰۰ ۱۰۰ | جهت ثبات درصد داده‌های محفظه ثبات |
| تحلیل بین موقعیتی مراجعه اول دوم | | |
|  تغییر جهت نوع روند مثبت به مثبت به مثبت به مثبت تغییر ثبات با ثبات به بائبات بائبات به بائبات | | |
| تغییر طراز | | |
| تغییر طراز نسبی ۴۸ به ۳۸/۵ به ۵۹ به ۴۳ تغییر طراز مطلق ۴۱ به ۳۸ به ۵۰ به ۴۵ تغییر میانه ۵۲/۵ به ۳۸ به ۶۰/۵ به ۴۱ تغییر میانگین ۵۵/۶ به ۳۷ به ۶۲/۱۶ به ۴۱/۳۳ | | |
| همپوشی داده‌ها | | |
| ۱۰۰ ۱۰۰ PND ۰۰ POD | | |

برای تحلیل دیداری داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر مقیاس، در مرحله اول میانگین، میانه، دامنه تغییرات و محفظه ثبات داده‌ها برای هر موقعیت مشخص می‌شود، نتایج به دست آمده در جدول ۴ قابل ملاحظه است. محفظه ثبات دو خط موازی است که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم می‌شود. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌هاست. ۲۵ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه مشخص شود و سپس روی نمودار رسم می‌گردد. بعد از رسم میانه به صورت موازی با محور X و محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه در هر موقعیت، باید درصد داده‌هایی که در این محفظه قرار می‌گیرند نیز مشخص شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از

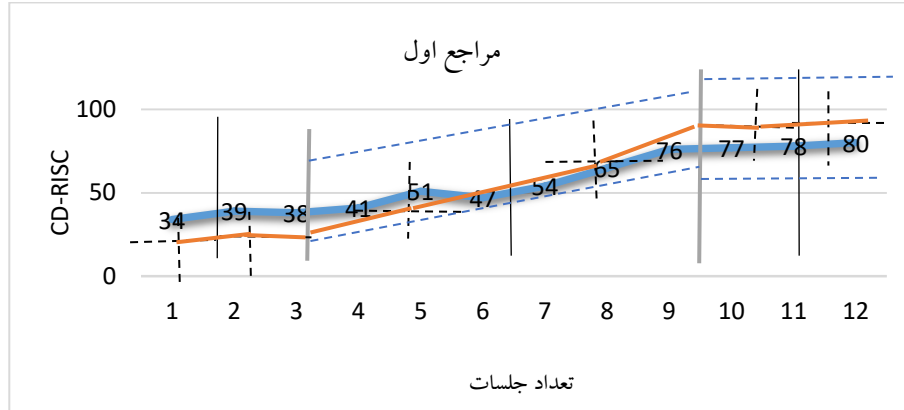
معیار ۸۰-۲۰ درصدی (لین و گاست، ۲۰۱۴)، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها رو یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (یعنی محفظه ثبات) قرار گیرند؛ گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد. در غیر این صورت داده‌ها متغیر است (نوفروستی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۷). پس از رسم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین، میانه و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح، روند، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش تک آزمودنی، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. بر این اساس هر چه بین دو موقعیت مجاور PND بالاتر یا (POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را کارآمد دانست (فراهانی، آقامحمدی، کاظمی، ۱۳۹۲). بر اساس تحلیل دیداری در مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون برای مراجع اول و دوم نمرات خام، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آن‌ها طبق نمودار ۱ و ۲ ترسیم شد. همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان برای هر دو مراجع اثربخش بوده است (PND برای هر دو مراجع ۱۰۰)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب‌آوری مؤثر بوده است.



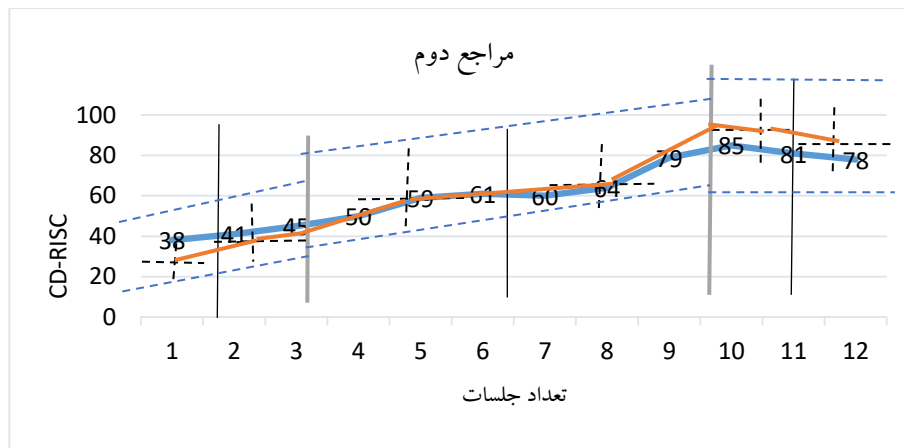
پیگیری جلسات مداخله خط پایه



نمودار ۱. نمرات مراجعین در مقیاس تاب‌آوری در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری



پیگیری جلسات مداخله خط پایه



نمودار ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس تاب آوری در مرحله خط پایه،

جلسات مداخله و پیگیری

نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط به داده‌های پرسشنامه نشانگان اختلال استرس پس از سانحه برای هر دو مراجع در جدول ۵ بیان شده است.

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۱۵

جدول ۵. نمرات مراجعین در مقیاس CPSS-5 در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

| مراحل سنجش | مراجع اول | مراجع دوم |
|-------------------|-----------|-----------|
| خط پایه اول | ۴۲ | ۴۸ |
| خط پایه دوم | ۴۰ | ۴۳ |
| خط پایه سوم | ۳۸ | ۴۲ |
| جلسه اول مداخله | ۲۳ | ۳۰ |
| جلسه دوم مداخله | ۱۶ | ۲۸ |
| جلسه چهارم مداخله | ۶ | ۲۳ |
| جلسه ششم مداخله | ۷ | ۱۹ |
| جلسه هشتم مداخله | ۲ | ۱۴ |
| جلسه دهم مداخله | ۲ | ۹ |
| پیگیری اول | ۱ | ۹ |
| پیگیری دوم | ۳ | ۹ |
| پیگیری سوم | ۱ | ۱۰ |

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نمرات خام مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته و میزان علائم اختلال استرس پس از سانحه در آن‌ها کاهش پیدا کرده است. در ادامه برای بررسی بهتر روند بهبودی بیماران از شاخص درصد بهبودی و تغییرات پایا استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ بیان شده است.

جدول ۶. شاخص‌های درصد بهبودی و تغییرات پایا مراجعین در درمان ذهن‌آگاهی

| علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه | | | | مراجعین |
|---------------------------------------|-----|---------|-----|---------|
| پیگیری | | مداخله | | |
| RCI | MBD | RCI | MBD | |
| -۳۰/۴۲۰ | ۹۶ | -۲۴/۳۴۱ | ۷۷ | مراجع ۱ |
| -۱۷/۲۴۱ | ۷۹ | -۱۱/۷۲۴ | ۵۴ | مراجع ۲ |

با توجه به جدول ۶ می‌توان مشاهده کرد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی مداخله موجب کاهش ۷۷ درصدی علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه در مراجع اول شده است که این میزان کاهش با توجه به میزان RCI که برابر با ۲۴/۳۴۱- است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این شرکت‌کننده در مرحله‌ی پیگیری نیز ۹۶ درصد کاهش نشان می‌دهد که این میزان کاهش با توجه به میزان RCI که برابر با ۳۰/۴۲۰- است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه و پایداری درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پیگیری است. همچنین می‌توان مشاهده کرد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی مداخله موجب کاهش ۵۴ درصدی علائم بالینی مراجع دوم شده است که این میزان کاهش با توجه به میزان RCI که برابر با ۱۱/۷۲۴- است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد، همچنین می‌توان مشاهده کرد که این مراجع در مرحله‌ی پیگیری نیز ۷۹ درصد کاهش نشان می‌دهد که این میزان کاهش با توجه به میزان RCI که برابر با ۱۷/۲۴۱- است (خارج از دامنه‌ی $\pm 1/96$) نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن تغییرات علائم بالینی اختلال استرس پس از سانحه و پایداری درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پیگیری است.

جدول ۷. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی برای مراجعین در مقیاس CPSS-5

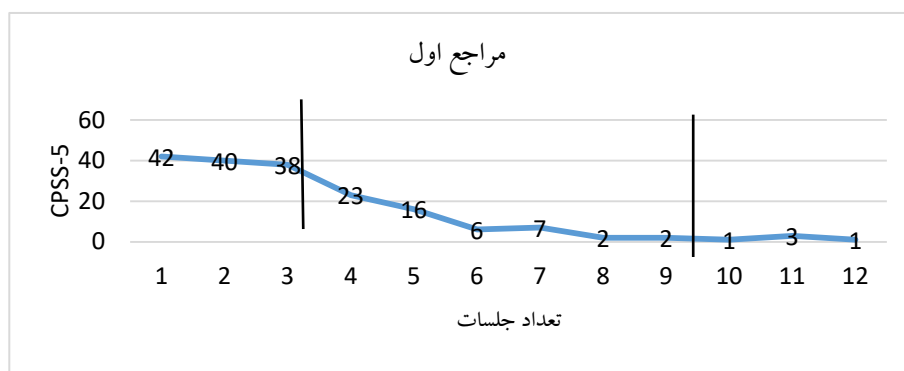
| مرحله خط پایه (A) | مرحله مداخله (B) | مراجعه‌ین |
|-------------------|---------------------|--------------------------|
| اول دوم | اول دوم | |
| طراز | | |
| ۴۳۴۰ | ۲۱۶/۵ | میانه |
| ۴۴/۳۳۴۰ | ۲۰/۵۹/۳۳ | میانگین |
| ۴۲-۴۸ ۳۸-۴۲ | ۹-۳۰ ۲-۲۳ | دامنه تغییرات |
| ۳۲/۵۳-۲۵/۷۵ ۵۰-۳۰ | ۱۵/۷۵-۲۶/۲۵ ۴/۸-۵/۵ | محفظه ثبات |
| ۱۰۰ ۱۰۰ | ۳۳/۳۳ ۳۳/۳۳ | درصد داده‌های محفظه ثبات |
| باثبات باثبات | متغیر متغیر | دامنه تغییرات محفظه ثبات |

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۱۷

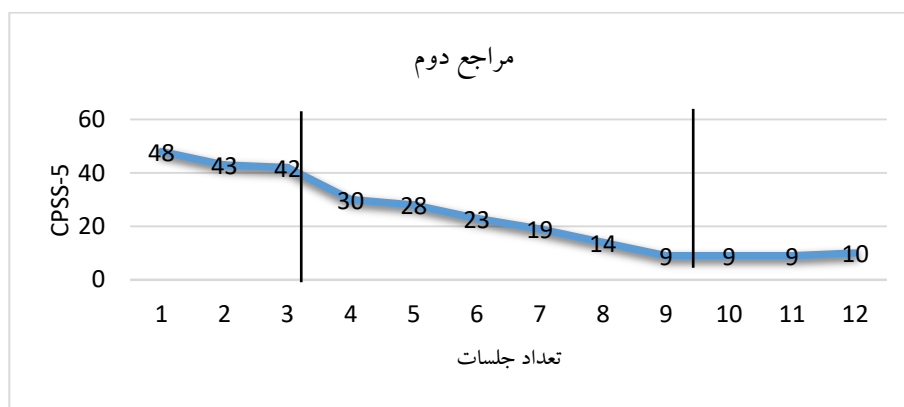
| مرحله خط پایه (A) | مرحله مداخله (B) | مراجعه |
|---|--|---|
| اول دوم | اول دوم | مراجعه |
| تغییر طراز | | |
| +۳ +۲ | +۱۴ +۱۴ | تغییر طراز نسبی |
| -۶ -۴ | -۲۱ -۲۱ | تغییر طراز مطلق |
| روند | | |
| نزولی نزولی بائثبات باثبات ۱۰۰ ۱۰۰ | نزولی نزولی متغیر باثبات ۸۳/۳۳ ۶۶/۶۶ | جهت ثبات درصد داده‌های محفظه ثبات |
| تحلیل بین موقعیتی مراجعه اول دوم | | |
| تغییر جهت نوع روند منفی به منفی منفی به منفی تغییر ثبات با ثبات به متغیر باثبات به باثبات | | |
| تغییر طراز | | |
| تغییر طراز نسبی ۱۶ به ۲۸ ۳۹ به ۴۲/۵ | | |
| تغییر طراز مطلق ۲۳ به ۳۰ ۳۸ به ۴۲ | | |
| تغییر میانه ۶/۵ به ۲۱ ۴۰ به ۴۳ | | |
| تغییر میانگین ۹/۳۳ به ۲۰/۵ ۴۰ به ۴۴/۳۳ | | |
| همپوشی داده‌ها | | |
| ۱۰۰ ۱۰۰ PND | | |
| ۰۰ POD | | |

بر اساس تحلیل دیداری در مقیاس نشانگان اختلال استرس پس از سانحه برای مراجع اول و دوم نمرات خام، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آن‌ها طبق نمودار ۳ و ۴ ترسیم شد؛ جدول ۷ نتایج تحلیل درون موقعیتی را برای نمودار داده‌های مراجعه‌ین طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که درمان برای هر دو مراجع اثربخش بوده است (PND برای هر دو مراجع ۱۰۰)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از

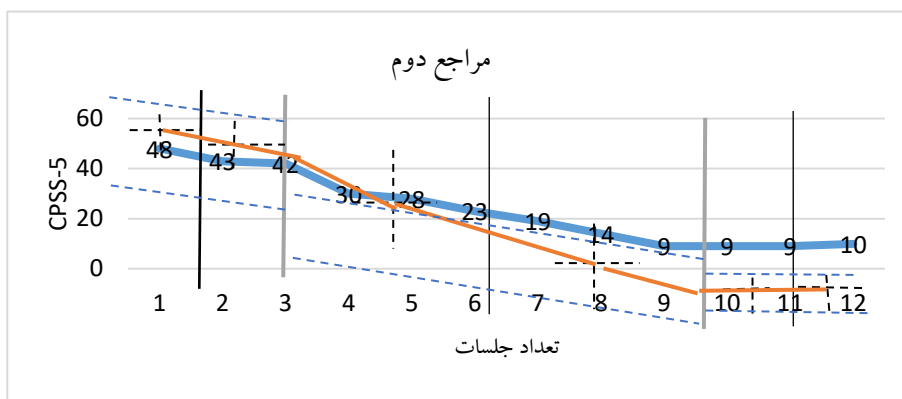
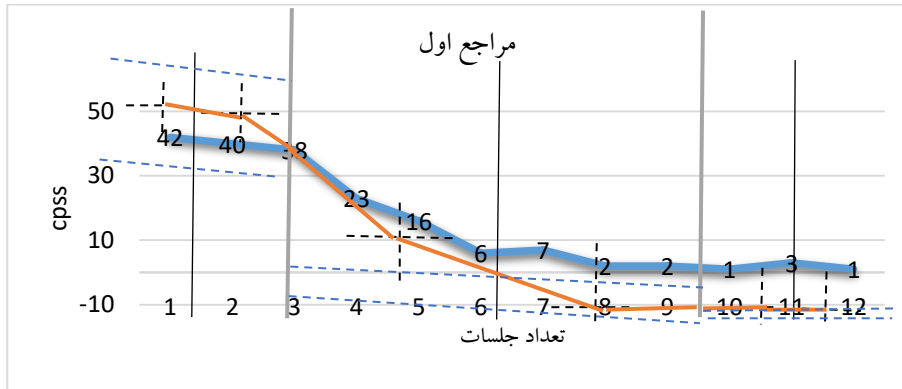
ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.



پیگیری جلسات مداخله خط پایه



نمودار ۳. نمرات مراجعین در مقیاس CPSS-5 در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری



نمودار ۴. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس CPSS-5 در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود میزان تاب‌آوری نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی تأثیر دارد. در ارتباط با اثرگذاری رویکرد درمانی ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هیچ پژوهشی در این راستا یافت نشد و پژوهش حاضر از این جهت بدیع و نو به نظر می‌رسد؛ اما یافته‌ها با بخشی از نتایج حاصل از پژوهش نهنگ و همکاران

(۱۳۹۹)، خرمی و همکاران (۱۳۹۸)، وانگ و کانگ (۲۰۲۰)، سنبل و گانری (۲۰۱۹)، اوهی و همکاران (۲۰۱۹)، هووانگ و همکاران (۲۰۱۸)، بتهل و همکاران (۲۰۱۶) هم‌راستا می‌باشد. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی بر خودنظم‌بخشی هیجانی و تاب‌آوری روان‌شناختی کودکان تأثیر مثبت معنادار داشته است.

روش ذهن‌آگاهی یک برنامه آموزشی روانی است که به کودکان و نوجوانان آموزش می‌دهد تا آگاه‌تر بوده و با افکار و احساسات و حس‌های بدنی‌شان به گونه دیگری برخورد کنند. این شیوه به افراد کمک می‌کند تا به محرک‌هایی که در لحظه، در حوزه هوشیاری‌شان قرار می‌گیرد؛ بدون قضاوت کردن و درعین‌حال با بصیرت نگاه کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در افراد همراه است. افراد ذهن‌آگاه در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر بوده و از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند. فرآیند ذهن‌آگاهی و تمرین تمرکز موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌گر می‌شود؛ به طوری که درمان ذهن‌آگاهی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند منجر به افزایش قدرت تحمل آن‌ها شده و با افزایش قدرت توجه و تمرکز در افراد کمک می‌کند با جداسازی افکار و اعمال، بتوانند تاب‌آوری بالاتری را در مواجهه با افکار و شرایط آزاردهنده از خود نشان داده و از این طریق قدرت تاب‌آوری آنان نیز بهبود یابد (نهنگ و همکاران، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش اوهی و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر آن بود که تاب‌آوری نقش یک عامل حفاظتی و ایمن در برابر اختلال استرس پس از سانحه ایفا می‌کند، در واقع افراد تاب‌آور تمایل به نظارت بر افکار و تنظیم احساسات خود دارند؛ انعطاف‌پذیری بالا در افراد تاب‌آور، توانایی مقابله با ترس و اضطراب را ارتقای می‌دهد و موجب می‌شود این افراد تجربیات نامطلوب خویش را از نظر شناختی بازسازی کنند و از این طریق می‌توانند بر تأثیرات منفی رخداد‌های نامطلوب و آسیب‌زا غلبه و به سازگاری دست‌یابند. همچنین باید اذعان داشت که تأثیر مستقیم مؤلفه‌های مهارت مقابله با استرس در کنترل شرایط ناخوشایند و بحران‌زا باعث ارائه

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۲۱

راهکارهای مؤثر در هنگام وقوع حوادث و مشکلات و فشارهای روانی آسیب‌زا می‌شود و موجب افزایش عملکرد مؤثر فرد در محیط‌های اجتماعی و ارتباط با همسالان خواهد شد. تسلط و تاب‌آوری افراد نه تنها موجب قوی و انعطاف‌پذیرتر شدن آنان در برابر مشکلات می‌گردد، بلکه آن‌ها را نسبت به کسب مهارت‌هایی چون کنترل رفتار و بازگشت به سطح اولیه روانی خود بعد از تنش و ضربه‌های روحی، توانمند خواهد نمود، در واقع ذهن‌آگاهی از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت تاب‌آوری و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (خرمی و همکاران، ۱۳۹۸). هیجان‌ات مثبت منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کند؛ بنابراین افرادی که هیجان‌ات مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند، احتمالاً در مقابل حوادث سخت، مقاوم‌تر هستند و بنابراین تاب‌آوری بیشتری دارند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزار جنسی تأثیر دارد. این یافته با نتایج حاصل از تحقیق شریف‌پور و همکاران (۱۳۹۷)، هیکس و دایتون (۲۰۱۹)، کراترز و همکاران (۲۰۱۸)؛ بادی و همکاران (۲۰۱۸) هم‌راستا می‌باشد و با بخشی از نتایج پژوهش دهمری، عزیزی (۱۳۹۹)، اصلی‌آزاد و همکاران (۱۳۹۸) همگرا می‌باشد. این پژوهش‌ها نیز اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم بالینی کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را تأیید نموده‌اند. در درمان ذهن‌آگاهی تلاش می‌شود، به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، به مراجع کمک کند از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نه تمرکز صرف بر بازسازی‌های شناختی برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش تلاش کند. در واقع ذهن‌آگاهی یعنی تمرکز عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای است که در حال حاضر در جریان است. این توجه دارای ویژگی‌های غیرقضاوتی و همراه با پذیرش است (شریف‌پور و همکاران، ۱۳۹۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، هنگامی که فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه احساس استرس و اضطراب می‌کند، دچار افکار منفی می‌شود و به

هر چیزی از دید منفی می‌نگرد، آموزش ذهن‌آگاهی باعث تقویت توجه بدون قضاوت به چیزی خاص در زمان حال می‌شود. فنون ذهن‌آگاهی به مراجعان آموزش می‌دهد که می‌توانند هر زمانی که متوجه احساس ناامیدی، غمگینی و استرس شدند از طریق توجه به محتوای افکار ارزیابی نمایند که آیا این افکار به‌طور مزمَن منفی هستند و توضیح دهند این افکار چگونه به احساس منفی منجر می‌گردند، خُلق خود را تغییر دهند و بیشتر احساس خنثی یا مثبت داشته باشند، زمانی که این کار مکرراً انجام شود به تدریج این فرآیند، مغز را دوباره سیم‌پیچی کرده و به‌صورت خودکار به افکار مثبت بیشتری فکر می‌کند. تحقیقات در زمینه ذهن‌آگاهی حاکی از آن است که تمرین ذهن‌آگاهی به روش‌های مثبت مغز را تغییر می‌دهد و به پیشرفت، تثبیت خُلق و تقویت تنظیم هیجانی کمک می‌کند و عزت‌نفس را در کودکان و نوجوانان تحکیم می‌کند (دبرابوردیک، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش بووید و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی چندین خصیصه اصلی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از جمله: اجتناب، برانگیختگی بیش‌ازحد، کرختی هیجانی و احساسات منفی همانند شرم و گناه را مورد هدف قرار می‌دهند؛ همچنین سه مؤلفه توجه، شناخت آگاهانه و بدون قضاوت در ذهن‌آگاهی بهبود علائم PTSD را به‌همراه دارد؛ درواقع شناخت ذهن‌آگاهانه موجب کاهش نشخوار فکری و در نتیجه بهبود برانگیختگی و اضطراب در افراد می‌شود؛ از طرفی، دیدگاه بدون قضاوت نیز می‌تواند تمایل افراد را برای نزدیک شدن به ساختار ترس‌برانگیز محرک‌ها بهبود بخشیده و منجر به کاهش اجتناب و دوری از محرک‌ها شود (بادی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین مطابق مدل زیستی PTSD، از دست دادن بازدارنده‌ها در مناطق لیمبیک (به‌عنوان مثال، آمیگدال) منجر به ایجاد واکنش‌های هیجانی اغراق‌آمیز شده و این امر عامل مهمی در بروز علائم PTSD (برانگیختگی بیش‌ازحد و...) است؛ در این میان، رویکردهای ذهن‌آگاهی از طریق احیای عملکرد کورتکس مغز توانایی‌هایی که اغلب در مبتلایان به PTSD کاهش می‌یابد از جمله آگاهی بدن و ذهن‌آگاهی نسبت به احساسات را بهبود می‌بخشد (راچ و همکاران، ۲۰۰۶).

به عبارت دیگر رئوس اصلی این درمان این بود که مراجع فنون ذهن‌آگاهی از جمله فن اسکن بدن، تنفس ذهن‌آگاهانه و ذهن‌آگاهی نسبت به افکار و هیجانات را می‌آموزد تا بتواند احساسات، افکار و حوادث آسیب‌زای زندگی خود را بدون قضاوت بپذیرد و در سبک زندگی خویش تغییرات مثبتی ایجاد نماید که این موجب ایجاد نگرش مثبت آنان نسبت به خود و کاهش استرس می‌شود. همچنین مراجع در طی این فنون میزان آگاهی خویش را نسبت به افکار منفی بالابرد و خود این امر به کاهش گزارش افکار منفی و نشخوارگری فکری در درازمدت منجر می‌شود. تمرین تنفس آگاهانه به عنوان مرکز توجه و نقطه مرجع استفاده می‌شود که بیماران برای بازگشت به زمان حال؛ زمانی که ذهن آن‌ها توسط افکار و هیجانات منفی دچار استرس و اضطراب می‌شود، استفاده کنند. بازگشت به درون جسم خود و در زمان حال، زمانی تجربه می‌شود که مراجع با تأمل در مورد حوادث گذشته و یا آینده خود و قرار گرفتن در الگوهای همیشگی فکر و احساس جذب آن‌ها می‌شود.

از آنجا که درمان ذهن‌آگاهی در این پژوهش دارای ساختاری روشن و تکالیف خانگی است، توانمندی مراجع به پیگیری درمان را افزایش داده و موجب اثربخشی معنادار تکنیک‌های مربوطه در تغییر وضع روانی مراجع شده است. باین حال، اجرای طرح‌های تک‌آزمودنی و تعداد کم شرکت‌کنندگان تعمیم‌پذیری داده‌ها را به جمعیت‌ها و موقعیت‌های دیگر دچار محدودیت می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری با شرایط آزمایشی کنترل‌شده و با تعداد نمونه‌های بیشتر تکرار شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های بلندمدت استفاده شود تا میزان اثرگذاری نتایج به‌طور دقیق‌تری بررسی شود.



تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

محققین وظیفه خود می‌دانند از شرکت‌کنندگان و مسئولین محترم مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان ایذه که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند سپاسگزاری نمایند.

ORCID

Shekoofe Mottaghi  <http://orcid.org/0000-0002-8084-3803>
Afsaneh Moradi  <http://orcid.org/0000-0002-5945-5857>
Samireh Karimi  <http://orcid.org/0000-0003-2124-8788>

منابع

اصلی‌آزاد، مسلم؛ منشئی، غلامرضا و قمرانی، امیر (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری. *فصلنامه سلامت روان کودکان*، ۶(۱)، ۸۳-۹۴.

اعتمادی، سهیلا؛ پورشریفی، حمید؛ تاجری، بیوک؛ کلانتری، مهدی و هواسی، ناهید (۱۳۹۹). نقش تجارب آسیب‌زای جنسی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افشاسازی در تبیین علائم جسمی دختران نوجوان آسیب‌دیده. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۹(۳۵)، ۶۸-۵۱. افشاری، افروز و امین، راضیه (۱۳۹۷). نقش تشخیصی رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و ناگویی هیجانی در اعتیاد زنان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۲)، ۱۰۹-۱۲۴.

پورشهریاری، مه‌سیما؛ ولی‌پور، مورینا و حسینیان، سیمین (۱۳۹۶). تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات رفتاری کودکان. *فصلنامه سلامت روان کودکان*، ۴(۴)، ۲۳-۱.

جیمز سادوک، بنجامین؛ آلکوت سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۷). تهران: ارجمند. خرمی، فرهاد؛ بستان، نبی؛ یوسفی لبنی، جواد و مرادی، سیدیحیی (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۴(۳۲)، ۶۱-۷۵.

دبرا، بوردیک (۲۰۱۴). *راهنمای آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی به کودکان و نوجوانان*. ترجمه غلامرضا منشئی، مسلم اصلی‌آزاد، لاله حسینی، پریناز طیبی نایینی. (۱۳۹۶). اصفهان: نشر دانشگاه آزاد اسلامی.

درهرج، محمد؛ حسنی، جعفر و مرادی، علیرضا (۱۳۹۶). *اختلال استرس پس از سانحه کودکان و نوجوانان (راهنمای تشخیص و درمان)*. تهران: آکادمیک.

دمهری، فرنگیس؛ عزیزی، مهدیه و برغون، ریحانه. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های درد در کودکان دارای بیماری‌های مزمن. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۵۶)، ۳۷-۴۶.

سنبل، سهیلا؛ فرهنگی، عبدالحسین و تیزدست، طاهر (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی گروه درمانی

- شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان ذهن آگاهی بر کاهش علائم و بهبود تحریک‌پذیری و تمرکز جانبازان شیمیایی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه استان تهران. *روان‌شناسی نظامی*، ۷(۲۶)، ۵۱-۷۴.
- شریف‌پور، شایسته؛ منشی، غلامرضا و سجادیان، ایلناز (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر افسردگی، اضطراب و استرس نوجوانان مبتلا به سرطان در مرحله شیمی‌درمانی. *مجله علوم پزشکی جندی شاپور*، ۱۷(۵)، ۵۵۷-۵۴۵.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین و سمنانی، یوسف (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (DSM-IV-SCID). *تازه‌های علوم شناختی*. ۶(۱ و ۲)، ۱۰-۲۲.
- صدری‌دمیرچی، اسماعیل؛ محمدی، نسیم و بدل‌پور، زینب (۱۳۹۶). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و رضایت از زندگی جانبازان. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۸(۳۲)، ۳۱-۴۱.
- فراهانی، حجت‌اله؛ آقامحمدی، سمیه؛ عابدی، احمد و کاظمی، زینب (۱۳۹۲). *مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی*. تهران: روان‌شناسی و هنر.
- فراهادی، مریم و پسندیده، محمدمهدی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۲)، ۷-۱۵.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). *راهنمای کامل تغییرات و نکات ضروری DSM-5*. تهران: ساوالان.
- مطلق، ماریا؛ علاقبندراد، جواد؛ شهریور، زهرا؛ عرب‌گل، فریبا و صاحبی، محمدعلی (۱۳۸۴). نیمرخ علائم و عوامل خطر ساز اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان زلزله‌زده بم. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۷(۳)، ۶۵-۷۰.
- نوفروستی، اعظم و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۷). تحلیل داده‌ها در طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی. *نشریه رویش روان‌شناسی*. ۷(۱۲)، ۲۹۱-۳۰۶.
- نهنگ، علی‌اکبر؛ موسوی نجفی، فهیمه و محمدی، رؤیا (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر خودنظم‌بخشی هیجانی و تاب‌آوری روان‌شناختی کودکان بدسرپرست. *فصلنامه سلامت روان کودکان*، ۱۷(۱)، ۱۰۶-۱۱۷.

اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و...؛ کریمی و همکاران | ۱۲۷

هاشمی، سهیلا؛ اکبری، عباس؛ عباسی اصل، رؤیا و اردشیری آلاشتی، رؤیا (۱۳۹۷). ساختار عاملی و کفایت روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری (RS-14). فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۳(۵۱)، ۲۷۲-۲۵۱.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ardesch, S. (2015). *Does Mindfulness makes less anxious? M.A thesis of clinical psychology*. Leiden University.
- Azad-Marzabadi, E., Amiri, S., & Moghtadaei, K. (2018). Comparison of Mindfulness Based Therapy and Pharmacotherapy on Trauma Related Symptoms. *Trauma Monthly*, 23(6), 12-37. <https://doi.org/10.5812/traumamon.55969>.
- Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(1), 7-25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>.
- Bethell, C., Gombojav, N., Solloway, M., & Wissow, L. (2016). Adverse childhood experiences, resilience and mindfulness-based approaches: common denominator issues for children with emotional, mental, or behavioral problems. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(2), 139-156. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.001>.
- Bigdeli, I., Najafy, M., & Rostami, M. (2013). The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*, 13(9), 721-729. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-en.html>.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., & Bourgeois, C. (2016). Mindfulness as mediator and moderator of post-traumatic symptomatology in adolescence following childhood sexual abuse or assault. *Mindfulness*, 7(6), 1306-1315. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0571-3>
- Dehestani, M. (2015). The Effectiveness of Learning to Decrease Mindfulness-Based Stress on Depression, Anxiety and Stress of Girl Students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 4(10), 56-47.
- Devries, K. M., & Meinck, F. (2018). Sexual violence against children and adolescents in South Africa: making the invisible visible. *The Lancet Global Health*, 6(4), 367-368. <https://doi.org/10.1016/S2214->

109X(18)30106-2.

- Donnelly, C. L., & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatric Drugs*, 4(3), 159-170. <https://doi.org/10.2165/00128072-200204030-00003>.
- Eoh, Y., Jeong, A., Cha, S. Y., & Kim, N. H. (2019). How Resilience Affects Post-Traumatic Stress Symptoms: The Mediating Role of Acceptance. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 308-317. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2019.38.3.004>.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 376-384. <http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003-9>.
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., & Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38-46. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>
- Fortuna, L. R., Porche, M. V., & Padilla, A. (2018). A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 42-62. <https://doi.org/10.1111/papt.12143>.
- Hicks, L. M., & Dayton, C. J. (2019). Mindfulness and trauma symptoms predict child abuse potential in risk-exposed, men and women during pregnancy. *Child abuse & neglect*, 90(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.018>.
- Hiemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C. & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlation study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104. <https://doi.org/10.1177/1359104507071062>.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., MacKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Changes in the prevalence and symptom severity of child PTSD in the year following trauma: A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 57(8), 884-898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
- Hwang, W. J., Lee, T. Y., Lim, K. O., Bae, D., Kwak, S., Park, H. Y., & Kwon, J. S. (2018). The effects of four days of intensive mindfulness meditation training (Templestay program) on resilience to stress: a randomized controlled trial. *Psychology, health & medicine*, 23(5), 497-504. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1363400>.
- Kabat-Zinn J. (1996). 'Mindfulness Meditation: What it is, what it isn't, And Its Role in Health Care and Medicine'. In Haruli Y., Ishii Y., and

- Suzuki M. *Comparitive and Psychological Study on Meditation, Eburon, Netherlands*, 161-169.
- Kratzer, L., Heinz, P., Pfitzer, F., Padberg, F., Jobst, A., & Schennach, R. (2018). Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.004>.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0).
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological rehabilitation*, 24(3-4), 445-463. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636>.
- Ortiz, R., & Sibinga, E. M. (2017). The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 4(16), 1-19. <https://doi.org/10.3390/children4030016>.
- Rachamim, L., Mirochnik, I., Helpman, L., Nacasch, N., & Yadin, E. (2015). Prolonged exposure therapy for toddlers with traumas following medical procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 240-252. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.006>.
- Ramasubramanian, S. (2017). Mindfulness, stress coping and everyday resilience among emerging youth in a university setting: a mixed methods approach. *International Journal of adolescence and youth*, 22(3), 308-321. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1175361>.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biological psychiatry*, 60(4), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.004>.
- Semple, R., Reid, E., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-391. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.379>.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 624-629. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080032005.
- Sunbul, Z. A., & Guneri, O. Y. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139(3), 337-342.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>.

Tran, G. Q., & Haaga, D. A. (2002). Coping responses and alcohol outcome expectancies in alcohol abusing and nonabusing social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 1-17. <https://doi.org/10.1023/A:1013803803192>.

Tubbert, S. J. (2016). Resiliency in emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 42(1), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.016>.

Wang, K., & Kong, F. (2020). Linking trait mindfulness to life satisfaction in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Indicators Research*, 13(1), 321-335. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-096998-4>.

استناد به این مقاله: کریمی، سمیره، متقی، شکوفه، مرادی، افسانه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزارجنسی: مطالعه تک آزمودنی، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۲(۴۶)، ۹۳-۱۳۰.

DOI: 10.22054/JCPS.2022.62332.2606



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.