اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و قانون‌گریز درنوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۲ / زمستان ۱۳۹۹ / ص ۲۰-۱۴

فرهاد اکبر پور[۱]، مهدی زارع بهرام آبادی[۲]، مهدی دوایی[۳]، فریبا حسنی [۴]
[۱]دانشجوی دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز
[۲]گروه پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان سمت، تهران، ایران
[۳]گروه برنامه ریزی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۴]گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی ،واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول:
مهدی زارع بهرام آبادی

چکیده

مقدمه: پرخاشگری و رفتارهای قانون‌گریزانه یکی از مشکلات نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای پرخاشگرانه و قانون گریز نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر است. روش: تعداد ۵۰ نفر از نوجوانان مستعد رفتار پرخطر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و ذهن آگاهی اختصاص داده شدند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه مداخله ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی را دریافت کرد، در حالی که در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. دو گروه در پیش آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از آزمون MANCOVA و بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS-26 تحلیل شد. یافته‌ها: یافته‌ها بیانگرآن بود که در پیش آزمون تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت، اما درمان ذهن آگاهی در گروه آزمایش، نمرات رفتارهای پرخاشگرانه و قانون گریز را بطور معنی¬داری کاهش داد. بحث و نتیجه¬گیری: درمان ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان مداخله مفید برای نوجوانان مستعد رفتارهای پرخطر در نظر گرفته شود که از طریق نظم بخشی به هیجان‌ها، احتمال رفتارهای پرخطر را در آنها کاهش دهد.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی، پرخاشگرانه، رفتارهای قانون گریز، نوجوانان

مقدمه

نوجوانی با تغییرات سریع فیزیولوژیکی، ذهنی و هیجانی همراه است (۱) لذا جوانان بیش از سایر افراد جامعه در معرض تجربهٔ مشکلات رفتاری قرار دارند. از جمله این مشکلات که به ویژه در سال‌های اخیر توجه بسیاری از سیاست‌گزاران حوزهٔ بهداشت را در کشورهای مختلف درگیر خود کرده است، گرایش جوانان به رفتارهای پرخطر و تأثیر این رفتارها بر سلامت آن‌هاست (۲). رفتارهای پرخطر به مجموعه‌ای از رفتارها اطلاق می‌شوند که سلامت و زندگی نوجوانان، یا دیگر افراد جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهند(۳). از جملهٔ این رفتارهای پرخطر که شیوع نسبتاً بالایی نیز در گروه‌های جوان دارند، می‌توان به پرخاشگری، رفتارهای قانون گریزو ضد اجتماعی از قبیل مصرف الکل، مواد مخدر و رابطه‌های جنسی مخاطره‌آمیز (۴) اشاره کرد که به صورت مستقیم و غیر مستقیم تأثیری منفی بر رفتار فرد حتی در جوانی و بزرگسالی خواهند داشت. شیوع نشانگان رفتارهای پرخطر افزایش می‌یابد و مشکلات رفتاری در نوجوان به عنوان دو دسته نشانگان بالینی شامل مشکلات برونی سازی (در برگیرنده پرخاشگری و بزهکاری، اختلال سلوک) و مشکلات درونی سازی (شامل: افسردگی، اضطراب و گوشه‌گیری) تقسم می شود(۵). مطالعات نشان داده است که هم رفتارهای مشکل درونی (افسردگی و اضطراب) و هم بیرونی (پرخاشگری و بزهکاری) با افزایش قابل ملاحظه ای روبرو است (۶). رفتارهای پرخطر برون‌سازی که مد نظر بررسی حاضر است اغلب به عنوان هر رفتاری که قوانین، قواعد و عرف‌های اجتماعی و یا حقوق افراد را نقض کند، در نظر گرفته می‌شود(۷) و شامل رفتارهایی نظیر خشونت، سرقت، مصرف مواد و فرار از مدرسه می‌شود. یافته‌های جمعیت‌شناختی در رابطه با رفتارهای قانون گریزانه در نوجوانان نشان می‌دهد تقریباً ۹۰ درصد افرادی که هر روز سیگار می‌کشند، اولین تجربه‌ی سیگار را قبل از ۱۸ سالگی داشته‌اند (۸)، روند در دسترس بودن و مصرف سیگار، الکل و مواد طی دهه‌ی گذشته افزایش یافته است. همچنین نرخ فراوانی بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان طی سه دهه‌ی اخیر از ۴۰۰ نفر به ۱۰۰۰ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر افزایش یافته است(۹). اگرچه بزرگسالان هم رفتارهای پرخطر را تجربه می‌کنند، اما نوجوانان بیشتر آنها را انجام می‌دهند، به طوری که انجام این رفتارها از ابتدای نوجوانی تا میانه آن افزایش می‌یابد و در اواخر نوجوانی افت پیدا می‌کند (۱۰،۱۱). نوجوانی دوره افزایش رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد است. مصرف مواد در نوجوانان شایع و شروع مصرف از دوره دبیرستان آغاز می‌شود. برآوردهای ملی نشان می‌دهد که ۲۰ تا ۳۰ درصد نوجوانان از الکل یا داروهای دیگر در کلاس ۹ استفاده می-کنند و این مصرف به میزان ۵۰ تا ۷۰ درصد تا کلاس ۱۲ افزایش پیدا می‌کند (۸). به علاوه آمار نشان می‌دهد که حدود ۱۶ درصد از معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند (۱۲).

شیوع رفتار ضد اجتماعی[1] نوجوانان درایران درحال افزایش است (۱۳). میزان شیوع رفتارهای مشکل به ملاک‌های سنجش رفتار متفاوت است، دامنهٔ این شیوع از حدود ۵٪ در برخی رفتارها (نظیر سرقت، مصرف تریاک تا حدود۲۰٪ تا ۲۵٪ در رفتارهایی نظر کشیدن سیگار، مصرف الکل، متفاوت است. علاوه بر این، شیوع رفتارهای ضد اجتماعی در طی دورهٔ نوجوانی به شدت افزایش می یابد (۱۵،۱۴). نتایج بررسی مربوط به شیوع رفتارهای قانون‌گریز در جامعه مورد بررسی، نشان می‌دهد که شیوع رفتارهای مشکل در پسران بیشتر از دختران و با افزایش سال تحصیلی میزان رفتارهای مشکل بیشتر می‌شود. بطوریکه حدود ۵/۸٪ از دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان، ۹/۷٪ از دانش آموزان سال دوم و ۲۱/۶ درصد از دانش آموزان سال سوم دبیرستان سیگار می کشند. ۲۶/۲٪ دانش آموزان سال اول، ۳۷/۵٪ از دانش آموزان سال دوم و ۳۹٪ از دانش آموزان سال سوم دبیرستان قلیان مصرف می‌کنند. ۲/۹٪ دانش آموزان سال اول دبیرستان، ۳۵/۵ درصد از دانش آموزان سال دوم و ۷٪ از از دانش آموزان پسر حشیش یا موادی نظیر گراس مصرف می‌کنند. ۱/۹٪ از دانش آموزان سال اول، ۰/۷٪ از دانش آموزان سال دوم و ۴/۸٪ از دانش آموزان پسر سال سوم دبیرستان تریاک مصرف می‌کنند. ۱/۹٪ از دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان، ۹٪ از دانش آموزان سال دوم و ۱۶/۱٪ از دانش آموزان پسر سال سوم دبیرستان الکل مصرف می کنند. این نتایج بخوبی روندهای رشد رفتارهای قانون گریزانه را در طی سال‌های نوجوانی به خوبی نشان می دهد. نتایج این بررسی نشان می دهد که متوسط رفتار بزهکاری در نوجوانان پسر بیشتر از دختران (۱۹/۹۹ در مقابل ۱۶/۳۶) می باشد که با افزایش سال تحصیلی این میزان افزایش می یابد. بیش از ۹۵٪ از داشن آموزان پسر و دختر دبیرستانی بیان نمودند که حداقل یک بار در امتحانات تقلب نموده‌اند. بیش از ۴۰ درص از آنها بیان نموده‌اند که حداقل یک بار از مغازه چیزی را بدون پرداخت پول سرقت نموده‌اند. حدود ۳۵٪ از آنها به اموال عمومی در مدرسه و خارج از مدرسه خسارت حداقل یک بار خسارت زده‌اند. حدود ۴۰٪ از آنها دست‌کم یک بار دانش‌آموزان دیگر را کتک زده‌اند. حدود ۲۳۵ از آنها با خود وسایل خطرناکی نظیر چاقو حمل می‌کنند. و این در حالی است که این میزان ها در پسران و با افزایش سال تحصیلی بسیار افزایش می‌یابد(۱۶). رفتارهای پرخطر می‌تواند مانع تحول طبیعی نوجوان و تجربه‌های معمولی سنین نوجوانی گردد.

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند با تمرکز بر زمان حال، افراد را از قید رویدادهای ناخوشایند گذشته و نگرانی‌ها درباره آینده برهاند و از این میزان درگیر شدن آنها در رفتارهای پرخطر راکاهش دهد (۱۷،۱۸). در نهایت آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند پاسخ سازگارانه و جدید به افراد، مکان‌ها و اشیا را تسهیل کند که تمایل رفتارهای پرخطر را به عنوان یک واکنش عادتی و نوشته شده مستخرج می‌کند. با انجام

[1] antisocial

این کار، تمرین ذهن‌آگاهی می‌تواند واکنش‌پذیری و سرکوبی استرس را تضعیف کند در حالی که فرآیند خودکار رفتارهای تکانشی، پرخطر و اعتیادآور را مختل می‌کند و در نتیجه توانایی تنظیم و رهایی از برانگیزاننده‌های رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد. (۱۸). تغییرات نورولوژیکی در ساختار مغز ممکن است کارکردهای شناختی همچون توجه و حافظه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تمرین‌های ذهن‌آگاهی خصوصا مراقبه ذهن‌آگاهی موجب تاثیر مستقیم در فرآیندهای شناختی و افزایش کنترل خود می‌شود (۱۹). جمعیت نوجوان بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض تجربهٔ رفتارهای پرخطر قرار دارند. این در حالی است که در بین قشر جوان نیز برخی از گروه‌ها به دلیل شرایط خاص زندگی، بیش از سایرین نسبت به این رفتارها آسیب‌پذیر هستند (۲۰) در این رابطه برنامه‌های مداخلاتی کارآمد می‌تواند در کاهش ریسک پذیری این افراد و نیز عوارض و نشانگان رفتارهای پرخطر موثر واقع شود. پژوهش‌های انجام شده اثر بخشی درمان ذهن آگاهی را در گروه های مختلف نشان داده‌اند، بررسی‌های انجام شده اغلب اثربخشی ذهن‌آگاهی را در گروه معتادان و کاهش وسوسه در آنها نشان داده‌اند. با این حال در زمینه اثر بخشی درمان ذهن آگاهی در نوجوانان و رفتار های پرخطر در آنها بررسی‌ها اندک است. لذا این بررسی در صدد بررسی تاثیر ذهن‌آگاهی بر کاهش گرایش به رفتار پرخاشگرانه و قانون‌گریزانه در نوجوانان است.

مواد و روش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری این تحقیق شامل نوجوانان مستعد رفتارهای پرخطر دبیرستان های منطقه ۱۵ شهر تهران بودند. که با توجه به ماهیت و نوع تحقیق تعداد ۵۰ نفر (۲۵ نفر در گروه ذهن آگاهی، و ۲۵ نفر در گروه کنترل) انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌ها اختصاص داده شدند. پرسشنامه مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان برای هر سه گروه در قبل و بعد از مداخله اجرا گردید، گروه های آزمایشی طی ۸ جلسه (با فراوانی ۱ جلسه در هفته) درمان ذهن‌آگاهی را دریافت کردند. در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند در این بررسی از تحلیل کوواریانس عاملی (MANCOVA) با یک متغیر مستقل عضویت گروهی و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون خرده مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات رفتاری نوجوانان استفاده شده است. ملاک‌های ورود شامل تمایل شرکت در پژوهش، تحصیل در مقطع دبیرستان، نمره بالا در مقیاس خطرپذیری، دامنه سنی ۱۴ الی ۱۸ سال و جنسیت مذکر. ملاک های خروج از پژوهش شامل داشتن بیماری‌ها و آسیب‌های مغزی (تشنج، سکته و ضربه مغزی و ...)، بیماری‌ها و مشکلات روانپزشکی، غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات درمان، مصرف داروهای اعصاب و روان و عدم شرکت در پس آزمون می باشد. لازم به ذکر است که فرم رضایت آگاهنه برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد. به انها اطمینان داده شد اطلاعات آنها کاملا محرمانه، تنها برای هدف پژوهش استفاده شده و انتشار هرگونه اطلاعات به صورت کلی و بدون ذکر نام آنها خواهد بود و در صورت عدم تمایل در هر مرحله می‌توانند از بررسی خارج شوند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار پژوهش عبارتند از: مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی: مقیاس خطرپذیری جوانان و نوجوانان ایرانی[۲](۱۳) با بررسی ابزارهای معتبر داخلی و خارجی مرتبط در حوزهٔ خطرپذیری (برای مثال، پرشنامهٔ خطرپذیری نوجوانان[۳] و پیمایش رفتار پرخطر جوانان[۴]) و با لحاظ نمودن شرایط فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی خاص جامعه ایران طراحی شده است، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی یک ابزار خودگزارشی ۳۸ سؤالی می‌باشد که آسیب‌پذیری نوجوانان ایرانی را در هفت حیطه از رفتارهای پرخطر شامل رانندگی خطرناک (شش سؤال)، خشونت (پنج سؤال)، سیگار کشیدن (پنج سؤال)، مصرف مواد مخدر (هشت سؤال)، مصرف الکل (شش سؤال)، رفتار جنسی (چهار سؤال) و دوستی با جنس مخالف (چهار سؤال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گویه ها روی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ خطرپذیری بیشتر می‌باشد. در مطالعهٔ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی، زاده‌محمدی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۴ را برای کل مقیاس و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را در دامنهٔ بین ۰.۷۴ (رانندگی خطرناک) تا ۰.۹۳ (سیگار کشیدن) گزارش کرده‌اند که نشان‌دهندهٔ اعتبار بالای این مقیاس در نمونهٔ ایرانی می‌باشد(۱۳).

مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان (CBCL): این مقیاس توسط آخنباخ ساخته شده است (۲۱) فرم مشکلات رفتاری نوجوانان، یک مقیاس گزارش والدین برای سنین ۱۱ الی ۱۸ سال است این مقیاس شامل بخش شایستگی ها و سندرم‌ها می‌باشد. بخش شایستگی ها از چهار قسمت فعالیتها، عملکرد تحصیلی، کارآمدی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است. فعالیتها شامل انواع ورزش، انواع سرگرمی‌های غیر ورزشی، مهارتها، شغل و کیفیت آن می‌باشد. کارآمدی اجتماعی شامل سازمانی است که نوجوان در آن عضویت و فعالیت دارد. میزان

[2]. Iranian Adolescents Risk-taking Scale
[3]. Adolescents Risk-taking Questionnaire
[4]. Youth Risk Behavior Survey

فعالیت در آن سازمان‌ها شامل تعداد دوستان و کیفیت رابطه آنها و رفتار با دیگران یا تنها بودن می‌باشد(۲۱) مقیاس سندرم‌ها شامل گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی/ اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و همچنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری است که مجموعه ناهمگونی از ناراحتی‌های مختلف مثل رفتار به شیوه جنس مخالف، نافرمانی، غذا نخوردن، ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس، پرخوری، اضافه وزن، کم خوری، و غیره را تشکیل می‌دهند. در مجموع فهرست رفتاری کودکان و نوجوانان مشتمل بر چند بخش زیر است: بخش ارزیابی توانایی تحصیلی کودکان و نوجوانان در زمینه‌های توانایی شناختی و موضوعات تحصیلی و آموزش ، بخش ارزیابی توانایی اجتماعی کودکان و نوجوانان برای سنجش میزان سازگاری کودکان و نوجوانان با همسالان، خواهر، برادر، والدین و نحوه کنار آمدن کودکان و نوجوانان با خود و بخش ارزیابی مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان و نوجوانان (۲۱)

معرفی برنامه مداخله‌ای: پس از اجرای پیش آزمون بر روی هر سه گروه، گروه‌های آزمایش مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی و تنظیم هیجان را دریافت کردند و بعد از اتمام مداخله، نمرات پس‌آزمون گردآوری شد. درمان در چارچوب جلسه ۵۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) در گروه آزمایشی به شرح زیر اجرا شد.

برنامه تمرین هشت هفته‌ای آموزش ذهن‌آگاهی	
هفته اول و دوم	اسکن بدن (۶ روز در هفته، ۴۵ دقیقه در روز). تمرین تنفس (۱۰ دقیقه در روز).
هفته سوم و چهارم	تمرین متناسب اسکن بدن و یوگا (یک در میان و حتی الامکان ۴۵ دقیقه در روز، ۶ روز در هفته)، تمرین تفکر با تنفس در وضعیت نشسته برای ۱۵ تا ۲۰ دقیقه در روز.
هفته پنجم وششم	نشستن وتمرکز روی تنفس، نشستن ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای در روز متناوبا با یوگا، استفاده از تنفس به عنوان عملی برای کنترل توجه.، توجه به احساسات جسمانی، صداها، افکار و احساسات و موارد دیگر، شروع مراقبه پیاده روی
هفته هفتم	۴۵ دقیقه تمرین در روز (استفاده ترکیبی از تکنیک های نشستن، یوگا واسکن بدن)، اگر از نوارها استفاده می‌کردید سعی کنید از این هفته از آن ها استفاده نکنید.
هفته هشتم	به غقب برگردید و از نوارها استفاده کنید. حداقل ۲ بار در این هفته اسکن بدن انجام دهید. به نشستن و یوگا ادامه دهید.

یافته‌ها

جهت بررسی همگنی دو گروه دو گروه از لحاظ رفتارهای پرخاشگرانه و قانون گریز در مرحله پیش آزمون، از تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تفاوت در سطح اولیه و مبنای مقایسه در مرحله پیش آزمون تفاوتی بر اساس خرده مقیاس‌های رفتار قانون گریز (P=۰/۸۰، F(۱،۳۵)=۰/۰۶۳) و رفتار پرخاشگرانه (P=۰/۷۶، F(۱،۳۵)=۰/۰۸) وجود نداشته است. برقراری این مفروضه نشانگر همگنی گروه‌های مداخله و کنترل از نظر رفتارهای پرخاشگرانه و قانون گریز در مرحله پیش آزمون است.

جدول ۱ آماره‌های توصیفی در مولفه‌های نشانگان برونی‌سازی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

			پیش آزمون		پس آزمون	
خرده مقیاس	گر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتار قانون گریز	کنترل	۱۸	۴/۱۱	۳/۹۸	۴/۳۳	۳/۹۷
	ذهن آگاهی	۱۹	۴/۴۲	۳/۵۱	۲/۳۱	۲/۲۳
رفتار پرخاشگرانه	کنترل	۱۸	۷/۳۸	۴/۰۷	۶/۹۴	۴/۲۴
	ذهن آگاهی	۱۹	۷/۴۲	۵/۵۵	۴/۸۴	۴/۰۳

از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی تفاوت نوجوانان گروه های کنترل و ذهن آگاهی از نظر میزان خرده مقیاس‌های رفتار قانون گریز و پرخاشگرانه استفاده شد. نتایج آزمون Box`s M حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تایید شد (F(۶،۲۴۵۶۶۹/۳)=۲/۵۴ ،p=۰/۰۵۴). نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها نشان داد که در خرده مقیاس رفتار قانون گریز (F(۱،۳۵)=۲/۱۱ ،p=۰/۱۵)، و رفتار پرخاشگرانه (F(۱،۳۵)=۱/۶۶ ،p=۰/۲۱)، سه گروه از نظر خطای واریانس‌ها همگن هستند.

نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی پس‌آزمون مولفه رفتار قانون‌گریز (F(۲،۳۲)=۲۰/۹۶ ،p<٪۰۰۱)، و رفتار پرخاشگرانه (، p<۰/۰۰۱ ،F(۲،۳۲)=۱۸/۷۷)، و متغیر گروه (ذهن‌آگاهی و کنترل) روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌ها (F(۲،۳۲)=۹/۶۷ ،p<۰/۰۰۱) با استفاده از آزمون هاتلینگ حاکی از وجود اثر معنادار بود.

جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه ها در رفتارهای پرخاشگرانه و قانون گریز

منبع تغییرات	خرده‌مقیاس	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
مداخله	رفتار قانون گریز	۱-۳۳	۱۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	رفتار پرخاشگرانه	۱-۳۳	۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱

نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون به عنوان عامل هم‌پراش روی پس آزمون حاکی از آن بود که میزان نمرات رفتار پرخاشگرانه و قانون گریز گروه های آزمایش بعد از شرکت در دوره درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاس رفتار قانون گریز ($F(۱،۳۳)=۱۲/۹۸$ ،$p<۰/۰۰۱$) و رفتار پرخاشگرانه ($F(۱،۳۳)=۸/۲۸$ ،$p<۰/۰۰۱$) داشته است، (جدول ۲)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش نمرات رفتار پرخاشگانه و قانون‌گریز در گروه مداخله شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش گرایش به رفتار پرخاشگرانه و قانون گریز در نوجوانان شد. در رابطه با اثربخشی درمان ذهن آگاهی، اغلب بررسی‌های به عمل آمده معطوف به اثربخشی این مداخله در رابطه با گروه‌های درگیر سوءمصرف مواد و به ویژه اثر ذهن آگاهی در کاهش اشتیاق و ولع مصرف در آنهاست. با این حال با توجه به اینکه رفتارهای اعتیادی و مصرف مواد هم شکلی از رفتارهای پرخطر برونی‌سازی شده است، در رابطه با بررسی‌های صورت گرفته امکان مقایسه یافته‌ها را فراهم می-کند. نتایج مطالعه مروری گرانت[۵] و همکاران نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر از جمله سوءمصرف مواد تاثیر دارد و حتی آموزش ذهن آگاهی موجب پیشگیری از عود در معتادان میشود (۲۲). نتایج به دست آمده در این بررسی‌ها هماهنگ و همسو با یافته‌های بررسی حاضر است. در این راستا م توان گفت آموزش‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند واکنش‌پذیری را از طریق کاهش و تعدیل فعال شدن کرتکس سینگولیت و استرایاتوم هنگام مواجهه با شرایط زمینه ساز محیطی کاهش دهد (۲۳).

دوما تمرین ذهن‌آگاهی می‌تواند هیجان منفی را از گرایش به رفتار تکانشی و پرخاشگرانه جدا کند. تمرین ذهن‌آگاهی می‌تواند این ارتباط را خاموش کند، به طوری که وقتی نوجوان احساس غمگینی، ترس یا عصبانیت را تجربه می‌کند می‌تواند اجازه دهد این هیجانات بالا بیاید بدون اینکه واکنشی به این هیجانات نشان دهد. در واقع نوجوانان مستعد رفتار پرخطر شرکت کننده در برنامه ذهن آگاهی کمتر به خلق خلق منفی مبتلا می‌شوند و این کاهش واکنش به احساسات منفی می‌تواند منجر به کاهش نشانگان برونی‌سازی (۲۴) و سایر رفتارهای پرخاشگرانه شود. تبیین دیگری که در زمینه اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش رفتارهای پرخطر می‌توان مطرح کرد این است که علاوه بر اثر مستقیم، ذهن‌آگاهی به واسطه تعدیل و تنظیم هیجان ها نیز بر کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر اثر گذار است. چرا که در بسیار از موارد رفتارهای پرخطر شکل برونریزی شده یک هیجان تنظیم نشده است. برای مثال رفتارهای پرخاشگرانه یا گرایش به مصرف مواد در بسیاری از موارد نتیجه و برآیند یک هیجان تنظیم نشده است. در این موارد ذهن‌آگاهی از راه تنظیم و مدیریت عواطف نیز می‌تواند به طور غیر مستقیم از احتمال نشانگان برونی سازی مانند رفتار پرخاشگرانه و غیره بکاهد.

در مجموع یافته های بررسی حاضر نشان می دهد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش رفتارهای قانون گریز و رفتار پرخاشگرانه در نوجوانان مستعد رفتارهای پرخطر اثرگذار بوده و می‌توانند به عنوان مداخلاتی کارآمد در راستای کاهش نشانگان برونی سازی در نوجوانان درگیر رفتارهای پرخطر و همچنین به عنوان یک برنامه آموزشی کارامد در چارچوب یک برنامه پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت سپاس و قدردانی را دارند.

۵. Grant

مراجع

1- Padilla-Walker LM, Memmott-Elison MK, Nielson MG. Longitudinal change in high-cost prosocial behaviors of defending and including during the transition to adulthood. Journal of youth and adolescence. 2018 Sep 1;47(9):1853-65..

2- Cyders MA, Flory K, Rainer S, Smith GT. The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first-year college drinking. Addiction. 2009 Feb;104(2):193-202.

۳-ماهر، فرهاد (۱۳۸۳). رفتارهای پرخطر در اوقات فراغت جوانان، روندها و الگوها. فصل‌نامهٔ مطالعات جوانان، ۶، ۱۴۴- ۱۸۸.

4- Smith L, Jacob L, López-Sánchez GF, Grabovac I, Yang L, Pizzol D, Sigman A, McDermott D, Koyanagi A. A Multicountry Study of the Violence-Related Risk Factors for Early Sexual Debut and Risky Sexual Behavior in Adolescents. Journal of Interpersonal Violence. 2020 Apr 24:0886260520927502..

5- Gearing RE, MacKenzie MJ, Ibrahim RW, Brewer KB, Batayneh JS, Schwalbe CS. Stigma and mental health treatment of adolescents with depression in Jordan. Community mental health journal. 2015 Jan 1;51(1):111-7.

6-Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., & van Aken, M. A. The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. Journal of adolescence,2004; 27(3), 251-266.

7-Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. Psychological bulletin, 102(2), 187.

8- Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Patrick ME. Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research. 2019 Jan.

9- Muehlenkamp, Jennifer J., Barent W. Walsh, and Moira McDade. "Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program." Journal of youth and adolescence 39, no. 3 (2010): 306-314.

10- Somerville LH, Hare T, Casey BJ. Frontostriatal maturation predicts cognitive control failure to appetitive cues in adolescents. Journal of cognitive neuroscience. 2011 Sep;23(9):2123-34.

11- Nixon MK, Heath NL, editors. Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention. Taylor & Francis; 2008 Jul 11.

۱۲-شالچی، بهزاد؛ دادخواه، مهرناز؛ یاقوتی آذری، شهرام (۱۳۹۴). نقش عملکرد خانواده، شکاف بین نسلی و موقعیت اجتماعی- در تبیین اعتیادپذیری جوانان. اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴): ۳۷-۵۲.

۱۳- زاده‌محمدی، ع.؛ احمدآبادی، ز.؛ پناغی، ل.؛ و حیدری، م. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس خطرپذیری جوانان. مجله روانشناسی، ۱۵(۲)، ۱۴۵-۱۲۹.

14- Baker J. Juveniles in Crime-Part 1: Participation Rates & Risk Factors. Sydney: NSW Bureau of Crime Statistics and Research; 1998..

15- Bond L, Thomas L, Toumbourou J, Patton G, Catalano R. Improving the lives of young Victorians in our community: A survey of risk and protective factors. Melbourne: Centre for Adolescent Health. 2000;2.

16- Jessor, Richard, and Mark S. Turbin. "Parsing protection and risk for problem behavior versus pro-social behavior among US and Chinese adolescents." Journal of youth and adolescence 43, no. 7 (2014): 1037-1051.

17- Broderick PC, Jennings PA. Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. New directions for youth development. 2012 Dec;2012(136):111-26.

18- Garland E, Froeliger B, Howard M. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. Frontiers in psychiatry. 2014 Jan 10; 4:173.

19-Slagter, H.A., Lutz, A., Greischar, L.L., et al. Mental training affects distribution of limited brain resources. PLos Biol,2007; 5:138.

20-Echazu, L., & Nocetti, D. Understanding risky behaviors during adolescence: A model of self-discovery through experimentation. International Review of Law and Economics, 2019; 57, 12-21

21-Achenbach, T. M. McConaughy, S. H. & Howell, C. T. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. Psychological bulletin,1987; 101(2), 213.

22-Grant, Jon E., Sarah A. Redden, Gustavo C. Medeiros, Brian L. Odlaug, Erin E. Curley, Hermano Tavares, and Nancy J. Keuthen. "Trichotillomania and its clinical relationship to depression and anxiety." International journal of psychiatry in clinical practice 21, no. 4 (2017): 302-306.

23-Broderick, Patricia C., and Patricia A. Jennings. "Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior." New directions for youth development 2012, no. 136 (2012): 111-126.

24- Witkiewitz, Katie, and Sarah Bowen. "Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention." Journal of consulting and clinical psychology 78, no. 3 (2010): 362.