

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Training and Compassion Therapy on Defense Mechanisms in Socially Harmed Girls

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Soheila Jafari Ghale Beyg¹

Masoumeh Eslami^{2*}

Tayebe Rahimi Pordanjani³

How to cite this article

Soheila Jafari Ghale Beyg, Masoumeh Eslami, Tayebe Rahimi Pordanjani, Comparison of the effectiveness of mindfulness training and compassion therapy on defense mechanisms in socially harmed girls, *Journal of Quran and Medicine*. 2023; 7(5): 37-49.

1. PhD student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Bojnord, Bojnord, Iran (corresponding author).

3. Associate Professor, Department of Psychology, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

* Correspondence:

Email: eslami@ub.ac.ir

ABSTRACT

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindfulness training and compassion therapy on defense mechanisms in socially disadvantaged girls. The statistical population of this research includes all socially disadvantaged teenage girls in health homes under the supervision of the welfare organization of North Khorasan province - Bojnord city - in the second half of 2021. The questionnaire of defense styles of Andrews and colleagues (1993) was used to collect data. This research is a semi-experimental type with a pre-test and post-test design with a control group in which 45 people were randomly selected as a sample and randomly divided into two experimental groups and a control group (15 people in each group). One week after the pre-test for all three groups, one experimental group was exposed to the independent variable of mindfulness training, and the second experimental group was exposed to compassion therapy training, and the control group did not receive any training; Then a post-test was taken from all groups. In this research, in order to investigate the differences between groups, the analysis of variance of the repeated measurement of multivariable factors was used, considering the factor within the group (test) and between the group (group membership). The results showed that mindfulness training and compassion therapy are effective on defense mechanisms in socially disadvantaged girls. Also, another result showed that there is no significant difference between the effectiveness of mindfulness training and compassion therapy on defense mechanisms. Based on the findings of the study, mindfulness training and compassion therapy have been effective in improving the defense mechanisms of socially damaged girls.

Keywords: Mindfulness Training, Compassion Therapy, Defense Mechanisms.

مقدمه

سبک دفاعی به عنوان یک متغیر روانشناختی، فرآیندهای تنظیمی غیرارادی هستند که به افراد اجازه می‌دهند تا ناسازگاری شناختی و تغییر ناگهانی در محیط‌های درونی و بیرونی را با تغییر در نحوه ادراک وقایع، کاهش دهند (۱). سبک‌های دفاعی فرآیندهای تنظیم-کننده غیرارادی و خودکار عاطفی هستند که برای تضعیف خطاهای شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت بیرونی و درونی از طریق تاثیرگذاری بر نحوه ادراک حوادث و وقایع تهدیدکننده و اضطراب‌زا وارد عمل می‌شوند (۲). به طور کلی فرآیندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تاثیر گذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کند و مسئول محافظت در برابر اشکال مختلف اضطراب هستند و بسته به نوع عمل ممکن است نرمال یا غیر طبیعی و کارآمد یا ناکارآمد باشند (۳). فروید سبک دفاع شخصی، یعنی فراوانی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب شناسی و میزان سازش یافتگی می‌دانست. مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی در ارتباط قرار می‌گیرند و مکانیسم‌ها و سبک‌های دفاعی سازش نایافته با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مانند اختلال‌های شخصیت و افسردگی مرتبطند (۱). مطالعات نیز نشان می‌دهند؛ سلامت جسمی و روانی افراد ارتباط تنگاتنگی با مکانیسم‌های دفاعی دارد و اختلال در مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند منجر به نقص در شناخت و بیان احساسات شود (۴).

از آنجا که آسیب‌های اجتماعی در دوران نوجوانی از نظر عواقب، اثرات و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدتی که برای زندگی، بهزیستی روانشناختی و رشد هیجانی و اجتماعی نوجوانان به همراه دارد، می‌تواند نقش تعیین‌کننده و مهمی را در سرنوشت آینده آنها نیز داشته باشد (رافی و همکاران، ۲۰۲۱) و بررسی عوامل متعددی که در ایجاد و تداوم آسیب‌های اجتماعی مؤثر است، حائز اهمیت است. از آن جمله این عوامل می‌توان به عدم وجود مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با مسائل چالش برانگیز زندگی اشاره کرد؛ مهارت‌هایی که در موج سوم رفتاردرمانی به آنها توجه زیادی شده است، از این بین می‌توان به درمان‌های ذهن‌آگاهی^۱ و شفقت‌درمانی^۲ اشاره کرد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بر انواع متغیرهای مرتبط با سلامت روانی تأثیر مثبت دارند (۵، ۶).

سهیلا جعفری قلعه بیگ^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

معصومه اسلامی^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

طیبه رحیمی پردنجانی^۳

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر مکانیزم‌های دفاعی در دختران آسیب دیده اجتماعی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران نوجوان آسیب دیده اجتماعی در خانه‌های سلامت تحت نظارت سازمان بهزیستی استان خراسان شمالی - شهرستان بجنورد - در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بوده است. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳) استفاده شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده که تعداد ۴۵ نفر بصورت دردسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به فاصله یک هفته از اجرای پیش‌آزمون در مورد هر سه گروه، یکی از گروه‌های آزمایش در معرض متغیر مستقل آموزش ذهن آگاهی و گروه دوم آزمایش در معرض آموزش شفقت درمانی قرار گرفت و گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد و سپس از همه گروه‌ها پس از آزمون گرفته شد. در این پژوهش جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره عاملی با در نظر گرفتن عامل درون‌گروهی (آزمون) و بین‌گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر مکانیزم‌های دفاعی در دختران آسیب دیده اجتماعی مؤثر می‌باشد. همچنین در نتیجه‌ای دیگر نشان داد که بین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر مکانیزم‌های دفاعی تفاوت معناداری وجود ندارد. براساس یافته‌های مطالعه، آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در بهبود مکانیزم‌های دفاعی دختران آسیب دیده اجتماعی اثربخش بوده‌اند.

واژگان کلیدی: آموزش ذهن آگاهی، شفقت درمانی، مکانیزم‌های دفاعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۹

² compassion therapy

¹ mindfulness training

با توجه شیوع بالای آسیب‌های اجتماعی در نوجوانان ایرانی (۲۴) و به دلیل موقعیت، شرایط و نیازهای خاص و ویژه نوجوان و پیامدهای منفی عمیق و گسترده‌ای که آسیب‌های اجتماعی در این دوره خاص دارد، توجه به مساله آسیب‌های اجتماعی نوجوان بسیار مهم است. در این راستا، پژوهش حاضر در زمره اولین پژوهش‌هایی است که در نظر دارد دو روش شفقت درمانی و آموزش ذهن آگاهی را در بهبودی سازش‌یافتگی روانشناختی و ویژگیهای شخصیتی تاریک دختران نوجوان آسیب‌دیده اجتماعی مورد بررسی تجربی قرار دهد. رفسنجانی اکبرآبادی و همکاران (۲۵) در مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شفقت ورزی و آموزش گروهی ذهن آگاهی در نوجوانان دختر به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های گروهی شفقت ورزی و آموزش ذهن آگاهی بر خشم نوجوانان دختر موثر می‌باشد و بین اثربخشی دو مداخله آموزشی تفاوتی مشاهده نشد. اگر چه شفقت درمانی و آموزش ذهن آگاهی در پژوهش‌های قبلی هر دو به میزانی با سلامت روان شناختی مرتبط بوده اند، اما کماکان هر دوی این درمان‌ها دارای ظرفیت‌های بالقوه‌ای برای ادامه پژوهش‌های مربوط به خود هستند و این پژوهش می‌تواند مکانیزم‌های دفاعی نوجوانان آسیب دیده اجتماعی را توصیف و تحلیل کند و با مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و شفقت ورزی بر مکانیزم‌های دفاعی؛ رابطه‌ای جدید با متغیرها برقرار کند و بتواند با ایجاد بینشی جدید برای نوجوانان رویکردی عملی و قابل فهم ارائه کند. ذهن آگاهی با تمرین توجه آگاهی برای پرورش توجه و بینش بکارگرفته می‌شود. همچنین به نوجوانان کمک می‌کند با مهربانی، ملاحظه و مسئولیت‌پذیری با خود و زندگی مواجه شوند. از طرفی دیگر شفقت درمانی به نوجوانان کمک میکند از آسیب‌پذیری خود و باورهای منفی که به دوش می‌کشند آگاه شوند و با شفقت ورزی مهربانانه پا در مسیر رهایی بگذارند (۲۶). علاوه بر این، اگر چه شفقت درمانگری نوعی از آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد، لیکن، شفقت درمانگری به طور کلی روی فن‌های این روش تمرکز نمی‌کند. در مقابل، پروتکل‌های مدیتیشن که اخیراً گسترش یافته است، به طور خاص به آموزش افراد برای احساس و رفتار بیشتر نسبت به خود و دیگران تمرکز می‌کند (۲۷). در نتیجه، با کمک ذهن آگاهی و شفقت ورزی، فرایند تدریجی ساکت کردن صداهای منتقد درون و ریشه کن کردن معیارهای کمال‌گرایانه‌ای که نوجوانان آسیب دیده اجتماعی برای خود تعریف کرده اند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در واقع دو حوزه شفقت درمانی و آموزش ذهن آگاهی، به لحاظ محتوایی با تمرکز بر فرایندهای شناختی و ذهنی انسان دارای این پتانسیل هستند که بتوان با مقایسه هر دو درمان از در جهت بهبود متغیرهای بحث شده از آنها بهره برد. در نتیجه پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که:

پژوهشی که توسط کلارک، موریس، واگنر، اسپادولا و بارساک^۱ (۷) در بین نوجوانان دختر و پسر اسپانیایی لاتین تبار انجام شد، دریافتند که آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بصورت معنادار باعث کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب و استرس و افزایش سلامت روانی در بین نوجوانان دختر و پسر می‌شود. محمودفاخه و همکاران (۸) طی پژوهش خود دریافتند آموزش ذهن آگاهی به طور موثر بر مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و بالغ تأثیر گذاشته است. ذهن آگاهی به عنوان احساس بدون ارزیابی قضاوت توصیف شده است (۹). به عبارتی ذهن آگاهی را به عنوان آگاهی غیرقضاوتی و لحظه به لحظه از تجربه حال تعریف کرده اند (۱۰). همچنین ذهن آگاهی فرایند آگاهی، گشودگی انعطاف‌پذیری ذهن را در بر دارد (۱۱). با آموزش ذهن آگاهی فرد می‌تواند یک آگاهی‌پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری را در خود پرورش دهد (۱۲). آموزش ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد (۱۳). همچنین با آموزش آن فرد یاد می‌گیرد پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن تجربه اش گسترش دهد (۱۴) و هشاری لحظه حاضر را بجای هدایت خودکار ایجاد کند (۱۵) و شیوه‌های جدید پاسخ دادن و واکنش به موقعیت‌ها را یاد بگیرند (۱۶).

علاوه بر ذهن آگاهی، درمان‌های روان‌شناختی متعدد دیگری برای افزایش سلامت و بخشش خود وجود دارد که از میان آنها درمان شفقت درمانی مورد توجه زیادی قرار گرفته است. شفقت یکی از مهارت‌های به کار گرفته شده در ترکیب با مهارت‌های ذهن آگاهی برای رسیدن به ارتقای سلامت است (۱۷، ۱۸). نتایج حاصل از چندین مطالعه در داخل و خارج کشور نیز (۲۰، ۲۱) حاکی از آن است که عوامل و مولفه‌های مرتبط با شفقت‌ورزی و مداخلات و درمان‌های روانشناختی مبتنی بر شفقت‌ورزی تأثیرات مثبت بر حالات و ویژگی‌های روانشناختی و عاطفی نوجوانان دارای مشکلات روانشناختی دارند.

بر اساس رویکرد شفقت درمانی، افرادی که از سطح دلسوزی بالایی نسبت به خود برخوردار باشند یا به عبارت دیگر، خوددلسوزی بالایی دارند، خود را همان گونه که هستند، می‌پذیرند و از خود مراقبت و محافظت می‌کنند. بنابراین شفقت ورزی یا شفقت به خود، نقش محافظتی در برابر مشکلات و شرایط استرس‌زا و تنیدگی‌زا به عهده می‌گیرد و می‌تواند مانع از گرفتار شدن فرد در احساسات و هیجانات منفی همچون ترس و اضطراب گردد و انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری فرد را در شرایط و موقعیت‌های مختلف افزایش داده و ارتقاء می‌بخشد (۲۲). به طور کلی درمان شفقت محور با ایجاد یا افزایش رابطه شفقت ورز به جای سرزنش کردن، محکوم کردن یا خودانتقادی به مراجعان کمک می‌شود (۲۳).

¹ Clarke, Morris, Wagner, Spadola, Bursac

آیا بین تاثیر آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر سبک‌های دفاعی در دختران نوجوان آسیب‌دیده اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بوده است. یک گروه به عنوان گروه گواه و دو گروه دیگر به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. یک گروه آزمایش در معرض آموزش ذهن آگاهی و گروه دیگر در معرض متغیر مستقل شفقت درمانی قرار گرفت. گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران نوجوان آسیب دیده اجتماعی در خانه‌های سلامت تحت نظارت سازمان بهزیستی استان خراسان شمالی و شهرستان بجنورد در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بوده است و با توجه به اینکه حجم نمونه در تحقیقات آزمایش باید به ازای هر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد و سپس افراد بصورت جایگزینی تصادفی در سه گروه که شامل دو گروه آزمایش درمان ذهن آگاهی و شفقت درمانی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. شرایط ورود و خروج به پژوهش شامل جنسیت دختر، داشتن سن حداقل ۱۴ و حداکثر ۱۷ سال، حضور در خانه‌های سلامت تحت نظارت بهزیستی به مدت حداقل ۳ ماه بخاطر آسیب‌های اجتماعی، دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی دیگر در زمان اجرای پژوهش، عدم مصرف داروی روانپزشکی در حین پژوهش یا قطع دارو حداقل ماه قبل، نداشتن مشکلات جسمانی، روانشناختی و عاطفی و موافقت کتبی شرکت کنندگان و قیم آنها در صورت حضور برای شرکت آگاهانه و متعهدانه در پژوهش، بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه زیر استفاده شد:

پرسشنامه سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳): این پرسشنامه ۴۰ گویه دارد که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) و شامل سه خرده‌مقیاس سبک دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته تقسیم می‌شود. خرده مقیاس سبک دفاعی رشد یافته شامل گویه‌های؛ ۲/۲۵/۳/۳۸/۵/۲۶/۳۰ و ۳۶، سبک دفاعی رشد نیافته شامل گویه‌های؛ ۴/۱۶/۶/۲۹/۸/۱۸/۹/۱۵/۱۰/۱۳/۱۱/۲۰/۱۲/۲۷/۱۴/۱۷/۱۹/۲۲/۲۳/۳۶/۳۱/۳۳/۳۴ و ۳۷ و سبک دفاعی روان آزرده شامل گویه‌های ۱/۳۹/۷/۲۸/۲۱/۲۴/۳۲ و ۴۰ می‌باشد. اندرز و همکاران (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از

سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار باز آزمایشی را ۰/۸۲ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران نیز توسط حیدری نسب (۱۳۸۵) در نمونه‌های ایرانی (در دو گروه غیربالینی و بالین) پرسشنامه مورد نظر را مطالعه و مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق اعتبار محتوی و همگرا با استفاده از جمع بندی نظر متخصصان و نیز استفاده از آزمون نئو مورد بررسی قرار گرفت و نمایانگر اعتبار قابل قبول در نمونه‌های ایرانی بود. همچنین اعتبار سازه از طریق بررسی همبستگی‌های هریک از ماده‌های پرسشنامه با سبک‌ها (عامل‌ها) مورد محاسبه قرار گرفت و اعتبار سازه نیز به طور مناسب گزارش گردید. همچنین ضریب پایایی با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ در دانش آموزان ۰/۷۱ و دانشجویان ۰/۷۸ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۵۴ گزارش گردید. نتایج حاصل از بازآزمایی در نمونه‌های دانش آموزان و دانشجویان نیز بیانگر پایایی قابل قبول می‌باشد که در دانشجویان مقدار آن بین ۰/۹۱-۰/۳۲ و در دانش آموزان بین ۰/۸۲-۰/۴۰ گزارش گردیده است و تمام همبستگی‌ها معنی دار بوده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است.

به فاصله یک هفته از اجرای پیش آزمون در مورد هر سه گروه، یکی از گروه‌های آزمایش در معرض متغیر مستقل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه) و گروه دوم در معرض درمان متمرکز بر شفقت ورزی (۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه) قرار گرفت و گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد. بعد از برگزاری درمان‌ها، پس آزمون به فاصله یک هفته برای هر سه گروه اجرا شد و هر سه گروه دوباره پرسشنامه‌های مربوطه را پر کردند. همچنین بعد از یک ماه از اجرای پس آزمون، مرحله پیگیری انجام شد و در نهایت داده‌های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در زیر مراحل و جلسات مربوط به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت به تفصیل آورده شده است:

برای آموزش آموزشی شفقت درمانی از برنامه مداخله‌ای برگرفته شده از مداخلات شفقت به خود گیلبرت (۱۷)، استفاده شد. این جلسات در قالب ۸ جلسه آموزشی گروهی به مدت ۶۰ دقیقه در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. در جدول شماره ۱، شرح جلسات به صورت مختصر آورده شده است.

جدول ۱: جلسات آموزش گروهی شفقت درمانی

جلسه	اهداف جلسات
جلسه اول:	انجام پیش آزمون، آشنایی افراد گروه با یکدیگر و آموزشگر، بیان قواعد و قوانین گروه، توضیح در مورد متغیرها و مولفه‌های پژوهش و آشنایی مقدماتی با درمان مبتنی بر شفقت
جلسه دوم:	توضیح و تشریح شفقت؛ کاربرد شفق پیرامون مشکلات.
جلسه سوم:	آموزش دلسوزی و همدردی

جلسه چهارم:	آموزش بخشایش، آموزش پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
جلسه پنجم:	آموزش رشد احساسات، هیجانات و عواطف ارزشمند و متعالی شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات و هیجانات ارزشمند در خود، بررسی باورهایی که هیجانات غیرمفید را به همراه خود دارند، مزایا و معایب آنها.
جلسه ششم:	آموزش مسئولیت پذیری که مؤلفه اساسی آموزش خودشفقتی است. انجام تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، و نامه نگاری براساس شفقت.
جلسه هفتم:	نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، آمادگی برای خاتمه گروه.
جلسه هشتم:	مرور، جمع بندی، خاتمه کار گروه و انجام پس آزمون.

برای آموزش ذهن آگاهی در پژوهش حاضر از پروتکل آموزش ذهن آگاهی کرین (۲۸) استفاده شده است. این پروتکل در پژوهشی توسط عابدی و فرید (۲۸) ترجمه شده و معتبر گزارش شد. این جلسات در قالب ۸ جلسه آموزشی گروهی به مدت ۶۰ دقیقه در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. در جدول شماره ۲، شرح جلسات به صورت مختصر آورده شده است.

جدول ۲: جلسات آموزش گروهی ذهن آگاهی

جلسه اول: ایجاد رابطه درمانی اطمینان بخشی- آشنایی با ذهن مبتدی، رفتار خودکار و عود خوردن آگاهانه- اسکن بدن
جلسه دوم: غلبه بر موانع، آگاهی از راه اندازها و عود مبارزه با افکار خودکار به واسطه فضای تنفس آگاهانه - مراقبه نشستن
جلسه سوم: حضور داشتن تربیت مغز با قصد بیدار بودن و حضور داشتن در زندگی باهدف گرفتار نشدن در وضعیت خودکار
جلسه چهارم: ماندن با مشکلات همراه با پذیرش راهنمای برخورد هوشیارانه با مشکلات
جلسه پنجم: کارکردن روی افکار و هیجانات هوشیاری از افکار و هیجانات- تفاوت بین افکار و تفکر-تمرین استعاره‌ای برای کارکردن بر تفکر و هیجانات
جلسه ششم: روز تمرین سکوت تاملاتی بر سکوت و سخن- مهرورزی
جلسه هفتم: مراقبت از خود ایجاد رابطه با خود- تذکرات و پیشنهادهای برای برخورد با عوامل ناسالم زندگی- آگاهی بی انتخاب
جلسه هشتم: پایان دادن، رها کردن و باقی زندگی تمرین پایان دادن و رها کردن با آگاهی کامل

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضات، از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر عاملی استفاده شده است. آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه‌های بین گروهی بکار گرفته شده است. برای انجام این آزمون آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها، تحقق مفروضات

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سبک‌های دفاعی بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها							
متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	متغیرها	گروه	پیش آزمون
سبک‌های رشد یافته	آموزش ذهن آگاهی	۱۹/۸۰	۶/۲۵	۳۱/۲۰	۷/۰۵	میانگین	انحراف
						میانگین	انحراف
						۳۰/۴۰	۶/۶۰

3. Sphericity

1. Normality

2. Homogeneity of variance

۶/۳۶	۳۰/۸۰	۶/۴۷	۳۰/۶۷	۶/۳۳	۱۹/۰۷	شفقت درمانی	
۵/۶۸	۲۱/۰۷	۵/۶۶	۲۱/۱۷	۵/۸۷	۲۱/۲۰	کنترل	
۲۶/۶۹	۱۲۰/۲۰	۲۵/۲۴	۱۲۰/۹۳	۲۸/۰۴	۱۵۱/۲۷	آموزش ذهن آگاهی	سبک‌های رشد نایافته
۴۱/۶۳	۱۱۳/۷۳	۳۵/۵۷	۱۲۰/۳۳	۳۷/۳۳	۱۴۸/۹۳	شفقت درمانی	
۲۵/۴۹	۱۵۱/۹۳	۲۵/۵۴	۱۵۲/۱۳	۲۵/۶۹	۱۵۲/۰۰	کنترل	
۹/۲۸	۳۶/۷۳	۹/۲۸	۳۷/۰۰	۹/۳۰	۴۹/۶۰	آموزش ذهن آگاهی	سبک‌های روان آزرده
۱۰/۱۸	۳۶/۹۳	۱۰/۲۰	۳۷/۱۳	۱۰/۴۷	۴۹/۰۰	شفقت درمانی	
۹/۴۴	۴۹/۹۳	۹/۳۳	۴۸/۹۳	۱۰/۴۹	۴۹/۸۷	کنترل	

نتایج جدول ۳. نشان دهنده آن است که میانگین نمرات سبک‌های دفاعی رشد یافته در آزمودنی‌های گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در پس آزمون و پیگیری بیشتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل بوده و از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین‌ها در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی افزایش یافته است. اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات چشمگیر نبوده است. سایر نتایج جدول ۱. نشان دهنده آن است که در سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان آزرده میانگین نمرات در آزمودنی‌های گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در پس آزمون و پیگیری کمتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل بوده و از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین‌ها در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی کاهش یافته است. اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات چشمگیر نبوده است. جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چندمتغیره عاملی استفاده شد. پیش از اجرای این

آزمون، مفروضات آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها نشان دهنده بهنجار بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌ها بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین برابری همگنی واریانس‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان از برابری واریانس‌های گروه‌ها داشت ($P > 0.05$). آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای ابعاد سبک‌های دفاعی ($F = 0.183, P > 0.05$). M (Box's $M = 28.15$) محقق شده است. نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز نشان دهنده آن بود که میان ابعاد سبک‌های دفاعی ($\chi^2 = 74.33, P < 0.01$) همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد. در نهایت آزمون کرویت موجلی نشان داد که مفروضه برای ابعاد سبک‌های دفاعی محقق نشده است ($P < 0.05$). بر این اساس از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر استفاده خواهد شد. در ادامه از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چندمتغیره عاملی استفاده شد. نتایج آزمون چندمتغیره بودن در جدول ۴. آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی در سبک‌های دفاعی در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
آزمون	۰/۰۱	۵۸۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
عضویت گروهی	۰/۹۹	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۰۰۴
آزمون * عضویت	۰/۷۲	۱/۴۷	۰/۲۳	۰/۲۸

وجود دارد ($P < 0.01$). نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای ابعاد سبک‌های دفاعی در جدول ۵. آورده شده است.

جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لامبدای ویلکز در خصوص عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی غیرمعنادار است ($P > 0.05$) و تنها بر حسب مراحل آزمون تفاوت معناداری

جدول ۵: بررسی تفاوت‌های بین گروهی در ابعاد سبک‌های دفاعی در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
سبک‌های رشد یافته	آزمون	۲۵۷۰/۵۶	۱/۳۴	۱۹۲۳/۱۹	۹۷۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	عضویت	۱/۸۸	۱	۱/۸۸	۰/۰۲	۰/۹۰	۰/۰۰۱

آزمون*	۵/۴۹	۱/۳۴	۴/۱۱	۲/۰۸	۰/۱۵	۰/۰۷
سبک‌های رشد نیافته	آزمون	۱۹۷۹۵/۴۷	۱/۱۳	۱۷۵۴۵/۹۰	۷۸/۱۰	۰/۰۰۱
عضویت	۲۲۰/۹۰	۱	۲۲۰/۹۰	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۰۰۳
آزمون*	۱۳۶/۲۷	۱/۱۳	۱۲۰/۷۸	۰/۵۴	۰/۴۹	۰/۰۲
سبک‌های روان آزرده	آزمون	۳۰۵۱/۲۷	۱/۵۲	۲۰۰۵/۱۰	۸۷۹/۷۷	۰/۰۰۱
عضویت	۰/۱۸	۱	۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱
آزمون*	۲/۹۶	۱/۵۲	۱/۹۴	۰/۸۵	۰/۴۱	۰/۰۳

جدول ۵. نشان می‌دهد که میان دو گروه آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در ابعاد سبک‌های دفاعی بر حسب تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما تفاوت‌ها بر حسب عضویت گروهی و اثر تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار نیستند.

جدول ۵. نشان می‌دهد که میان دو گروه آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در ابعاد سبک‌های دفاعی بر حسب تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما تفاوت‌ها بر حسب عضویت گروهی و اثر تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار نیستند.

جدول ۶: آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون- پس آزمون	پیش آزمون- پیگیری	پس آزمون- پیگیری
		اختلاف میانگین	اختلاف میانگین	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد یافته	آموزش ذهن شفقت درمانی	-۱۱/۴۰	-۱۱/۶۰	-۰/۰۰۱
سبک‌های رشد نیافته	آموزش ذهن شفقت درمانی	۳۰/۳۳	۳۵/۲۰	-۰/۰۰۱
سبک‌های روان آزرده	آموزش ذهن شفقت درمانی	۱۲/۶۰	۱۲/۸۷	-۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶. نشان می‌دهد که در گروه آموزش ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). بر این اساس فرضیه پژوهش حاضر رد می‌شود. به این معنی که بین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر سبک‌های دفاعی در دختران آسیب دیده اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون و گروه‌ها در جدول ۷. آورده شده است.

نتایج جدول ۶. نشان می‌دهد که در گروه آموزش ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها در سبک دفاعی رشد یافته افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). در گروه شفقت درمانی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها در سبک دفاعی رشد یافته افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.01$). در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده در هر

جدول ۷. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین ابعاد سبک‌های دفاعی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و کنترل

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون- پس آزمون	پیش آزمون- پیگیری	پس آزمون- پیگیری
سبک‌های رشد یافته	آموزش	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد نیافته	کنترل	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های روان آزرده	آموزش	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد یافته	کنترل	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های روان آزرده	آموزش	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد یافته	کنترل	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های روان آزرده	آموزش	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد یافته	کنترل	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های روان آزرده	آموزش	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
سبک‌های رشد یافته	کنترل	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین

جدول ۷. نشان می‌دهد که در گروه آموزش ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها در سبک دفاعی رشد یافته افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده در این گروه از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). در گروه کنترل تغییرات بر حسب مراحل آزمون معنادار نیستند ($P > 0.05$). به این معنی که آموزش ذهن آگاهی بر سبک‌های دفاعی در دختران آسیب دیده اجتماعی تأثیر دارد. در گروه شفقت درمانی نیز از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها در سبک دفاعی رشد یافته افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). در سبک‌های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده در این گروه از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$). در گروه کنترل تغییرات بر حسب مراحل آزمون معنادار نیستند ($P > 0.05$). به این معنی که شفقت درمانی بر سبک‌های دفاعی در دختران آسیب دیده اجتماعی تأثیر دارد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر شخصیت تاریک و سازش یافتگی روان‌شناختی نوجوانان آسیب دیده اجتماعی انجام شد. همانطور که یافته‌ها نشان داد، آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی بر سبک‌های دفاعی موثر نوجوانان آسیب دیده اجتماعی موثر است. درحالی‌که بین میزان اثربخشی این دو روش تفاوت معنادار وجود ندارد. نتیجه بدست آمده از این پژوهش همراستا با پژوهش‌های؛ رفسنجانی اکبرآبادی و همکاران (۲۵)، نظری، لطف آبادی و پورشهریار. (۲۹)، محمودفاخه و همکاران (۸)، بانفی و راندالا (۳۰)، مورگنروز و همکاران (۳۱)، سیزار- اندرسون، هایدن و کینگ- شر (۳۲)، مک بث و گاملی (۲۰) می‌باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده فرض بر این است که یکی از دلایل اصلی آسیب پذیری در مقابل عود و بازگشت عوامل ایجاد کننده و آسیب زنده به شخصیت نوجوانان، ناشی از پیوندهای مکرر بین عوامل محیطی و اجتماعی آسیب زنده و الگوهای استفاده نابه جای مکانیسم‌های رشدنا یافته و روان آزرده است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (۳۳). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر با استناد به نظریه فروید می‌توان گفت که ذهن آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌ای خالی از قضاوت، موجب تفکر منطقی تر شده و

پیرامون اثربخشی شفقت درمانی بر مکانیسم‌های دفاعی نوجوانان آسیب دیده اجتماعی نیز می‌توان گفت؛ درمان شفقت محور با ایجاد یا افزایش رابطه شفقت ورز به جای سرزنش کردن، محکوم کردن یا خودانتقادی به مراجعان کمک می‌شود (۴۰). یکی از مکانیسم‌های موثر در شفقت به خود، تغییر خودآگاهی و ادراک از خود است. شفقت ورزی به عنوان راهی برای جلوگیری از تجمع فرآیندهای ناخودآگاه، انگیزه‌های پنهان و ساختارهای نامرئی ذهن و همچنین استفاده از اصول یادگیری برای اصلاح رفتارهای غیر ضروری و واکنش‌های هیجانی به کار گرفته می‌شود و توانایی شناسایی جنبه‌های مشکل ساز یا مزاحم فکر و ایجاد رابطه با رویکردی متفاوت به این افکار را بالا می‌برد (۳۸، ۴۱). نوجوان معمولاً از چگونگی ایجاد این مکانیسم‌ها و تأثیر آن بر زندگی اش آگاه نیست. به نظر می‌رسد آگاهی از مکانیسم‌های دفاعی و واکنش نداشتن در مقابل آنها علاوه بر اینکه موجب افزایش خودآگاهی نوجوان می‌شود، مواجهه با این افکار و نگرش‌ها از قدرت آزردهنده آنها می‌کاهد؛ زیرا نوجوان هنگام مواجهه دست به قضاوت نمی‌زند و واکنشی نشان نمی‌دهد و به مرور در زندگی روزمره نیز فرا می‌گیرد که در مقابل ناراحتی‌های خاص نگرش‌های ناخودآگاه و ناکارآمد، واکنش نشان ندهد و آشفته نشود. از این رو، خود شفقت ورزی با تمرکز بر عملکردهای خودپردازی، رنج را کاهش داده و ذهنی پایدار ایجاد می‌کند. در این چارچوب، خودشفقت ورزی احساس تحریف شده یا مغرضانه از خود و همچنین رابطه فرد با دیگران و دنیای بیرون را کاهش می‌دهد. بکارگیری اشکال خاصی از تمرین‌های خود شفقت ورزی، فرآگاهی از خود و توانایی مدیریت یا تغییر پاسخ‌ها و تکانه‌های خود را به طور مؤثر ایجاد می‌کند. همچنین منجر به ایجاد یک رابطه مثبت بین خود و دیگران می‌شود که فراتر از نیازهای متمرکز بر خود و افزایش ویژگی‌های اجتماعی است (۴۱، ۴۲). این گفته‌ها نشان دهنده آن است که در هنگام رویارویی با وقایع آزردهنده و استرس زا، افرادی که از خود ادراکی مثبت تری برخوردارند و سطوح عمیق تری از باورهای کنترل و خودکفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی هیجانی کمتری را تجربه کرده و به دنبال آن عملکرد آنان در تکالیف شناختی، کمتر دچار تخریب و رکود می‌شود (۴۳). برقراری رابطه کارآمدتر با خود می‌تواند نوجوانان را به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی کارآمد و توسعه یافته در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و مکانیسم‌های کمتر ناکارآمد سوق دهد (۳۹) و براساس نظریه نف، نوجوان به جای پنهان کردن با بی‌اعتنا شدن به نواقص خود، آنها را به وضوح مشاهده کند و بپذیرد و از طریق پذیرش، به کاهش چالش‌های فکری خود کمک کند. درواقع با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، نوجوان شفقت ورز راه‌های جدیدی برای رویارویی با مسایل می‌یابد (۴۲).

دفاع شخصی به عنوان یک مکانیسم روانشناختی برای مدیریت هیجانات ناتوان کننده تصور شده است، ناتوانی در تنظیم و مدیریت

با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر (مثلاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد که به نوبه خود باعث کاهش به کارگیری مکانیسم‌های رشدنیافته و روان آزرده و به تبع، افزایش استفاده از مکانیسم‌های رشدیافته می‌گردد.

به بیانی دیگر می‌توان گفت؛ ذهن آگاهی یک حس بی قید و شرط و متعادل از آگاهی است که به دیدن و پذیرش واضح احساسات و پدیده‌های فیزیکی کمک می‌کند. آموزش ذهن آگاهی از طریق تنفس و تفکر با هدف کاهش استرس و اختلالات مختلف که در آنها بازنمایی ذهنی اشیاء در زندگی خارج از کنترل انسان است آموزش داده می‌شود در نتیجه می‌توان کاهش پریشانی روانی و علائم اضطراب و افسردگی و بهبود بهزیستی ذهنی، جسمی، عاطفی و معنوی را انتظار داشت (۳۴، ۳۵). در تبیین درمان ذهن آگاهی بر کاهش استفاده از سبک دفاعی توسعه نیافته نوجوانان آسیب دیده اجتماعی می‌توان گفت، زمانی که سبک دفاعی غالب فرد روان رنجور و توسعه نیافته باشد، معمولاً با موضوع استرس و موقعیت استرس زا از طریق انکار، غفلت و ناآگاهی مواجه می‌شود (۳۶). درواقع درمان ذهن آگاهی بیان می‌کند که فرد آنچه خارج از کنترل است را می‌پذیرد و متعهد به عملی می‌شود که زندگی اش را غنی می‌کند. این تکنیک به نوجوان آسیب دیده اجتماعی کمک می‌کند تا یک زندگی غنی، کامل و معنادار ایجاد کند. به طور کل در درمان ذهن آگاهی، نوجوانان تشویق می‌شوند تعهد خود را اعلام کنند و به سمت یک زندگی سالم‌تر حرکت کنند که شامل اقدامات رفتاری می‌شود، حتی زمانی که با موانعی مانند افکار و احساسات منفی روبرو هستند. در چنین شرایطی نوجوانان تحت آموزش ذهن آگاهی می‌توانند از مکانیسم‌های کارآمدتری استفاده کنند. با توجه به اینکه مهار افکار ناخواسته، فراوانی این افکار را افزایش می‌دهد، درمان ذهن آگاهی با تشویق به پذیرش و کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به پیامدهای اجتناب مفرط، اجتناب را کاهش می‌دهد. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که افکار و احساساتی که با اجتناب و بازداری تقویت شده اند، پس از پذیرفته شدن، کمتر مشخص خواهند شد (۳۷، ۳۸). و در درمان ذهن آگاهی، بیشترین تلاش برای جلوگیری از فرآیند نشخوار فکری در حل مسئله است که اثرات ناخوشایند ماندگار زیادی دارد (۲۸، ۳۹). در توجیه این یافته از نظریه شناختی بک نیز می‌توان بهره برد. از نظر او، ابتدا مراجعان باید از آنچه به آن فکر می‌کنند، آگاه شوند، در گام دوم، باید افکار غالب خود را شناسایی کنند و در ادامه، باید به آنها کمک کرد با جایگزین کردن افکار سازگارانه و دریافت بازخورد لازم بتوانند افکار خود را بازسازی کنند؛ بنابراین، با توجه به مراحل طی شده در جلسات، شامل شناسایی و آگاهی از افکار و جایگزین کردن، این یافته دور از انتظار نبود که شرکت کنندگان بتوانند نگرش‌ها و عملکرد ناکارآمد خود را کاهش دهند.

آگاهی نهفته است، ذهن آگاهی هم در شفقت پنهان شده است. ذهن آگاهی، آگاهی آزادانه است و به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساسات خود را بپذیرند و با آنها عادلانه رفتار کنند. درد، توجه را محدود می‌کند و مخالف ذهن آگاهی است و وقتی رخ می‌دهد که فرد در واکنش به هیجان‌ها خود را گم کند. ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا بفهمد چه موقعی در حال سرزنش خود است و می‌خواهد گوشه‌گیری اختیار کند. و از طرفی دیگر تمرین شفقت به خود، یک روش ویژه است که میل به مقاومت در برابر درد و تقلا کردن برای لذت را کاهش می‌دهد. شفقت به خود نیز سراسر ذهن آگاهی است و با دریافت‌های قلبی یعنی انگیزش و هیجان سر و کار دارد نه با منطق و خرد. یک عنصر شفاف‌بخش بین شفقت به خود و ذهن آگاهی مشترک است و آن چیزی نیست جز گرایش تدریجی مهرورزانه به درد هیجانی. ذهن آگاهی می‌گوید: درد را احساس کن و شفقت به خود می‌گوید: هنگام گرفتاری با درد با خودت مهربانی کن؛ و این دو رویه به زندگی شور و اشتیاق می‌بخشند؛ در نتیجه عدم تفاوت بین دو درمان بر مکانیسم‌های دفاعی نوجوانان آسیب دیده قابل توجه می‌باشد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های انجام شده در حوزه منابع انسانی، با محدودیت‌های همزمانی اجرای درمانها و پرسشنامه‌ها با اپیدمی کرونا، مواجه بوده است. که در برخی از موارد پژوهشگر، با مشکلات بسیاری در زمینه هماهنگی آزمودنی‌های گروه‌ها مواجه شده است. از طرفی دیگر یافته‌های این بررسی، پتانسیل درمان ذهن آگاهی و شفقت درمانی را به عنوان ابزاری برای بهبود مکانیسم‌های دفاعی نوجوانان آسیب دیده اجتماعی را به تصویر می‌کشد. پیشنهاد می‌شود که در خانه‌های سلامت تحت نظارت سازمان بهداشتی و سایر مراکز نگهداری نوجوانان آسیب دیده اجتماعی به بررسی مکانیسم‌های دفاعی پرداخته شود و نوجوانانی که در مکانیسم‌های دفاعی دارای مشکل می‌باشند، مشخص شده و در صورت رضایت آنها، به آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی در آنها اقدام شود. همچنین با توجه به عدم تفاوت بین تاثیر دو روش آموزشی ذهن آگاهی و شفقت درمانی پیشنهاد می‌شود مطالعاتی را انجام دهند که آموزش ذهن آگاهی و آموزش شفقت درمانی را برای افزایش اثرات مداخلات، محدود کردن تنوع پروتکل‌های مداخله و بهبود مقایسه داده‌ها، ترکیب کنند و در گروه‌های بالینی و غیربالینی، اجرا و اثربخشی آن به تنهایی و در مقایسه با سایر مداخلات بررسی شود.

هیجان‌ها منجر به ایجاد سبک‌های دفاعی نابالغ در برابر مشکلات می‌شود. اگر پردازش اطلاعات عاطفی به درستی درک و ارزیابی شود، سازماندهی عواطف و شناخت‌های فرد عملکرد مطلوبی خواهد داشت و در نتیجه امکان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته در موقعیت‌های استرس‌زا افزایش می‌یابد. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بالغ، به نوبه خود، ظرفیت مدیریت هیجانی فرد را افزایش می‌دهد. به این ترتیب افراد نه با سرکوب و کنترل شدید هیجان‌ها، بلکه با برخورد منطقی با تنش‌ها و پاسخ مناسب به هیجان‌ها در برابر اختلالات جسمی و روانی مصونیت ایجاد می‌کنند (۴۴). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد هر دو آموزش ذهن آگاهی و شفقت درمانی توانستند در کاهش سبک‌های دفاعی رشد نایافته و روان آزرده و بهبود سبک‌های دفاعی رشد یافته نوجوانان آسیب دیده اجتماعی، مؤثر واقع شوند؛ در حالی که بین دو درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد. پیرامون نتیجه بدست آمده می‌توان گفت؛ طبق نظر کابات زین، ذهن آگاهی شامل مهارت‌های ماندن در لحظه، پذیرش، و زندگی آگاهانه است (۳۸). شفقت ورزی نیز در برخی اصول مانند همدلی، پذیرش و قضاوت نکردن با ذهن آگاهی اشتراکاتی دارد (۴۵). نظریه چندسطحی که نظام‌های متعامل شناختی (ICS) نامگذاری شده است، انعطاف پذیری و پذیرش را از اصول اساسی ذهن آگاهی می‌داند (۴۶). گیلبرت (۱۷) نیز پذیرش، همدلی و قضاوت نکردن و انتقاد از خود را مهارت‌های فرد خودشفقت ورز معرفی می‌کند براساس نظریه نف، داشتن نگرش مشفقانه باعث متعادل شدن دیدگاه ذهنی فرد می‌شود که همان ذهن آگاهی خوانده می‌شود (۴۱، ۴۲). هرچند مبانی نظری دو رویکرد متفاوت است، مؤلفه‌های این دو روش درمانی با در نظر گرفتن اصول اساسی این دو رویکرد، همپوشانی دارد. مطابق با این برداشت می‌توان گفت در درمان ذهن آگاهی و شفقت درمانی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کنند و احساس اعتماد در زندگی، شفقت ورزی، همدلی، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش رخدادهای زندگی را به دنبال دارند، هر دو درمان موجب افزایش آگاهی از توانایی خود می‌شوند و به مقابله با استرس در این افراد کمک می‌کنند؛ زیرا فرد دارای خودآگاهی، واکنش‌های خود را در زمان استرس تشخیص می‌دهد و می‌تواند از طریق این آگاهی، واکنش‌ها را تعدیل کند؛ همچنین افراد یاد می‌گیرند حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند و بدون درگیر شدن با افکار، آنها را بدون قضاوت بپذیرند؛ در واقع همانطور که شفقت در ذهن

References

1. Masoudi A. Psychological defense mechanisms. Tehran: Danjeh; 2020.
2. Hashemi Rasoul, Mirzamohammadi Samaneh, Hamed Sobhani Amin, Afshari Fardin, Nazari Elham, Doodkanlo Milan Hamid. The role of developed and undeveloped defense styles, and psychological distress in predicting chronic pain. *Anesthesia and Pain*. 2018;9(2):74-82.

3. Quintin J, Cheng SC, van der Meer JW, Netea MG. Innate immune memory: Towards a better understanding of host defense mechanisms. *Curr Opin Immunol*. 2019;29:1-7.
4. Majumdar S, Peralta-Videa JR, Bandyopadhyay S, Castillo-ichel H, Hernandez-Viezcas JA, Sahi S, et al. Exposure of cerium oxide nanoparticles to kidney bean shows disturbance in the plant defense mechanisms. *J Hazard Mater*. 2022;27(8):279-87.
5. Breedvelt J, Amanvermez Y, Harrer M, Karyotaki E, Gilbody S, Bockting CL, Ebert DD. The effects of meditation, yoga and mindfulness on depression, anxiety and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2019;10(1):15-1.
6. Ngamkham S, Holden JE, Smith EL. A systematic review: mindfulness intervention for cancer-related pain. *Asia-Pacific J Oncol Nurs*. 2019;6(2):169-161.
7. Clarke R, Morris S, Wagner E, Spadola C, Bursac Z, Fava N, et al. Feasibility, acceptability and preliminary impact of mindfulness-based yoga among Hispanic/Latinx adolescents. *Explore*. In press, 2021.
8. Mahmoudvakheh H, Sohrabi S, Amani A. Effectiveness of mindfulness training program on defense mechanisms of multiple sclerosis patients. *J Res Psychopathol*. 2021;2(6): 1-9.
9. Cairncross M, Miller CJ. The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: a meta-analytic review. *J Atten Disord*. 2020;24(5):627-643.
10. Chen Z, Allen TD, Hou L. Mindfulness, empathetic concern, and work-family outcomes: A dyadic analysis. *J Vocat Behav*. 2020;119(2):5-12.
11. Karremans JC, van Schie HT, van Dongen I, Kappen G, Mori G, van As S, et al. Is mindfulness associated with interpersonal forgiveness? *Emotion*. 2020;20(2):296–302.
12. Creswell JD, Lindsay EK, Villalba DK, Chin B. Mindfulness training and physical health: mechanisms and outcomes. *Psychosom Med*. 2019;81(3):224-232.
13. Crovetto F, Crispi F, Borrás R, Paules C, Casas R, Martín-Asuero A, et al. Mediterranean diet, Mindfulness-Based Stress Reduction and usual care during pregnancy for reducing fetal growth restriction and adverse perinatal outcomes: IMPACT BCN (Improving Mothers for a better Prenatal Care Trial BarCelona): a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2021;22(1):1-14.
14. Kuo JR, Zeifman RJ, Morrison AS, Heimberg R, Goldin PR, Gross JJ. The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive-behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individuals with social anxiety disorder. *J Affect Disord*. 2021;285:127-135.
15. Andersen E, Geiger P, Schiller C, Bluth K, Watkins L, Zhang Y, Gaylord S. Effects of mindfulness-based stress reduction on experimental pain sensitivity and cortisol responses in women with early life abuse: A randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2021;83(6):515-527.
16. Gordon JL, Halleran M, Beshai S, Eisenlohr-Moul TA, Frederick J, Campbell TS. Endocrine and psychosocial moderators of mindfulness-based stress reduction for the prevention of perimenopausal depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2021;130(2):5-12.
17. Gilbert P. *Compassion-focused therapy*. Translated by Zahra Nemati Zadeh. Ibn Sina Publication; 2021.
18. Neff K. *Self-compassion*. Translated by Elham Mousavian. Ibn Sina Publication; 2022.
19. Hosseini Mehr N, Khodari Moghadam N, Pourahsan S. The effectiveness of compassion-based education on social self-efficacy, distress tolerance, and self-criticism in adolescent girls under the supervision of the Welfare Organization. *Positive Psychology Research*. 2021;7(2):3-48.
20. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. 2021;32(6):545-552.
21. Sun R, Ren Y, Li X, Jiang Y, Liu S, You J. Self-compassion and family cohesion moderate the association between suicide ideation and suicide attempts in Chinese adolescents. *Child Abuse Negl*. 2020;[page numbers if available].
22. Deniz M. Self-compassion, intolerance of uncertainty, fear of COVID-19, and well-being: A serial mediation investigation. *Personality and Individual Differences*. 2021;177:1-5.

23. Sadeghi A, Sajadian A, Nadi MA. A comparison of the effectiveness of mindfulness-based self-compassion and cognitive therapy based on mindfulness on dysfunctional attitudes, self-control, and mental health of students. *Positive Psychology Research*. 2020;6(1):31-48.
24. Morzaban A, Barzegaran M, Iyasi M, Morzaban H, Delavari S, Rahmaniyan V. Prevalence of risky behaviors among adolescents in Qom city in 2016. *Pars Journal of Medical Sciences (Jahrom Medical Journal)*. 2018;16(3):44-51.
25. Rafsanjani Akbarabadi Z, Hossein Zadeh Taghavi M, Danesh E, Karaskian Mojmemari A, Tari M, Moradi Arzoo A. A comparison of the effectiveness of group mindfulness-based self-compassion training and group cognitive therapy based on mindfulness on anger control in adolescent girls. *Roshd-e Ravanshenasi*. 2022;11(1):81-91.
26. Kalman M. *The Mindful Path to Self-Compassion: Freeing Yourself from Destructive Thoughts and Emotions*. Tehran: Arjmand Publications; 2019.
27. Pace TWW, Negi LT, Adame DD, et al. Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(1):87-98.
28. Crane R. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Tehran: Avaye Noor Publications; 2019.
29. Nazari E, Dudkanlou Milan H, Alkhatib AH, Hashemi Nasrabadi T. The experiences of childhood trauma and risky behaviors: The mediating role of dark triad personality traits. *Contemporary Psychology*. 2017;12(1825-1828).
30. Banfi JT, Randall J. A meta-analysis of trait mindfulness: Relationships with the big five personality traits, intelligence, and anxiety. *Journal of Research in Personality*. 2022;101(1):10430.
31. Morgenroth O, Petersen LE, Frey N, Reinecke A. The predictive value of self-compassion for psychological adjustment in left ventricular assist device patients: an observational study. *ESC Heart Failure*. 2022;9(4):2378-2387.
32. Ciezar-Andersen S, Hayden A, King-Shier K. A systematic review of yoga interventions for helping health professionals and students. *Complementary Therapies in Medicine*. 2021;58:1-8.
33. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1032-1040.
34. Flugel Colle KF, Vincent N, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2012;16:36-40.
35. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion and Rumination in Clients with Depression, Anxiety and Stress. *Frontiers in psychology*. 2020;10(1):1099-1089.
36. Slysá CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*. 2015;6:217-226.
37. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs. cognitive behavior therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord*. 2018;130(1-2):138-144.
38. Kabat-Zinn J. *Mindfulness for Beginners*. Translated by Rahimi Nejad P, Golshani Gh. Tehran: Psychology and Art; 2022.
39. Tang Y, Holzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16:213-225.
40. Ahmadpour Dizaji J, Zahra Kar K, Kiamanesh A. A comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and well-being therapy on psychological capital of female students with emotional failure. *Scientific Journal of Woman and Culture*. 2017;9(31):21-27.
41. Neff KD, Germer C. Self-compassion and psychological well-being. In: Doty J, editor. *Oxford Handbook of Compassion Science*. Oxford University Press; 2017.

42. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011;5(1):1-12.
43. Blackman JS. *101 Defenses: How the Mind Shields Itself*. Translated by Farzad Ferd F, Dezhkam M. Tehran: Roshd; 2019.
44. Asgharkhah E, Shareh H. Effectiveness of group metacognitive therapy on self-efficacy and defense styles in women with multiple sclerosis. *J Fundam Ment Health*. 2017;19(4):330-340.
45. Josipovic Z. Love and compassion meditation: a nondual perspective. *Ann N Y Acad Sci*. 2016;1373(1):65-71.
46. Taghdisi Heidarian SM. Comparison of brain behavioral systems, defense mechanisms, and cognitive-emotional regulation in patients with type I bipolar disorder and normal individuals. *J Fundam Ment Health*. 2022;24(4):281-290.