





به نام خدا

معاونت پژوهش و فن آوری

منور اخلاق پژوهش

بایاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و بهواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادیان و اعضای هیأت علمی واحد های دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش
- ۴- اصل منفعت ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانبداری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشورهای دیگر و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشیاء نتایج تحقیقات و انتقال آن به بهکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلودند



تعهد نامه اصالت پایان نامه

اینجانب **پریسا جلالی** دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی بالینی که در تاریخ ۱۱ / ۱۱ / ۱۳۹۷ از پایان نامه تحت عنوان:

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه
در دانش آموزان در معرض مواد مخدر شهرستان مشهد (تبادکان)

با کسب نمره به عدد () و به حروف () و درجه () دفاع نموده‌ام.
بدین وسیله متعهد می‌شوم:

۱ - این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه - کتاب - مقاله و...) استفاده نموده‌ام. مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۲ - این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳ - چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم. از حوزه‌ی معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴ - چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

پریسا جلالی

تاریخ و امضاء

صورت جلسه



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد کاشمر

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی

موضوع

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس
تعلق به مدرسه در دانش آموزان در معرض مواد مخدر شهرستان مشهد (تبادکان)

استاد راهنما

دکتر علی اکبر مدرس مقدم

نگارش

پریسا جلالی

زمستان ۱۳۹۷

سپاسگزاری

از زحمات استاد راهنمای بزرگوارم ؛

جناب آقای دکتر مدرس مقدم

که در نهایت صبر و حوصله راهنمایی این پژوهش را بر عهده داشتند، کمال تشکر را دارم.

و

از کلیه اساتید دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر،

که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، در تمام مراحل این کار از هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ نمودند و ارتقا بخش سطح علمی و اخلاقی من بودند کمال تشکر را دارم.

تقدیم به:

پدر و مادر دلسوز و مهربانم
که همواره بر کوتاهی و درستی من، قلم عفو کشیده و کریمانه
از غفلت‌هایم گذشته‌اند.
همسر و فرزند دلبندم

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول منطقه تبادکان (حاشیه شهر مشهد) بود که بر اساس اعلام اداره ۱۴ هزار نفر بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین ۷۶ آموزشگاه یک مدرسه انتخاب شد سپس از بین دانش‌آموزان این مدرسه با استفاده از پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن (جهت بررسی در معرض خطر مصرف مواد بودن) تعداد ۳۰ نفر در معرض خطر شناسایی گردید که به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شد، پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۵) و پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه (بری، بتی و وات، ۲۰۰۴) در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تقسیم شده و گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرد و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار دارند هیچ درمانی دریافت نکرد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم افزار spss-22 استفاده شد. نتایج پژوهش حاکی از این بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش احساس تنهایی و افزایش احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر می‌شود. به عبارتی احساس تنهایی دانش‌آموزان شرکت کننده در گروه آزمایش، به طور معناداری پایین‌تر و احساس تعلق به مدرسه آنها بالاتر از گروه کنترل بود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، احساس تنهایی، احساس تعلق به مدرسه، مواد مخدر

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: کلیات پژوهش	
۲	مقدمه
۴	بیان مسئله
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش
۸	اهداف پژوهش
۸	فرضیه‌های تحقیق
۸	متغیرهای پژوهش
۹	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش	
۱۱	مقدمه
۱۱	مبانی نظری اختلال سوء مصرف مواد
۱۳	اصطلاح شناسی
۱۴	تعریف وابستگی به مواد از نظر سازمان بهداشت جهانی
۱۵	انواع وابستگی به مواد
۱۶	اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با ماده
۱۸	عوامل مؤثر بر گرایش و عود مصرف
۲۰	عوامل خطرزا در عود مصرف
۲۱	سوء مصرف مواد و تبیین‌های نظری
۲۱	رویکرد شخصیتی

۲۴	رویکرد شناختی.....
۲۷	رویکرد رفتاری.....
۲۸	رویکرد زیست شناختی.....
۳۰	تعامل خانوادگی.....
۳۲	دیدگاه‌های اجتماعی – فرهنگی.....
۳۲	نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی.....
۳۳	نظریه کنترل اجتماعی.....
۳۴	درمان‌ها.....
۳۵	مبانی نظری احساس تعلق به مدرسه.....
۴۲	احساس تعلق به مدرسه از نظر رویکرد یادگیری دانش آموز محور.....
۴۴	مدل افزایش احساس تعلق به مدرسه.....
۴۵	عناصر اصلی مدل چک کردن ارتباطات.....
۴۹	رابطه احساس تعلق به مدرسه با سلامت.....
۴۹	تاثیرات احساس تعلق به مدرسه.....
۵۰	پیامد احساس تعلق به مدرسه.....
۵۱	مبانی نظری احساس تنهایی.....
۵۱	تعریف احساس تنهایی.....
۵۲	علل تنهایی.....
۵۳	تاریخچه احساس تنهایی.....
۵۴	انواع تنهایی.....
۵۴	نظریه‌های تنهایی.....
۵۵	پی آمدهای جسمانی احساس تنهایی.....
۵۸	درمان تنهایی.....
۵۸	مبانی نظری ذهن آگاهی.....
۵۸	تعریف ذهن آگاهی.....
۶۰	پایه‌های مغزی و فیزیولوژی ذهن آگاهی.....
۶۱	سه عنصر اصلی آموزش ذهن آگاهی.....
۶۲	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.....

۶۴	.....	رشد آگاهی از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی
۶۵	.....	تأثیرات تدریجی ذهن آگاهی
۶۶	.....	تأثیرات جسمی تمرین‌های مراقبه ذهن آگاهانه
۶۶	.....	ذهن آگاهی، تمرینی برای شناسایی و تغییر حالت‌های ذهنی
۶۷	.....	مکانیزم‌های چگونگی عمل ذهن آگاهی
۷۰	.....	تکنیک‌های ذهن آگاهی
۷۰	.....	تکنیک تنفس
۷۱	.....	تنفس شکمی (دیافراگمی)
۷۱	.....	تفکر نشسته (مراقبه)
۷۲	.....	تکنیک اسکن بدن (بررسی بدن)
۷۳	.....	تکنیک پیاده روی متفکرانه
۷۴	.....	تکنیک یوگا
۷۵	.....	پژوهش‌های داخلی و خارجی
۷۵	.....	پژوهش‌های داخلی
۷۷	.....	پژوهش‌های خارجی

فصل سوم: روش پژوهش

۸۱	.....	روش پژوهش
۸۱	.....	جامعه آماری
۸۱	.....	نمونه و روش نمونه‌گیری
۸۲	.....	ابزار گردآوری داده‌ها
۸۴	.....	روش اجرای پژوهش
۸۵	.....	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۸۷	.....	مقدمه
۸۷	.....	بررسی توصیفی اطلاعات
۸۸	.....	تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

مقدمه	۹۴
بحث و نتیجه گیری	۹۴
محدودیت های پژوهش	۹۹
پیشنهادهای	۱۰۰
پیشنهادهای پژوهشی	۱۰۰
پیشنهادهای کاربردی	۱۰۰
منابع	۱۰۱

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۴: توزیع آزمودنی‌ها در دو گروه.....	۸۷
جدول ۲-۴: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش	۸۸
جدول ۳-۴: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف	۸۹
(K-S).....	۸۹
جدول ۴-۴: نتایج بررسی پیشفرضهای آزمون تحلیل کوواریانس.....	۹۰
جدول ۵-۴: آزمون باکس برای اطمینان از همگنی متغیرها.....	۹۰
جدول ۶-۴: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره.....	۹۰
جدول ۷-۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی.....	۹۱
جدول ۸-۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق	۹۱
به مدرسه.....	۹۱

فصل اول:

کلیات پژوهش

مقدمه

مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است که بدون شک تمام کشورها، به نوعی با آن دست به گریبان هستند. اعتیاد به مواد به صورت انبوه متراکمی از پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد تعریف شده است که این پیامدها هر روز شدت پیدا می‌کنند و جهان با آمار حیرت آور شیوع مصرف مواد در دهه اخیر، عموماً در جامعه و بویژه در نوجوانان و دانش‌آموزان مواجهه بوده است (رمضانی، ۱۳۹۴).

از طرفی در بررسی علل گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان، بررسی‌ها حاکی از نقش عوامل روانشناختی فردی و بین فردی بوده که از آن جمله می‌توان به پایین بودن احساس تعلق به مدرسه (طالب لو، ۱۳۹۵) و بالا بودن احساس تنهایی (ارژنگ و عطوفتی، ۱۳۹۶) در آنان می‌باشد. محیط مدرسه در صورتی که نیازهای اصلی نوجوان را در این سن ارضا کند، باعث ایجاد تعلق خاطر یا احساس تعلق به مدرسه در نوجوان می‌شود. این نیازها عبارتند از ثبات، افزایش موقعیت‌های استقلال فردی، فرصت‌هایی برای رقابت، مواظبت و حمایت از دانش‌آموز و پذیرفته شدن در جمع دوستان. واژه‌های معادل احساس تعلق به مدرسه عبارتند از دلبستگی به مدرسه، پیوند با مدرسه، مشارکت در مدرسه، جامعه مدرسه‌ای (راو، استوارت و پاترسون^۱، ۲۰۱۰).

احساس تنهایی از لحاظ کیفیت با تنهایی یا کناره گیری اجتماعی اختیاری و بدون تعارض متفاوت است. احساس تنهایی، تجربه‌ای ناخوشایند مانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران نمود می‌یابد

1 Rowe, Stewart, & Patterson

(استوکلی^۱، ۲۰۱۲). بنابراین احساس تنهایی هنگام برخی از تغییرات سریه و ناگهانی امری عادی و رایج است و به ناسازگاری تعبیر نمی‌گردد، اما هنگامی که به طور مزمن، مانع موفقیت در تکالیف و کارکردهای طبیعی زندگی می‌شود، می‌تواند پیامدهای عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی زیان‌باری را به دنبال آورد. در این صورت، احساس تنهایی، تهدیدی برای سلامت روان و کارکرد روانی- اجتماعی فرد به شمار می‌آید (بلک^۲، ۲۰۱۱).

جهت افزایش احساس تعلق دانش‌آموزان به مدرسه و کاهش احساس تنهایی در آنها، ارائه مداخلات روانشناختی ضروری می‌باشد که نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانشناختی دانش‌آموزان می‌باشد (شیخعلی زاده، ۱۳۹۷)، لذا با توجه به مطالب فوق، محقق در این پژوهش درصدد بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر برآمده است.

1 Stoeckli

2 Black

بیان مسئله

از آنجا که مدرسه یکی از فاکتورهای مهم در ایجاد یا پیشگیری از سوء مصرف مواد و بزهکاری است، توجه به نقش آن در شکل گیری یا پیشگیری از گرایش به مصرف مواد حائز اهمیت است. نتایج تحقیقات نشان می دهد سن شروع مصرف مواد و سیگار نسبت به قبل کاهش پیدا کرده است (رمضانی، ۱۳۹۴). مدارس، با در دسترس قرار دادن تعداد قابل ملاحظه ای از جمعیت نوجوان، محل مناسبی برای دسترسی به اطلاعات مورد نیاز در زمینه شناسایی ویژگی های مربوط به گرایش به مواد و نیز مکان مناسبی برای انجام مداخلات پیشگیرانه می باشند. مدرسه، محیط مناسبی برای اجتماعی شدن است و به همین دلیل در ایجاد یا پیشگیری از رفتارهای ناسالم نقش مهمی دارد (تات، یازیکی و متین^۱، ۲۰۱۲).

در همین زمینه، پژوهش طالب لو (۱۳۹۵) نشان داد که یکی از دلایل گرایش نوجوانان به مواد مخدر، احساس تعلق پایین دانش آموزان به مدرسه می باشد، به عبارتی احساس تعلق پایین به مدرسه، منجر به گرایش فرد به گروه ها و محیط های ناسالم می شود. احساس تعلق در درجه نخست به معنای خاص و متمایز بودن، ثابت و پایدار ماندن، تداوم داشتن و به جمع تعلق داشتن است. به عبارت روشن تر، انسان ها با احساس تعلق به جمع داشتن امنیت و آرامش لازم را برای زندگی کسب می کنند (استراکوزی و میلز^۲، ۲۰۱۳). احساس تعلق به مدرسه به عنوان اعمالی که باعث سازگار شدن دانش آموز در انجام یک فعالیت یا مکان خاص می شود و به دنبال آن احساس وابستگی به افراد، موضوعات و محیط های مختلف را در پی دارد تعریف شده است. این اعمال باعث افزایش احساس راحتی، خوب بودن و کاهش اضطراب دانش آموز می شود (نیلی^۳، ۲۰۱۰؛ به نقل از برزآبادی و عراقیه، ۱۳۹۴). احساس تعلق زمینه ساز تصمیم گیری های فرد درباره تنظیم ارتباط خود با محیط و یا امر خاصی است. همچنین تعلق زمینه های همکاری و مشارکت در تحولات اجتماعی را فراهم می آورد. بنابراین احساس تعلق فرایندی است که طی آن فرد نسبت به مکان، شی، و یا امری احساس تعهد و مسئولیت پیدا می کند، به نوعی که موجب احساس مثبت نسبت به محیط و یا امر مورد نظر می شود (ین، لائو و لی^۴، ۲۰۱۲).

1 Tot, Yazici & Metin

2 Stracuzzi & Mills

3 Nealy

4 Yuen, Lau, & Lee

از طرفی پژوهش ارزشنگ و عطوفتی (۱۳۹۶) نشان داد که یکی دیگر از متغیرهایی که رابطه معناداری با اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان دارد، احساس تنهایی می‌باشد. تنهایی یکی از تجارب معمول دوره نوجوانی است. تنهایی را احساس ناخوشایندی می‌دانند که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و عدم دسترسی به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید (رایت^۱، ۲۰۱۲). برای بسیاری از نوجوانان تنهایی ناشی از مشکلات مربوط به مدرسه، دوستان و همسالان، و خانواده می‌تواند به مشکلات جدی‌تری نظیر افسردگی، ایده خودکشی و خشونت منجر شود (فرهنگی، ۱۳۹۱).

احساس تنهایی تجربه فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد (کیم، بایئون و کیم^۲، ۲۰۰۹). بنابراین، افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه در برآوردن نیاز به تعلق مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که با "احساس تنهایی" نشان داده می‌شود (شیخ‌الاسلامی، رضاماسوله، خدادادی و یزدانی، ۱۳۹۰). صاحب‌نظران معتقدند درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی همچون افسردگی را کاهش دهد. افزایش تماس‌های اجتماعی نیز می‌تواند سبب ارتقاء سلامت افراد گردد (پپلائو و پرلمان^۳، ۲۰۱۳).

برای افزایش احساس تعلق به مدرسه و کاهش احساس تنهایی و نهایتاً کاهش گرایش به مواد مخدر، ارائه مداخلات روانشناختی ضروری می‌باشد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (کرین^۴، ۲۰۰۹؛ ترجمه خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۰). هسته ذهن آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، ناامیدی، بیماری و درد متمرکز است (روزنزوگ^۵، ۲۰۱۰). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در

1 Wright

2 Kim, Byeon & Kim

3 Peplau & Perlman

4 Crane

5 Rosenzweig

رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (بائر^۱، ۲۰۱۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر شناخت‌ها و احساس‌های بدنی در زمان حال، آرامش ذهنی برای فرد ایجاد کرده و باعث افزایش سازگاری و تحمل فرد در برابر فشارهای جسمی و روانی می‌شود (دایودونا^۲، ۲۰۱۳). در ذهن‌آگاهی تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌گردد. ذهن‌آگاهی با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری و توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نماید (کرین، ۲۰۰۹؛ ترجمه خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۰). ذهن‌آگاهی موفقیت‌هایی در زمینه بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری، کاهش استرس، کسب مهارت‌های خودگردانی و تنظیم هیجانی نشان داده است (تائو^۳، ۲۰۱۵؛ زرنقاش، مهرابی زاده هنرمند، بشیلده، داودی و مرعشی، ۱۳۹۵).

لذا با توجه به اهمیت احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر و لزوم مداخله جهت اصلاح این متغیرها و با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع پژوهش، محقق بر آن شده است تا به سؤال زیر پاسخ دهد:

آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

مدرسه به عنوان خانه دوم، حدود یک چهارم از گذران اوقات دانش‌آموزان را به خود اختصاص می‌دهد. این دانش‌آموزان در سنین رشد شخصیت و پایه ریزی منش و سلوک رفتاری قرار داشته، یادگیری تمام رفتارهای محیطی و الگو برداری از آنها از ویژگی این افراد است. لذا در حساس‌ترین و سرنوشت‌سازترین دوران زندگی به سر می‌برند. کم‌ترین توجه به آنها، می‌تواند مهلک‌ترین ضربه‌ها را به آنها وارد نماید. و موج این آسیب‌ها جامعه را نیز در دراز مدت متأثر نماید. زیرا اینان سرمایه‌های معنوی و گردانندگان اصلی کشور در آینده هستند. از جمله آسیب‌های اجتماعی که جامعه را در معرض خطر قرار می‌دهد، اعتیاد

1 Baer

2 Diodona

3 Thao

به انواع مواد مخدر طبیعی و صنعتی است. دامنه آسیب ناشی از اعتیاد در نسل جوان چنان گسترده است که در صورت عدم همکاری مدارس در پیشگیری از آن، می‌تواند پایه‌های استقرار نظام جمهوری اسلامی را، در حد تهدیدات خارجی، تضعیف نماید. از جهت اقتصادی، عدم توفیق در پیشگیری از شیوع مواد مخدر در جامعه از طریق مدارس و انحراف ناشی از اعتیاد از یک سو نیازمند هزینه‌های مالی زیادی را برای درمان و مقابله است و از سوی دیگر اعتیاد باعث افت تحصیلی شده به منزله از دست رفتن سرمایه گذاری‌های خانواده و دولت در آموزش دانش‌آموزان و محروم شدن بخش‌های اقتصادی و تولیدی از مهارت‌ها و تخصص‌های جوانان در آتی است؛ از بعد فرهنگی-اجتماعی، شکست‌های تحصیلی، اعتیاد، بیکاری، نامطلوب بودن چهره جامعه از لحاظ وجود افراد معتاد و ... بر جامعه تحمیل می‌شود؛ از بعد امنیتی، اعتیاد انحرافی است که با خود انحرافات و کجروی‌های زیاد مانند سرقت را به همراه دارد (رمضانی، ۱۳۹۴)؛ در نتیجه شناسایی عوامل گرایش به مواد مخدر و اصلاح آنها از اقدامات ضروری بویژه برای مناطق آسیب پذیر و در معرض بالای خطر می‌باشد.

از جمله متغیرهایی که پیش‌بینی کننده گرایش دانش‌آموزان به مواد مخدر می‌باشد، بالا بودن احساس تنهایی (ارژنگ و عطوفتی، ۱۳۹۶) و پایین بودن احساس تعلق به مدرسه (طالب لو، ۱۳۹۵) می‌باشد، به عبارتی وقتی دانش‌آموزان ارتباط سازنده‌ای با مدرسه و همسالان ندارند، و دچار خستگی و دلزدگی تحصیلی می‌شوند، به گروه‌ها و محیط‌های درگیر رفتارهای پرخطر همچون مصرف کنندگان سیگار و مواد مخدر روی می‌آورند.

لذا با توجه به حساسیت سنین نوجوانی و در معرض خطر بودن این قشر از جامعه به عنوان آینده سازان مملکت، و لزوم تقویت احساس تعلق به مدرسه و کاهش احساس تنهایی، و با توجه به نیاز خانواده‌ها و ارگان‌ها و سازمان‌هایی مانند آموزش و پرورش، بهزیستی و کانون اصلاح و تربیت و نبود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع، محقق بر آن شده است تا به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر بپردازد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی:

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر

اهداف ویژه

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی:

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

فرضیه‌های فرعی:

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

متغیرهای پژوهش

متغیر مستقل: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

متغیر وابسته: احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

احساس تعلق به مدرسه:

تعریف مفهومی: احساس تعلق به مدرسه یعنی احساس یکی بودن یا همانندی دانش آموزان با مدرسه است که از ویژگی‌های محوری و پایدار آن است (استراکوزی و میلز، ۲۰۱۳).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از احساس تعلق به مدرسه، نمره‌ای است که آزمودنی‌ها از پاسخ به پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه (احساس ارتباط با مدرسه) (بری، بتی و وات، ۲۰۰۴) به دست می‌آورند.

احساس تنهایی

تعریف مفهومی: تجربه فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد (کیم و همکاران، ۲۰۰۹).

تعاریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از احساس تنهایی نمره‌ای است که آزمودنی‌ها از پاسخ به پرسشنامه احساس تنهایی راسل (۱۹۹۵) بدست می‌آورند.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

تعریف مفهومی: ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد، یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (کرین، ۱۳۹۰).

تعاریف عملیاتی: در این پژوهش، منظور از ذهن‌آگاهی ۸ جلسه درمانی است که براساس برنامه درمانی کرین (۱۳۹۰) توسط درمانگر روی گروه آزمایش اجرا شد.

فصل دوم:

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

مقدمه

این فصل شامل دو بخش پیشینه نظری و پیشینه پژوهشی می‌باشد، در بخش اول مبانی نظری و ادبیات مربوط به اعتیاد، احساس تعلق به مدرسه، احساس تنهایی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت مفصل و مجزا شرح داده شده است. بخش دوم پژوهش‌های انجام شده در موضوع مورد نظر را بررسی می‌کند.

مبانی نظری اختلال سوء مصرف مواد

اختلال سوء مصرف مواد پدیده‌ای فراگیر، همگانی، جهانی و پیچیده است که هزینه بسیار سنگینی را بر فرد، خانواده و دولت‌ها تحمیل می‌کند (مرادی، حیدرنیا، بابایی، و جهانگیری، ۱۳۸۸). معضل اختلال سوء مصرف مواد امروزه به همراه بحران زیست محیطی، بحران هسته‌ای و بحران جمعیتی یکی از چهار بحران تهدید کننده بشر در قرن حاضر است. و متأسفانه چهارمین تجارت پرسود جهان پس از نفت، توریسم و اسلحه محسوب می‌شود (نابدل، ۱۳۸۹). بنابراین، هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می‌برد. مشخصات فرهنگی، اجتماعی، نگرش و دیدگاه‌های موجود در هر جامعه به ویژه در مورد مشکل اختلال سوء مصرف مواد می‌تواند گروه‌های مختلفی از افراد هر جامعه را در معرض سوء مصرف مواد مخدر قرار دهد (سراجی، مؤمنی، و صالحی، ۱۳۸۹).

عوارض بسیار جدی سوء مصرف مواد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است (پاشا میثمی، فرامرزی و هلاکویی، ۱۳۸۵). از جمله بی‌تفاوتی نسبت به مسائل عمده اجتماعی، فرافکنی مشکلات فردی، به ویژه اختلال سوء مصرف مواد به جامعه و اطرافیان

و از بین رفتن انگیزه‌های فردی در جهت واکنش در برابر مسائل اجتماعی از این دسته‌اند (صادقیه‌ا‌هری، اعظمی، براک، امانی و انوشیروان، ۱۳۸۹).

از منظر حقوقی و جنایی اقداماتی نظیر خشونت، خودزنی، خالکوبی، تزریق مشترک، رفتارهای جنسی محافظت نشده را می‌توان از عوارض وابستگی و سوء مصرف مواد دانست (دستجردی، ابراهیمی دهشیری، خلاصه زاده و احسانی، ۱۳۸۹).

متلاشی شدن شخصیت فردی، نابودی نهاد خانواده، افزایش انواع دیگر آسیب‌ها و جرائم اجتماعی، کاهش بازدهی کاری و شغلی، افزودن بر افراد بیکار و سربار جامعه، اشغال تخت‌های بیمارستانی، کاهش نرخ بهداشت عمومی (ناستی زایی، هزاره مقدم، و ملازهی، ۱۳۸۹)، اختلالات بهداشتی و مشکلات سلامتی از قبیل ابتلا به عفونت‌هایی مثل ایدز و هپاتیت ب، عفونت‌های تنفسی و سرطان‌ها از مشکلات عدیده این افراد در بعد بهداشت و سلامتی است (صادقیه‌ا‌هری و همکاران، ۱۳۸۹) کاهش طول زندگی، حوادث و خشونت افراد و ده‌ها عارضه دیگر همگی وابستگی تام به میزان مبتلایان به سوء مصرف مواد یک جامعه دارد (مرادی و همکاران، ۱۳۸۸).

مشکلات از زیست محیطی‌های آلودگی و سوء تغذیه کنار در بنابرین، گفته‌اند، اختلال سوء مصرف مواد کرده و مشکل بهداشتی رفتار را صنعتی غیر و صنعتی جوامع متأسفانه تمامی که است بشری جوامع بزرگ بزرگی برای جوامع می‌باشد. (پاشا میثمی و همکاران، ۱۳۸۵؛ مرادی و همکاران، ۱۳۸۸؛ دفتر مواد مخدر و پدیده در این شیوع از تکان دهنده‌ای آمارهای با اخیر، جهان‌های دهه جرم سازمان ملل متحد^۱، ۲۰۱۲). در از مخدر سالیانه مواد است. مصرف شده مواجه نوجوان و جمعیت جوان میان در خصوصاً و جامعه سطح است (ملازاده و عاشوری، ۱۳۹۲). در سراسر جهان، تخمین زده می‌شود شده برابر پنج سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۶، (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۱۳)، که بیش از ۱۳ میلیون مبتلا به سوء مصرف مواد تزریقی هست که حدود ۸۰٪ از آنها در کشورهای کم درآمد و متوسط زندگی می‌کنند که از این تعداد برآورد می‌شود حدود ۱۰ میلیون نفر، تزریق هروئین دارد.

1 United Nations Office on Drugs and Crime

2 World Health Organization

مسائل فوق موجب شده تا مسئله سوء مصرف مواد یکی از دغدغه‌های مهم پژوهشگران، روان‌شناسان، پزشکان، جامعه‌شناسان و شود. بدین خاطر پدیده سوء مصرف مواد از زوایای مختلف، تبیین و مورد ارزیابی قرار گرفته شده است.

اصطلاح‌شناسی

ماده^۱

در متون مرتبط به موضوع اعتیاد، به هر نوع ترکیب شیمیایی که باعث تغییر در کارکرد مغز شود اصطلاحاً ماده گفته می‌شود (سلیگمن، والکر، و روزنهان، ۱۳۹۲). که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بشود (عزیزی، ۱۳۹۳). به مجموعه آنها مواد اطلاق می‌گردد.

اختلال سوء مصرف مواد^۲

اختلال سوء مصرف مواد کلمه‌ای است عربی از ریشه عاد، و به معنای چیزی برا به عادت پذیرفتن؛ خو گرفتن؛ عادت داشتن؛ و چیزی را پیایی خواستن (المنجد و لغت نامه دهخدا). اختلال سوء مصرف مواد به مصرف مکرر و اجباری مواد روان گردان علی رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن گفته می‌شود (نوروزی، صابری زفرقندی، و گیلانی پور، ۱۳۹۰). در سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اختلال سوء مصرف مواد، دیگر جنبه علمی ندارد و وابستگی دارویی^۳ را به جای آن توصیه کرد (سلیگمن و همکاران، ۱۳۹۲). علی رغم پیشنهاد اصطلاح وابستگی دارویی، کلمه اختلال سوء مصرف مواد هنوز هم در منابع پزشکی و بین مردم رایج است و برای توصیف موارد زیر به کار می‌رود (روزنهان و سلیگمن^۴، ۲۰۱۳):

(۱) مصرف مکرر و افزایش‌یافته یک ماده که محرومیت از آن سبب بروز علائم ناراحتی و میل غیرقابل کنترل برای مصرف مجدد آن ماده می‌شود و این روند به تباهی روانی و جسمی منجر می‌گردد.

1 substance

2 Addiction

3 Drug dependence

4 Rosenhan, & Seligman

۲) اختلال سوء مصرف مواد در معنای وسیع کلمه عبارت است از رفتاری که بر اثر عادت، بر فرد چنان مسلط می‌شود که کاملاً و یا تا حدی رفتارهای سالم او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آنها را زیر سیطره خود در می‌آورد.

۳) وابستگی روانی به ماده‌ای که موجب رفتار کسب دارو^۱ می‌گردد.

۴) ناتوانی در قطع مصرف ماده، به علت وابستگی جسمی به آن و تحمل پیدا کردن نسبت به اثرات آن دارو.

۵) نوعی پس رفت سلامت جسمی و روانی در نتیجه‌ی سوء مصرف مستمر ماده.

تعریف وابستگی به مواد از نظر سازمان بهداشت جهانی

وابستگی به مواد، نشانگانی است که با یک الگوی رفتاری خاص آشکار می‌شود. با مصرف برخی از داروها مانند، داروهای روان‌گردان، الگویی از رفتارهای ویژه بر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتری داشته‌اند، ارجحیت می‌یابند. این الگوی رفتاری در فرد سبب می‌شود مواردی که قبلاً دارای اهمیت بوده‌اند، در اولویت بعدی قرار گیرند (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۸). نشانگان مورد نظر به معنی وابستگی مطلق نیست. بلکه پدیده‌ای کیفی است که به درجات مختلف، آشکار می‌شود.

مفهوم وابستگی به مواد، تعاریف رسمی بسیاری دارد و در طول چند دهه معانی رایج آن بارها تغییر کرده است. روزنهان و سلیگمن (۲۰۱۳) برای تعریف جنبه‌های مختلف وابستگی از دو مفهوم وابستگی روانی و وابستگی جسمی استفاده می‌کند. در وابستگی روانی یا رفتاری، فعالیت‌های موادجویی و شواهد مربوط به الگوهای مصرف بیمارگون مورد تاکید قرار گرفته است؛ اما وابستگی جسمی به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) تاکید شده است.

1 drug seeking

انواع وابستگی به مواد

به دو صورت، وابستگی جسمی و وابستگی روانی می‌باشد:

۱- وابستگی جسمی^۱: به دو شکل صورت می‌گیرد:

الف) تحمل^۲: وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تاثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند (روزنهان و سلیگمن،). تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی است.

ب) علائم ترک یا محرومیت^۳: تغییر رفتار ناسازگارانه، توام با علائم فیزیولوژیکی و شناختی است که بر اثر کاهش و یا حذف ناگهانی مواد، در مصرف کننده شکل می‌گیرد.

ماده مورد نظر در خون یا بافت‌های کسی که قبلاً مقدار زیادی از آن را برای مدت طولانی مصرف کرده است، دیده می‌شود. پس از بروز نشانه‌های ناخوشایند ترک مصرف، شخص ممکن است برای اجتناب یا رهایی از نشانه‌ها دوباره به مصرف دارو روی آورد (باوی، ۱۳۹۲).

۲- **وابستگی روانی^۴:** بعضی از افراد همراه با وابستگی جسمانی، الگویی از مصرف اجباری را نشان می‌دهند و برخی دیگر، بدون وجود علائم وابستگی جسمانی، علائم وابستگی روانی (اشتیاق و وسوسه‌ی مصرف مواد) را نشان می‌دهند که در این صورت احتمال دارد شخص:

الف) برای قطع ماده یا کنترل آن به طور مداوم تمایل نشان دهد.

ب) شخص ممکن است برای تهیه ماده مورد نظر، مصرف آن یا رهایی از عوارض آن، وقت زیادی را صرف کند.

ج) در برخی از موارد وابستگی به مواد، همه فعالیت‌های روزمره شخص بر ماده مورد نظر متمرکز شده و احتمال دارد، فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی وی به دلیل مصرف مواد به شدت مختل شده یا کاهش یابد (سلیگمن و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس الگوی DSM-V علی‌رغم آنکه تحمل و محرومیت دو ملاک با اهمیت در تشخیص وابستگی به مواد ارزیابی شده است، وجود این دو ملاک برای تشخیص نه

1 - Physical dependence

2 - tolerance

3 - withdrawal

4 - Dependence psychological

لازم است و نه کافی. در برخی موارد، مانند مصرف حشیش، افراد نشانه‌ای از محرومیت یا تحمل را نشان نمی‌دهند. به نظر می‌رسد باید به الگوی مصرف اجباری نیز به عنوان سومین ملاک تشخیص توجه شود (بهرامی احسان، ۱۳۸۸).

مواد مخدر^۱

مخدر از ریشه خدر، به معنای پرده و پوشش به چشم انداختن است و همچنین پنهان در پس پرده (لغتنامه دهخدا، ذیل واژه مخدر). مواد مخدر شامل همه موادی است که روی مغز اثر گذاشته و با مصرف آن خلق و خو، رفتار، درک و هماهنگی انسان تغییر می‌کند و مصرف مداوم آن سبب وابستگی به آن ماده می‌شود و بر روی کارکرد فردی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی فرد اثر نامطلوب بر جای می‌گذارد. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی هر ماده‌ای که پس از وارد شدن به درون ساختار بدن بتواند بر یک یا چند عملکرد بدن تأثیر بگذارد، ماده‌ی مخدر است (خالقی و یارمحمدیان، ۱۳۸۷).

سوء مصرف^۲

استفاده از هر ماده‌ای (معمولاً توسط خود فرد) به شیوه‌ای که خارج از الگوهای مورد تأیید اجتماعی یا طبی باشد. علی‌رغم بروز مشکلات خانوادگی، اجتماعی یا قانونی؛ هرچند فرد نسبت به آن وابستگی ندارد، ولی آن را مصرف می‌کند (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۱۳).

اختلال‌های روانپزشکی مرتبط با ماده^۳

طبق نظام طبقه‌بندی، مشکلاتی که در اثر مواد به وجود می‌آیند به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند (بهراری و گروسی، ۱۳۹۰). دسته اول شامل مسائل مربوط به خود مصرف مواد هستند که اختلال‌های مصرف مواد^۴ نامیده می‌شوند و شامل وابستگی به ماده و سوء مصرف مواد هستند. دسته دوم شامل اختلال‌های روانپزشکی خاصی است که در اثر مصرف مواد رخ می‌دهند و اختلال‌های ناشی از ماده^۵ نام دارد. این اختلال‌ها بسته به نوع ماده می‌تواند زوال عقل پایدار، فراموشی پایدار، جنون، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، کژکاری جنسی و اختلال خواب باشد که هنگام مصرف و یا ترک ماده رخ می‌دهند. چنانچه بیمار

^۱ - Narcotic substance

^۲ - abuse

^۳ - substance-related disorders

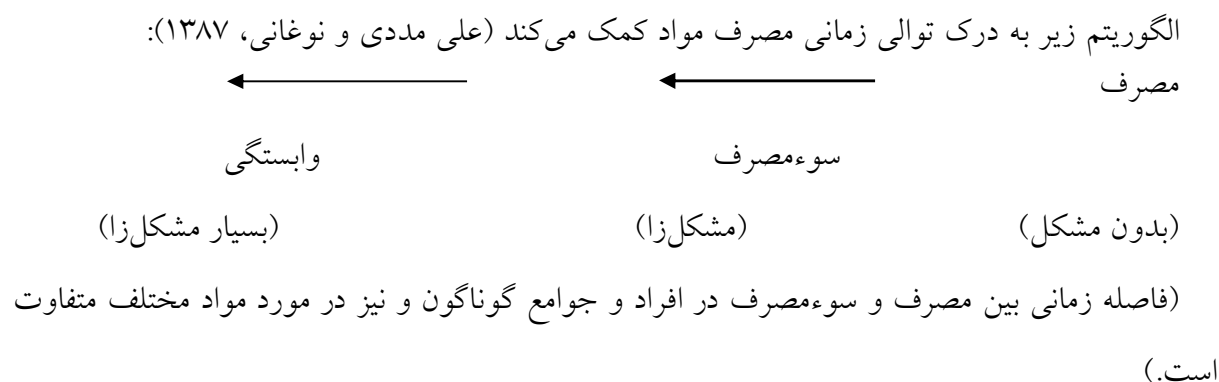
^۴ - substance use disorders

^۵ - substance-induced disorders

علائم روان پزشکی را به همراه علائم مسمومیت یا محرومیت یک ماده داشته باشد و واجد ملاک‌های اختلال‌های روان پزشکی یادشده (مانند اختلال خلقی) نباشد، تشخیص مسمومیت با ماده و یا ترک ماده داده می‌شود.

سوء مصرف مواد^۱

الگوی غیر انطباقی، از مصرف مواد که منجر به مشکلات مکرر و پیامدهای سوء می‌شود؛ مثل: مصرف در موقعیت‌های خطرناک (از قبیل رانندگی)، مشکلات شغلی، اجتماعی و قانونی. در DSM-V برای حالتی که فرد در اثر مصرف ماده دچار اختلال‌هایی در زندگی‌اش شده باشد اما هنوز واجد ملاک‌های وابستگی به آن ماده نشده باشد، واژه سوء مصرف به کار برده می‌شود. بر این اساس سوء مصرف یک ماده، خفیف‌تر از وابستگی به آن ماده است و الگوی سوء مصرف این دسته نیز بر خلاف گروه بالا مقاومت‌ناپذیر نبوده و جنبه اجباری ندارد، اما به هر حال نتایج مضر و مخرب مواد را در پی دارد و الگوی سوء مصرف می‌تواند به هر گونه‌ای باشد که با مخاطرات فیزیکی نیز همراه گردد؛ مانند مصرف مواد هنگام رانندگی و یا بروز مشکلات قانونی (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۱۳).



وسوسه‌ی مواد^۲:

میل به تجربه‌ی اثرات قبلی مصرف مواد و به طور کلی میل بسیار قوی برای مصرف مجدد مواد است که فشار زیادی بر فکر فرد گذاشته و باعث تأثیر بر خلق او و تغییر رفتار می‌شود. وسوسه، تمرکز و عملکرد شخصی را ضعیف می‌کند. این اصطلاح برای هر دو حالت وابستگی جسمی یا روانی به کار می‌رود (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۰).

^۱ - Substance abuse

^۲ - Drug Craving

لغزش^۱:

یک بار مصرفِ ماده، بعد از ترک آن را لغزش می‌گویند که لزوماً به عود و وابستگی مجدد منجر نمی‌شود و یکی از علت‌های مهم آن وسوسه است (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۴).

عود^۲:

عود نه یک واقعه که یک فرآیند است، پس از بازگیری، رفتارهای به ظاهر کم‌خطر می‌توانند در فرآیند خود به عود منجر شوند. مثلاً اینکه افراد برای اثبات اراده خویش به جستجوی اماکن مرتبط با اعتیاد بر می‌آیند، با دوستان سابق معتادشان ارتباطشان را حفظ می‌کنند، داروهای مربوط به پیشگیری (مثل نالترکسون) را قطع می‌کنند، همگی می‌توانند نشانه آغاز فرآیند عود باشند. بنابراین در جلسات ویزیت پس از بازگیری می‌بایست به این اتفاقات به ظاهر کم‌اهمیت توجه کرد و بیماران را از چنین رفتارهایی برحذر داشت. پس از هر لغزش، پدیده‌ای ممکن است رخ دهد که به آن اثر نقض پرهیز اطلاق می‌شود؛ پس از هر لغزش فرد دچار احساس گناه می‌شود. فکر می‌کند که بی‌لیاقت و ناتوان است که دچار لغزش شده است. بسیاری این لغزش را مساوی با عود قلمداد کرده و تصور می‌کنند ادامه درمان بی‌فایده است و به مصرف مداوم می‌پردازند (بهاری و گروسی، ۱۳۹۰).

عوامل مؤثر بر گرایش و عود مصرف

این عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیادآمیز قبلی پس از طی یک دوره درمان کم و بیش موفق، به همان اندازه گرایش به سمت سوءمصرف مواد در وهله اول، پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آنها در طراحی برنامه درمان هم برای موفقیت اقدامات درمانی و هم برای پیشگیری از عود، حائز نهایت اهمیت می‌باشد. بر اساس نتایج مشاهدات بالینی و تحقیقات به عمل آمده در کشورهای غربی عوامل مؤثر در عود را می‌توان به چهار گروه عمده فردی، بین‌فردی، اجتماعی، و موقعیتی تقسیم نمود (ممتازی، ۱۳۹۲):

^۱ - Lapse

^۲ - Relapse

الف - عوامل فردی

این عوامل شامل ویژگی‌های فردی، نگرش‌ها و مهارت‌های اجتماعی، و نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی می‌باشد. طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخصی، و نقشی که سوءمصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می‌کند به نوبه خود می‌توانند روی احتمال عود تأثیر بگذارند.

ب - عوامل بین فردی

به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده و دوستان نزدیک و خرده‌فرهنگ حاکم بر آن اشاره می‌کند. افراد عمده درگیر در این روابط (والدین، همسر، فرزندان، اعضای دیگر خانواده و دوستان نزدیک)، نگرش‌های آنان درباره سوءمصرف مواد، و واکنش‌های مثبت و منفی آنان در مقابل سوءمصرف مواد یا ترک آن می‌تواند در تسریع یا پیشگیری از عود بسیار مؤثر باشد. برای نمونه، فرد معتادی که پس از ترک سوءمصرف مواد مجبور است، با خانواده‌ای زندگی کند که یک یا چند نفر دیگر از اعضای آن به مشکل اعتیاد دچار هستند بیشتر در معرض خطر عود قرار دارد. همین طور معتادی که علیرغم کوشش در ترک مواد با عکس‌العمل منفی و طردکننده اعضای خانواده خود مواجه شود و همچنان خود را متهم یا محکوم احساس نماید و یا نتواند حمایت و تشویق لازم را در محیط خانواده دریافت کند احتمال دارد اعتماد به نفس و خودباوری خود را از دست داده و به عنوان نوعی راه‌حل مشکلات ناشی از این احساس، مجدداً به دوستان معتاد پناه ببرد (ممتازی، ۱۳۹۲).

پ - عوامل اجتماعی

به موضوع‌هایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذران اوقات فراغت، داشتن مهارت‌های لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش کارفرمایان نسبت به سوءمصرف مواد و معتادان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان معتاد و بالاخره دیدگاه کلی جامعه در باره مصرف مواد اشاره می‌کنند. نوجوانی که به خاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذران اوقات فراغت و احساس خوشی و نشاط، بطرف سوءمصرف مواد کشیده شده است، اگر پس از طی مرحله سم‌زدایی و بهبود جسمی و روانی باز هم جا و امکانی برای گذران اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ

از اعتیاد نداشته باشد، همچنان در خطر عود عادت‌ها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. به همین ترتیب، معتادانی که پس از ترک اعتیاد امکان تغییر شغل و یا بازگشت به شغل سابق، یا جذب در بازار کار را نداشته باشند طبعاً با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبرو خواهند شد که برای فرار از آنها ممکن است بطرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت به کار سابق محروم یا امکان جذب آنها را در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آنها محروم می‌سازد می‌تواند آنها را بسوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود (پارسا، ۱۳۸۹).

ت- عوامل موقعیتی

به محل‌ها و موقعیت‌های مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت می‌کنند. به علت آمادگی خاص افراد معتاد به یادگیری علائم و قرینه‌های درونی و بیرونی حاکی از وجود امکان مصرف مواد (هم از طریق یادگیری شرطی کلاسیک و هم بر اساس یادگیری شرطی عامل)، افرادی که دوره مسمومیت‌زدایی و ترک را طی کرده‌اند، در معرض خطر بسیار بالای احساس علاقه و کشش بسیار شدید بسوی محل‌هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند قرار دارند. این ولع بسیار شدید درونی به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد شناخته شده‌اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث می‌شود که فرد معتاد خطر ابتلای خود را نادیده بگیرد. به این دلیل، کمک به افراد معتاد برای شناسایی علائم و قرینه‌های محیطی یا موقعیتی مربوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدفهای عمده برنامه‌های پیشگیری از عود تلقی می‌شوند (ممتازی، ۱۳۹۲).

عوامل خطرزا در عود مصرف

باید به مراجعان کمک کرد که عوامل خطرزا در ارتباط با عود خویش را شناسایی کنند: افراد، امکان، اشیاء، تحریک حواس پنج‌گانه (مانند بو)، تجدید خاطرات، افکار و عواطف در موقعیتهای پراسترس، دردناک و یا لذتبخش، رویارویی با واقعیتهای ناگوار همگی می‌توانند باعث عود شوند. پس از شناسایی این عوامل خوب است راهکارهایی برای مقابله با آنها احیاناً با کمک گرفتن از خانواده جستجو و از پیش

طراحی شوند. مثلاً از قبل با مراجع برنامه‌ریزی شود که اگر دوست معتادش تلفن کرد، خانواده‌اش او را پای تلفن صدا نکنند، یا از رفتن به اماکنی که یادآور اعتیاد هستند احتراز شود (علی مددی و نوغابی، ۱۳۸۷).

سوء مصرف مواد و تبیین‌های نظری

در پژوهش‌های بالینی دسته‌ای از متغیرها به عنوان متغیرهای پیش بین در زمینه اختلال‌های مصرف مواد بررسی شده‌اند. این متغیرها را به چهار دسته تقسیم کرده است: ۱- محیط فرهنگی- اجتماعی^۱؛ ۲- عوامل بین شخصی^۲ (از قبیل: خانواده، مدرسه، همسالان)؛ ۳- متغیرهای روانی- رفتاری^۳ (از قبیل شخصیت، بازخوردها، سبک‌های مقابله، فعالیت‌ها)؛ ۴- تأثیرات زیستی- ژنتیک (نیوکام و ریچاردسون، ۲۰۰۴؛ به نقل از صحرایی، ۱۳۸۷).

در حوزه سبب شناسی اعتیاد، در مجامع علمی شش رویکرد اصلی (در مقابل نظریه‌های عامیانه^۴) به نام‌های رویکرد زیست شناختی^۵، رویکرد شخصیتی^۶، رویکرد رفتاری^۷، رویکرد روانی- اجتماعی^۸، رویکرد فرهنگی- اجتماعی^۹، و رویکرد شناختی^{۱۰} وجود دارند (کوتر^{۱۱}، ۲۰۰۵ به نقل از گل پرور، خیاطان، و کامکار، ۱۳۸۷). به طور طبیعی، هر یک از این رویکردها، با توجه به تفاوت زیر بنای نظری خود، روش‌های مختلفی را نیز برای درمان سوء مصرف کنندگان مواد ارائه می‌دهند.

در این جا دیدگاه‌ها و نظریه‌های مختلفی را در زمینه تبیین پدیده‌ی اختلال سوء مصرف مواد بررسی می‌شود تا ابعاد این پدیده دقیق‌تر شناخته شود.

رویکرد شخصیتی

در دیدگاه شخصیتی که اساساً بر نظریه‌های روان‌کاوانه متمرکز بوده‌اند. علی‌رغم اینکه شخصیت مستعد اعتیاد مجزا برای روان‌کاوان مورد تأیید و قبول قرار نگرفت، بلکه در اختلال سوء مصرف مواد عارضه ثانوی

¹ - socio-cultural

² - interpersonal factor

³ - psycho-behavioral variable

⁴ - lay theories

⁵ - biological approach

⁶ - personality approach

⁷ - behavioral approach

⁸ - psycho-social approach

⁹ - socio-cultural approach

¹⁰ - cognitive approach

¹¹ - Kuther

در فرد مبتلا به سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار می‌گرفت. در این حوزه، کماکان عوامل شخصیتی متعددی با گرایش به سوء مصرف مواد و اعتیاد مرتبط دانسته شده‌اند (مک کوی^۱، میچ^۲، و اینسیاردی^۳، ۱۳۹۳).

نظرات اولیه روانکاوی یا به وجود نوعی عدم تعادل عاطفی در مصرف‌کنندگان مواد معتقد بود که با مصرف مواد تسکین می‌یابد و یا آنان را دچار نوعی اختلال کنترل تکانه می‌داند که منجر به این می‌شد که وجه غالب رفتارشان را لذت‌جویی تشکیل دهد (باقری یزدی، شمس‌علیزاده، عابدین، مستشاری، و وزیریان، ۱۳۸۹). بنابراین، در کل، نظریه پردازان اولیه روان‌کاوی بر جنبه‌های لیبیدویی سوء مصرف مواد همچون ارضای سائق لذت، لذت‌گرایی و دستیابی به حالت‌های بازگشتی تأکید می‌کردند. این مفهوم پردازی‌ها از سوء مصرف مواد همگام با علایق گسترده‌تر در حوزه‌های روانشناسی نهاد^۴، شهوت دهانی و نقش سائق‌ها در تعیین رفتار است. بر طبق نظریات کلاسیک سوء مصرف مواد معادل خودارضایی بوده و مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه‌های هم‌جنس‌گرایانه یا تظاهری از پسرفت دهانی (یعنی وابستگی) است (روزنهای و سلیگمن، ۲۰۱۳). هرچند از نگاه آدلر^۵ بر خلاف فروید^۶ مصرف مواد برای فرار از احساس حقارت است. مصرف مواد برای برطرف کردن احساس پوچی، محرومیت، یأس و سرخوردگی در زندگی انجام می‌گیرد (احمدوند، ۱۳۸۷). دو نمونه از نظریه‌های روان‌کاوی کلاسیک متعلق به رادو^۷ (۱۹۵۷) و گلوور^۸ (۱۹۵۵) بود که اختلال سوء مصرف مواد را توصیف می‌کردند. گلوور بر جنبه‌ی ناسازگارانه‌ی رفتار مبتلا به سوء مصرف مواد و گذر وی از واقعیت به دنیای خیال تأکید کرده است. به نظر وی واپس‌روی^۹ به عالم خیال، متعاقب تحولات روانی توأم با اختلال سوء مصرف مواد به الکل و مستی‌های مکرر، روی می‌دهد و این واپس‌روی تا مرحله‌ی دهانی ادامه می‌یابد.

^۱ - McCoy

^۲ - Metsch

^۳ - Inciardi

^۴ - Id

^۵ - Rado

^۶ - Glover

^۷ - regression

او همچنین معتقد است ساز و کار فرافکنی از ویژگی‌های همه‌ی افراد الکلی است و مصرف زیاد و شروع رفتار ناسازگارانه، یک چرخه معیوب "خودتنبیهی"^۱، "خودتنبیهی برون ریزی شده"^۲ و "تنبیه حاصل از محیط" را ایجاد می‌کند. رادو نظر متفاوتی داشت. وی معتقد بود که اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال "خودشیفتگی"^۳ همراه با "لیبیدوی"^۴ بیش از حد طبیعی است. این اختلال همچنین با تلاش مایوس کننده‌ی فرار از ملالت به وسیله‌ی مواد و نیز ترس از مؤثر نبودن مواد همراه است. به علاوه، رادو عقیده داشت که سبب شناسی اختلال سوء مصرف مواد با استناد به لیبیدو ارتباط نزدیکی با میزان رشد دهانی و میزان هم‌جنس گرایی^۵ دارد که اولی از رشد واپس‌روی یا تثبیت^۶ و دومی از انحراف رشد ناشی شده است (به نقل از بهرامی‌احسان، ۱۳۸۸).

در نظرات جدیدتر روانکاوی، فرد مصرف‌کننده را دچار نقائصی در ایگو^۷ می‌دانند که منجر به ناتوانی فرد در سازگاری با عواطف دردناک می‌شود. به طور کلی روانکاوی معتقد است که شروع مصرف، وابستگی و عود به آسیب‌شناسی روانی فرد مرتبط است (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۹).

بطور مثال خانتزین^۸ (۱۹۷۴)، معتقد است که مواد با جابجایی دفاع‌ها در ساختار روانی به فرد سوء مصرف‌کننده مواد کمک می‌کند تا با خشم، شرم، آسیب و تنهایی کنار بیاید. وی این دفاع‌ها را به منزله‌ی نقص‌های ایگو در مراقبت از خود^۹ و خودنظم‌دهی^{۱۰} می‌داند. طبق نظر خانتزین، روان‌درمانی بر خود-کمبودی متمرکز است؛ زیرا این نقص، مبتلا به سوء مصرف مواد را مستعد استفاده از مواد برای درمان خود می‌کند. نظریه‌های فعلی روان‌کاوی سوء مصرف مواد در باورهای زیر مشترک هستند (مورگنسترن و لیدز^{۱۱}، ۱۹۹۳ به نقل از داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱):

۱- سوء مصرف مواد به عنوان نشانه‌ای از آسیب روانی اساسی‌تر تلقی می‌شود.

۲- دشواری در کنترل عاطفه به صورت یک مشکل هسته‌ای در نظر گرفته می‌شود.

¹ - self -punishment

² - projected- self punishment

³ - narcissistic

⁴ - libido

⁵ - homosexuality

⁶ - fixated

⁷ - Ego

⁸ - Khantezian

⁹ - self care

¹⁰ - self-regulation

¹¹ - Morgenstern & Leeds

۳- روابط شیء آشفته در ابتلا به سوء مصرف مواد مهم هستند.

رویکرد شناختی

اصول اساسی شناخت درمانی در ارتباط با اختلال، به شرح زیر است: (۱) برخی حالات آسیب شناختی روانی یا از الگوهای فکری تحریف شده ناشی می‌شوند یا آنکه توسط این الگوها ابقاء می‌گردند؛ (۲) تحریف‌های شناختی به پیدایش دیدگاهی غیرواقع‌گرایانه و اغلب منفی در مورد خود فرد، جهان، و آینده (موارد سه‌گانه شناختی) می‌انجامند؛ (۳) ممکن است شناخت‌های مختل فرد برای دیگران غیرمنطقی به نظر برسد، اما این شناخت‌ها با دیدگاه شخصی مراجعان در مورد واقعیت همسازند؛ (۴) به لحاظ بالینی، تحریف‌های شناختی اغلب بر اثر رویدادهای ناخوشایند زندگی شکل می‌گیرند، اما در عین حال، قواعد یا طرحواره‌های^۱ مفهومی بدون انعطاف، موجب پایدار ماندن آنها می‌شوند؛ (۵) این طرحواره‌ها، زمینه‌ای برای سازماندهی، ارزشیابی و داوری تجربه‌های جدید و یادآوری رویدادهای گذشته فراهم می‌آورند (بلاک و هرسین، ۱۳۹۲). فرض اساسی نظریه‌های شناختی اختلالات روانی این است که ناکارآمدی^۲، ناشی از نحوه‌ی تفسیر و ارزیابی فرد از وقایع می‌باشد. علاوه بر این، پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شوند در تداوم اختلالات روانی دخیل هستند (بک، رایت، نیومن، و لیس، ۱۳۹۱).

یکی از فرض‌های اساسی شناخت درمانی این است که افراد بر حسب ادراکاتی که از امور و رویدادها دارند به آنها واکنش نشان می‌دهند. دیگر این که شناخت‌های نادرست ممکن است منجر به اختلالات هیجانی در افراد شوند از این رو هدف عمده‌ی شناخت درمانی ایجاد تغییر و اصلاح در فرایندهای شناختی افراد است. بنابراین تغییرات مطلوب در رفتار مراجعان از راه الگوهای فکری، باورها و نگرش‌هایشان به دست می‌آید. در رویکرد شناختی نیز عناصری نظیر باورها، انتظارات و تفکرات در گرایش به مصرف مواد و در تمایل به ترک و درمان، مورد توجه‌اند (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۷). در نظریه‌های شناختی، فرایندهای شناختی عامل اصلی نگهداری رفتار محسوب می‌شوند. گل پرور، دلاور، احدی، و نفیسی (۱۳۸۳) در واقع در رویکرد شناختی این باور مورد تأکید است که سازه‌هایی نظیر طرحواره‌ها، باورها،

۱- طرحواره‌ها باورهای پایدارتر و اساسی‌تر در باب خودند. آن‌ها پیش از آنکه تفکراتی آگاهانه باشند، قضاوت‌های ناگفته‌اند.

گرایش‌های ذهنی و انتظارات، به عنوان عوامل شناختی، واسطه میان تأثیر محرک خارجی در ایجاد رفتار قابل مشاهده هستند. در این میان یکی از عناصر درگیر در گرایش‌های افراد نسبت به مواد، مجموعه انتظارات متعددی است که زمینه‌ساز رفتارهای مربوط به پیگردی مواد می‌شود.

هر یک از مواد دارای تأثیرات فیزیولوژیک و روانی شناخته شده‌ای هستند. اما در کنار این تأثیرات دارو شناختی معین، بسیاری از مواد، در هنگام اثرگذاری بر افراد از نظام باورها، انتظارات و تصورات فرد مصرف کننده آن ماده نیز تأثیر می‌پذیرند. در واقع در کنار بحث تأثیر داروشناختی مواد و داروها، بحث انتظار نتیجه از مواد نیز روز به روز در حوزه تحقیقات سوء مصرف مواد ظاهر شده است. تا جایی که نظریه پردازان انتظار^۱ معتقدند سوء مصرف کننده مواد از رابطه بین مصرف مواد و پیامدهای خاص آگاه نیست. یعنی، فرد مصرف کننده یاد می‌گیرد که رابطه‌ی مصرف مواد با پیامدهای خاص و معمولاً مثبت را پیش بینی کند. بنابراین، رفتارهای سوء مصرف مواد زمانی رخ می‌دهد که مصرف کننده با توجه به سوء مصرف مواد انتظارات مثبت تری پیش بینی کند تا منفی (داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱). بدین لحاظ، حائز اهمیت در حیطه سوء مصرف مواد، رابطه انتظارات نتیجه در مورد پیامدهای سوء مصرف است. به دلیل نقش مهم انتظارات متفاوت در آغاز و ادامه مصرف و سوء مصرف مواد، حجم وسیع مطالعات در پی یافتن انتظاراتی بوده‌اند که بتوان از آن طریق افرادی که در خطر شروع مصرف مواد و ابتلای به اختلال سوء مصرف مواد هستند را شناسایی کنند. برای نمونه گل‌پرور و همکاران (۱۳۸۳) در بررسی انتظارات از مواد افیونی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد و غیرمبتلا به سوء مصرف مواد، چهار دسته باور و انتظار شامل انتظارات منفی کلی^۲، تغییرات انتظاری مثبت در خود و نفوذ بر دیگران^۳، انتظارات مثبت انگیزشی و روانی^۴، و انتظارات متابولیکی^۵ (تأثیر مواد افیونی بر چربی و قند خون) را شناسایی کردند. هر یک از این انتظارات، برای رفتار افراد در مقابل مواد و اعتیاد، نقش تعیین کننده‌ای را ایفاء می‌کند. بنابراین، روانشناسان شناختی بک و همکاران (۱۳۹۱) معتقدند که عقاید اختلال سوء مصرف موادی^۶ در سوء مصرف کنندگان مواد، موجب وابستگی‌شان می‌شود. آن‌ها عقاید اختلال سوء مصرف موادی را دسته‌ای از عقاید تعریف می‌کنند که بر محور لذت جویی، حل

^۱ - expectancy theorists

^۲ - global negative expectancies

^۳ - anticipatory positive variations for self and influence on others

^۴ - psychological and motivational positive expectancies

^۵ - anticipatory effects on blood lipid and glucose

^۶ - Addictive beliefs

مسأله، تسکین و فرار تمرکز دارند. محتوای این عقاید خاص بسته به نوع مواد مورد علاقه متفاوت خواهد بود. از جمله عقاید اختلال سوء مصرف موادی ناکارآمد عبارتند از:

(۱) این باور که اگر فرد بخواهد تعادل روان شناختی و عاطفی خود را حفظ نماید به مواد مخدر نیاز دارد.

(۲) این انتظار که مواد مخدر عملکرد اجتماعی و عقلانی را گسترش خواهد داد.

(۳) این انتظار که با مصرف مواد، فرد لذت و تهییج به دست خواهد آورد.

(۴) این باور که مواد به فرد انرژی می دهد و قدرت او را افزایش می دهد.

(۵) این انتظار که دارو یک اثر جهشی خواهد داشت.

(۶) این فرضیه که مواد بی حوصلگی، اضطراب، تنش و افسردگی را تسکین خواهد داد.

(۷) این باور که اگر به منظور برآوردن وسوسه یا خنثی سازی پریشانی کاری انجام نشود، وسوسه تا ابد ادامه پیدا خواهد کرد و به احتمال زیاد بدتر می شود.

علاوه بر این، انتظارات/عقاید، سوء مصرف کنندگان باورهای مختلفی در رابطه‌ی با توجیه خطر پذیری و استحقاق مصرف مواد دارند. این نگرش‌ها را می توان تحت عنوان "باورهای اجازه دهنده"^۱ طبقه بندی نمود؛ نظیر: "چون احساس بدی دارم، مصرف دارو خوب است"؛ "من اوقات سختی داشتم، بنابراین، مستحق تسکین می باشم"؛ "اگر کمی مصرف کنم، می توانم از این احساسات نجات یابم"؛ "خشنودی ای که به دست می آورم به خطر بازگشت می ارزد"؛ یا "اگر این بار تسلیم شوم، دفعه‌ی بعد در مقابل وسوسه‌ام مقاومت می نمایم" (بک و همکاران، ۱۳۹۱).

نظریه‌ی دیگر در ارتباط با رویکرد شناختی نظریه‌ی کاهش استرس یا تنش^۲ است. این نظریه بیان می کند: رفتار سوء مصرف مواد، پاداش دهنده در نظر گرفته می شود و منجر به کاهش در تنش هایی چون ترس، تعارض و یا ناکامی می شود. نظریه‌ی کاهش تنش، مبتنی بر سیستم پاداش مصرف مواد است. تنش، از آنجا که با مفاهیمی چون ترس یا اضطراب رابطه دارد، از طریق مصرف مواد کاهش می یابد. بنابراین،

^۱ - Permission_giving beliefs

^۲ - tension or stress reduction

تصور بر این است که سوء مصرف کننده مواد برای تعدیل تجارب روان شناختی ناخوشایند و کاهش تنش از مواد استفاده می‌کند (داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱).

رویکرد رفتاری

موادها لذت بخش بوده و احساسات منفی ناشی از درد را تسکین می‌دهند. در نتیجه، جای تعجب ندارد که در درمان سوء مصرف مواد، بزرگ‌ترین مشکل، واداشتن فرد مصرف کننده به تداوم پرهیز از ماده است. ممکن است هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از سم زدایی موفقیت آمیز، مصرف کننده مواد در مقابل وسوسه‌ی کنترل ناپذیر برای مواد تسلیم شده و مصرف را از سر بگیرد. رفتارگرایی، چارچوبی را برای درک این جنبه از وابستگی به مواد تبیین می‌کند. در دیدگاه رفتاری بر نقش شرطی سازی کلاسیک^۱، شرطی سازی کنشگر^۲ و مدل‌های تقویت مثبت، در شکل گیری و حفظ اعتیاد تأکید شده است. در این مدل، این نظر است که مواد یک محرک غیرشرطی است که با بسیاری از علائم در محیط فرد مصرف کننده، تداعی می‌شود از جمله این علائم می‌توان تصاویر، صداها، احساسات و موقعیت‌ها اشاره کرد. این علائم از طریق همراه شدن مکرر با حالات ناشی از تأثیر مواد تبدیل به محرک‌های شرطی نیرومندی می‌شوند و ممکن است به از سر گیری رفتار موادخواهانه کمک نمایند (سلیگمن و همکاران، ۱۳۹۲). در واقع، در دیدگاه رفتاری، از یک طرف عناصر محیطی و از طرف دیگر، اثرهای تقویت کنندگی مثبت^۳ و منفی^۴ مواد، به عنوان عوامل اصلی گرایش به مصرف مواد ذکر شده‌اند (مک کوی و همکاران، ۱۳۹۳). جنبه‌های تقویت کننده‌ی سوء مصرف مواد (هم از طریق ایجاد یا افزایش حالات روانی مثبت و هم از طریق تقلیل یا حذف حالات روانی منفی) به طور واضحی بر شرطی سازی عاملی استوار است. در حالی که اصول شرطی سازی کلاسیک کمک به تبیین تداعی قوی بین نشانه‌های محیط و تجربه‌ی میل و وسوسه‌ی مواد در فرد وابسته به مواد، می‌کند (داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱). بطور مثال، مواد مختلف هرکدام حالت درونی (روانی) خاصی را در فرد ایجاد می‌کنند که اغلب خوشایند است و باعث تقویت رفتار مصرف می‌شود. مثلاً کوکائین بسیار سرخوشی‌آور است و باعث اعتماد به نفس، هوشیاری، پر انرژی بودن و احساس خوب بودن می‌شود؛ در

^۱ - classical conditioning

^۲ - operant conditioning

^۳ - positive reinforcement

^۴ - negative reinforcement

حالی که نیکوتین مخلوطی از هوشیاری و آرامش می‌دهد؛ الکل بیشتر حالت آرامش دهنده دارد. این واقعیت را نمی‌توان نادیده گرفت که بسیاری از مواد مخدر، تقویت کننده‌های مثبت هستند. بنابراین، مدل‌های تقویت مثبت بر احساسات لذت‌بخش و نشه آور ناشی از مواد تمرکز کرده و فرض را بر این می‌گذارند که تأثیرات ارضاکننده نیرومند، توجیه اصلی برای مصرف مواد هستند (سلیگمن و همکاران، ۱۳۹۲). بدین لحاظ گفته‌اند روزنهان و سلیگمن (۲۰۱۳)، مصرف مواد چه به صورت گاه گاهی و چه به صورت اجباری، رفتاری است که بر اثر پیامدهای آن ادامه پیدا می‌کند. مواد می‌توانند از طریق رفع حالت‌های آزاردهنده و یا ناخوشایندی نظیر درد، اضطراب یا افسردگی، رفتارهای پیش‌آیند خود را تقویت کنند. در برخی موقعیت‌های اجتماعی، مصرف مواد (جدا از اثرات دارویی آن)، اگر سبب تأیید دوستان یا کسب موقعیت ویژه‌ای شود اثر تقویت کننده خواهد داشت. هربار مصرف مواد در نتیجه نشگی (شنگولی ناشی از مواد)، تخفیف اثرات ناراحت کننده، کاهش علائم ترک و هر نوع تلفیقی از این اثرات، سبب تقویت مثبت سریعی می‌شود. علاوه بر این، برخی مواد و داروها دستگاه‌های عصبی را نسبت به اثرات تقویت کننده‌ی مواد حساس می‌کنند. بلاخره ابزارهای مصرف (سوزن، بطری شراب، حتی پاکت سیگار)، رفتارهای مرتبط با مصرف مواد و نشانه‌های حاکی از موجود بودن مواد، به صورت تقویت کننده‌ی ثانویه عمل می‌کنند و در بودن این عوامل، وسوسه‌ی مصرف مواد افزایش می‌یابد. مسئله تقویت کنندگی مواد، نه تنها در انسان، که در حیوانات هم به اثبات رسیده است. تا جایی که مدل‌های تقویت مثبت ثابت کرده، حیوانات تمام مواد مورد سوء مصرف انسان _ به استثنای مواد توهم‌زا _ را مصرف می‌کنند (دنو، یاناگیتا و سیورز^۱، ۱۹۶۹ به نقل از سلیگمن و همکاران، ۱۳۹۲).

رویکرد زیست شناختی

در رویکرد زیست شناختی، بر عوامل ژنتیکی و فرایندهای زیستی و شیمیایی تمرکز شده است (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۷). برخی افراد استعداد بیشتری برای وابستگی به مواد دارند. در یکی از مطالعات مشخص شد که ۴۸ تا ۵۸ درصد استعداد به وابستگی به عوامل ژنتیکی مرتبط بوده و مابقی استعداد به عوامل محیطی غیرخانوادگی مربوط بود. مطالعات دیگر نشان داده است که ۳۱ درصد واریانس استعداد وابستگی به مواد به طور کلی مربوط به عوامل ژنتیکی، ۲۵ درصد مربوط به محیط خانواده و ۴۴ درصد مربوط به عوامل

^۱ - Deneu & Yanagita & Seevers

محیطی غیرخانوادگی است. همچنین تحقیقات بیروت^۱ و همکاران، (۱۹۹۸؛ به نقل از باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۹) نشان داده است که احتمال وابستگی به الکل در میان فرزندان والدین الکلی چهار برابر بیشتر از میزان آن در جمعیت عمومی است. این وضعیت حتی در مورد کودکانی که به فرزندخواندگی سپرده شده و از خانواده الکلی خود به خانواده های غیر الکلی منتقل شده اند صادق بوده است.

سهام عوامل مشترک (مثل نوع مواد مصرفی یا مقدار دوز مصرف شده) به عوامل منحصر به فرد (مثل توانایی گیرندگی یا عوامل ژنتیکی فردی) برای هر ماده در مورد مواد گوناگون فرق می کند. در حشیش، محرک ها و رخوت زا- خواب آورها نقش عوامل ژنتیک مشترک بیشتر است. در مورد توهم زاها (سایکادلیک ها) هیچ نقش ژنتیکی اختصاصی دیده نشده است. در هروئین نقش عوامل ژنتیکی ۵۴ درصد است که از این میزان ۷۰ درصد مربوط به عوامل مختص به هروئین و ۳۰ درصد عوامل مشترک ژنتیکی وابستگی است). هم عوامل ژنتیکی و هم عوامل محیطی در شروع مصرف سیگار مؤثرند اما عوامل ژنتیکی ۷۰ درصد واریانس آنهایی را که دچار وابستگی به سیگار می شوند را تشکیل می دهد. بنابراین، به نظر می رسد که نقش ژنتیک در تداوم مصرف سیگار به همان اندازه و یا مهمتر از نقش ژنتیک در بیماری های روانپزشکی دیگر (حتی الکلیسم) باشد. ۵۰ درصد برادرها و ۲۵ درصد خواهرهای فرد الکلی در طور زندگی دچار وابستگی به الکل می شوند. وابستگی به الکل در مردان حدود ۴ تا ۵ برابر بیشتر از زنان دیده می شود. این امر تا حدودی به تحمل کمتر زنان به آثار الکل وابسته است. البته عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز در این مورد نقش دارند. کودکان والدین الکلی، در مقایسه با کودکان والدین غیرالکلی، خطر بیشتری از نظر وابستگی به الکل و مواد دیگر دارند. همراهی الکلیسم در دوقلوهای یکسان بیش از دوقلوهای غیرهمسان می باشد. البته این یافته ها به این معنا نیستند که "ژن های مربوط به مواد" وجود دارند بلکه بر این نکته دلالت دارند که ممکن است عوامل ژنتیکی پیچیده و خاصی، وامنش های بیولوژیکی شخص را نسبت به مواد تعیین نمایند. به طور کلی، به نظر پژوهشگران یک ژن واحد نمی تواند پیچیدگی های وابستگی به مواد را توضیح دهد؛ و عوامل ژنتیکی می تواند باعث افزایش یا کاهش آسیب پذیری به وابستگی به مواد شود (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۹).

^۱ - Bierut

از سوی دیگر، در رویکرد زیست شناختی، بر فرایندهای زیستی و شیمیایی نیز تأکید ویژه شده است. به عبارت دیگر، نکته‌ی اصلی در فرآیند عصب شیمیایی زیر بنای اختلال سوء مصرف مواد، نقشی است که مواد در فعال کردن "مسیر لذت" در مغز دارد. مسیر مزوکورتیکولیمبیک دوپامین^۱ مرکز فعال سازی داروی روان گردان در مغز است. این مسیر از آکسون ها یا سلول‌های عصبی در قسمت میانی مغز معروف به "ناحیه‌ی کلاهکی- شکمی"^۲ تشکیل شده است و به مراکز دیگر مغز مانند هسته‌ی آکامبنس^۳ و بعد به قشر پیشانی متصل می‌شود. این سیستم عصبی در وظایفی مانند کنترل هیجان‌ها، حافظه، و ارضا و خشنودی درگیر است. مواد با تحریک کردن این منطقه در مغز، سرخوشی ایجاد می‌کند. پژوهش نشان داده است که با تحریک برقی مستقیم مسیر مزوکورتیکولیمبیک دوپامین، لذت زیادی را ایجاد می‌کند و ویژگی‌های تقویت کننده‌ی نیرومندی دارد (باچر، مینکا و هولی^۴، ۱۳۹۲). مواد روان گردان با تغییر دادن عملکرد طبیعی مغز تأثیر می‌گذارند و این مسیر لذت را فعال می‌کنند. مصرف کردن مواد یا رفتارهایی که به فعال شدن سیستم پاداش مغز منجر می‌شوند، تقویت شده و از این رو موجب مصرف بیشتر می‌شوند. قرار گرفتن مغز در معرض مواد، ساختار عصب شیمیایی آن را تغییر می‌دهد. با توجه به نکات فوق شاید گزاف نباشد که برخی گفته‌اند: اختلال سوء مصرف مواد "بیماری مغز" است؛ یعنی فرآیند حیاتی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف جبری مواد تبدیل می‌کند، ریشه در تغییراتی در ساختمان و شیمی اعصاب مغز مصرف کننده دارد. در دیدگاه زیست شناختی، به ویژه در امر سبب شناسی اعتیاد، بر دو پدیده تحمل و محرومیت تأکید ویژه‌ای شده است (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۷).

تعامل خانوادگی

اساس نظریه تعامل خانواده^۵، ارتباط و پیوند قوی عاطفی میان والدین و کودک، بخصوص ارتباط مادر با کودک است (خالقی و یارمحمدیان، ۱۳۸۷). بر اساس این نظریه، دلبستگی میان والد و کودک چهار علت و سه پیامد دارد. علل آن عبارتند از: الف) ارزش‌های مورد قبول والدین؛ ب) رفتار و تربیت توأم با حمایت و عطوفت والدین؛ ج) سازگاری روانی مادر؛ و د) کنترل مادر در مورد کودک. سه پیامد پیوند قوی میان

^۱ - mesocortico limbic dopamine pathway

^۲ - ventral tegmental area

^۳ - nucleus accumbens

^۴ - Bucher & Mineka & Hooley

^۵ - family interaction theory

والد و کودک عبارتند از: الف) رشد شخصیتی مناسب و سازش یافته در نوجوان؛ ب) عدم برقراری ارتباط با همسالانی که مصرف کننده مواد هستند؛ و ج) مصرف کم یا عدم مصرف مواد در میان نوجوانان. در این دیدگاه، والدینی که ارزش‌های مشخصی ندارند و کمتر ابراز محبت و می‌کنند یا مادرانی که آرامش روانی ندارند و کنترل کمی بر کودکانشان دارند، فرزندی پرورش می‌دهند که در دوره‌ی نوجوانی در معرض مشکلات متعددی قرار می‌گیرند. از جمله این مشکلات می‌توان به ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد و در نهایت مصرف مواد اشاره کرد (فلمینگ و باری^۱، ۱۹۹۸؛ پرتیتس^۲ و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از بهرامی احسان، ۱۳۸۸). همچنین، روابط خانوادگی با ثبات و راهنمایی والدین، تأثیرات سرمشق‌گیری بسیار مهمی برای کودکان هستند و این ثبات معمولاً در خانواده‌های سوء مصرف کننده مواد وجود ندارد. کودکانی که والدینی دارند که سوء مصرف مواد دارند، در برابر مبتلا شدن به مشکلات سوء مصرف مواد و مشکلات مربوط، آسیب پذیر هستند (اربلیچ و واین، ۲۰۰۱ به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۹۲). همین‌طور تحقیقات نشان داده است نوجوانانی که پدرانی دارند که برای هدایت آنها ناتوان هستند بیشتر در معرض خطر ابتلا به سوء مصرف مواد قرار دارند. همچنین در ۳۰ درصد از نوجوانانی که فقط مادرشان آنها را سرپرستی می‌کند در مقایسه با نوجوانانی که با والدین خود زندگی می‌کنند آمادگی برای گرایش به مواد مخدر به وجود می‌آید. خلاصه این که تجربیات و درس‌هایی که در سال‌های اولیه‌ی زندگی، فرد از شخصیت‌های مهم زندگی‌اش یاد می‌گیرد، تأثیر مهمی بر فرد می‌گذارد. بنابراین، براونف تیتی و همکاران، (۱۹۹۹ به نقل از باچر و همکاران، ۱۳۹۲) گفته‌اند: "مصرف مواد والدین با مصرف مواد نوجوانان ارتباط دارد".

همین‌طور تحقیقات نشان داده است که برخی افراد خانواده به گونه‌ای رفتار می‌کنند که موجب تداوم اعتیاد فرد می‌شود. اینگونه رفتارها را هم‌وابستگی^۳ یا هم‌اعتیادی^۴ نامند. یکی از اشکال هم‌وابستگی را میدان‌دهی یا حمایتگر پنهانی^۵ گویند. میدان‌دهی یا حمایتگر پنهانی به آن دسته از رفتارهای اعضای خانواده

^۱ - Fleming & Barry

^۲ - Pertaits

co dependence - ^۳ این اصطلاح در مورد اعضای خانواده‌ی سوء مصرف کننده‌ی مواد گفته می‌شود که تحت تأثیر رفتار وی

قرار دارند یا بر رفتار سوء مصرف وی تأثیر می‌گذارند.

^۴ - co addiction

^۵ - enabling

گفته می‌شود که فرد مبتلا به سوء مصرف مواد را از عواقب مصرف مواد بر حذر داشته و بنابراین، منجر به تداوم اعتیاد می‌شود. معمولاً افراد خانواده این رفتارها را به دوست داشتن، حمایت کردن، پذیرش و محافظت تعبیر می‌کنند. برای مثال، همسر سوء مصرف کننده مواد ممکن است مطیع بودن یا خوش مشرب بودن همسرش هنگام مصرف را نسبت به زمانی که تندخو و بی ثبات و هوشیار است، ترجیح بدهد (یا به طور ظریفانه ترغیب کند) (داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱). یکی دیگر از جنبه‌های هم‌وابستگی، انکار^۱ است. اعضای خانواده ممکن است همچون خود مصرف‌کنندگان مواد ممکن است مصرف مواد را به عنوان یک مشکل جدی انکار کنند این امر ممکن است به منظور فرار از مسئولیت باشد. پرخاشگری اوایل کودکی باعث افزایش قابل توجهی در احتمال درگیری زودهنگام با مواد غیرقانونی و پیدایش وابستگی به مواد می‌گردد. اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز یک عامل خطر مستقل در وابستگی به مواد است (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۹).

دیدگاه‌های اجتماعی - فرهنگی

در دیدگاه‌های اجتماعی - فرهنگی، به نحوه تعامل فرد با محیط برای گرایش به سوء مصرف مواد تأکید می‌شود. در این دیدگاه، بر ناتوانی افراد در تعهد به اهداف زندگی و دستیابی به آنها، که بر اثر فشار حاصل از شکاف میان اهداف و فرصتها پدید می‌آید، تأکید ویژه‌ای می‌شود. در این دیدگاه‌ها نیز بر نقش جوامع انسانی که افراد در آن زندگی می‌کنند، تاریخچه خانوادگی و اجتماعی آنها، نهادها و سنت‌های اجتماعی و فرهنگی در گرایش به اعتیاد تأکید می‌شود (گل پرور و همکاران، ۱۳۸۷). حال به چند نظریه در تبیین اختلال سوء مصرف مواد از این رویکرد - اجتماعی فرهنگی - پرداخته می‌شود.

نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی

مؤلفه‌ی اساسی این نظریه مبتنی است بر نقش سرمشق‌گیری^۲ (داجن و مایکلشی، ۱۳۹۱). طبق نظریه‌ی یادگیری اجتماعی - شناختی بندورا (۱۹۸۵) نوجوان باورهای خود در مورد مصرف مواد مخدر را از الگوهای نقش، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر کسب می‌کنند (خالقی و یارمحمدیان، ۱۳۸۷). ارتباط با دوستان و والدینی که مواد مصرف می‌کنند، دو باور ویژه‌ی مصرف مواد

^۱ - denial

^۲ - modeling

مخدر را در فرد شکل می‌دهد: اول آنکه مشاهده‌ی الگوهای نقش که مواد مصرف مصرف می‌کنند، مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد^۱ در نوجوان می‌شود؛ یعنی باور آن‌ها در مورد آثار مستقیم اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک مصرف مواد مخدر است. بنابراین مشاهده‌ی والدینی که الکل یا مواد مصرف می‌کنند تا آرام شوند و یا مشاهده هم‌سالانی که برای احساس راحتی در روابط اجتماعی، حشیش مصرف می‌کنند، باور نوجوان را در مورد عواقب مصرف مواد و نگرش آن‌ها به مصرف مواد را تعیین می‌کند. بندورا معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خود اثربخشی^۲ مصرف و خود اثربخشی امتناع^۳ را به وجود آورند، یعنی مشاهده‌ی هم‌سالانی که مواد مصرف می‌کنند، اطلاعات و مهارت لازم را برای به دست آوردن و مصرف مواد به فرد می‌دهد و برعکس مشاهده‌ی دوستی که در برابر فشار هم‌سالان برای مصرف مواد مقاومت می‌کند، مهارت‌های امتناع و خود اثربخشی نوجوانان را تقویت می‌کند، زیرا او توانسته است مهارت‌های ضروری برای پرهیز از مصرف مواد را بیاموزد. این نکته را باید در نظر گرفت که حتی شنیدن این مطلب که الگوی نقش از مصرف مواد لذت می‌برد، در شروع مصرف مواد نقش دارد و لازم نیست که نوجوان حتماً آن را مشاهده کند (بهرامی‌احسان، ۱۳۸۸).

نظریه کنترل اجتماعی^۴

نظریه کنترل اجتماعی نیز در تبیین کج رفتاری‌های اجتماعی از نظریه‌های با نفوذ حوزه جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی است. این نظریه علت اصلی کج رفتاری را نبود کنترل اجتماعی می‌داند. فرض اصلی این است که "افراد به طور طبیعی تمایل به کج رفتاری دارند و اگر تحت کنترل قرار نگیرند چنین می‌کنند". مذهب یکی از منابع کنترل اجتماعی است. از نظر این دیدگاه، مذهب یک هدف اجتماعی دارد و آن "هدف یگانه سازی برای جامعه است" (گلدبلات^۵، ۲۰۰۲ به نقل از بهروان، ۱۳۸۹). طبق این نظریه، رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند (پرتیتس و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از بهرامی‌احسان، ۱۳۸۸). یکی از راهکارهای کنترل اجتماعی، کنترل مستقیم است که جامعه یا خانواده به وسیله

^۱ - outcome expectancy

^۲ : use efficacy - خود اثربخشی مصرف، عقاید و باورهای فرد درباره‌ی توانایی خود در بدست آوردن و استفاده از مواد است.

^۳ : refusal sejf sffficacy - بیانگر باور فرد دال بر توانایی مقاومت در برابر فشار اجتماعی برای مصرف مواد است.

^۴ - Social control theory

^۵ - Goldblatt

آن نظارت خود را بر افراد مبتلا به سوء مصرف مواد اعمال و آنها را وادار کنند با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه هم‌نوا شوند. طبق نظر هیرشی، بین تعلق خاطر افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به خانواده، خویشاوندان و جامعه و تعهد و اعتقاد آنان به نظام هنجاری جامعه از یک سو و احتمال اختلال سوء مصرف مواد آنان از سوی دیگر رابطه معکوس وجود دارد (هیرشی، ۱۹۶۹ به نقل از بهروان، ۱۳۸۹). در تأیید این نظریه شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه مصرف مواد در میان نوجوانانی بیشتر است که از نظر اجتماعی تبعیت ناپذیر، استقلال طلب، عیب جو و خرده گیر و احساس دوری از خانواده، مدرسه و مذهبشان را دارند و با هم‌سالانی درآمیخته‌اند که دچار انحراف و کژ رفتاری هستند (فلمنگ و باری، ۱۹۹۸ به نقل از بهرامی احسان، ۱۳۸۸).

درمان‌ها

با توجه به مدل‌های مختلف تبیین‌کننده اعتیاد، درمان‌های مختلفی نیز برای اعتیاد ارائه شده و تعدادی از متخصصان آن‌ها را به دو گروه عمده درمان‌های دارویی و غیر دارویی تقسیم کرده‌اند. کارل (۱۹۸۸) درمان‌های مؤثر اعتیاد را آن دسته از رویکردهایی می‌داند که در آن‌ها از هر دو مؤلفه زیست شناختی و روان‌شناختی استفاده شود. در درمان‌های دارویی از تجویز دارو برای ترک اعتیاد استفاده می‌کنند که خود داروی تجویز شده در برخی از موارد اعتیادآور بوده، عوارض ناخواسته جانبی دارد. به خاطر کم خطر بودن و تقریباً دائمی بودن اثر، معمولاً از درمان‌های غیر دارویی استفاده می‌شود. در مواقعی هم که درمان دارویی تجویز می‌شود، علت آن سم زدایی و آماده سازی مراجع برای درمان‌های غیردارویی است. از طرف دیگر با توجه به ماهیت مزمن و عود کننده بودن بیماری اعتیاد، عده زیادی از افرادی که مصرف مواد را ترک می‌کنند اندکی بعد از دوره سم زدایی دچار لغزش یا عود می‌شوند. از این رو برای این که بتوان به فرد مبتلا به سوء مصرف مواد کمک کرد، در کنار مرحله سم زدایی و بعد از آن در مرحله توانبخشی، استفاده از فنون روان درمانی ضرورتی دو چندان پیدا می‌کند (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). در روان درمانی با توجه به الگوی نظری که روان شناس به آن اعتقاد دارد و در به کارگیری آن راحت است، روان درمانگران از درمان‌های مختلفی استفاده می‌کنند که روان درمانی‌های انفرادی روان پویشی، درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی - رفتاری، خانواده درمانی و

گروه درمانی از آن جمله هستند. بعضی معتقدند گروه درمانی، بهترین روش برای درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد است (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۹).

مبانی نظری احساس تعلق به مدرسه

انسان‌ها موجوداتی اجتماعی‌اند که از بدو تولد در یک مجموعه اجتماعی زندگی می‌کنند و نسبت به آن مجموعه احساس تعلق دارند. هر چه کودک بزرگ‌تر می‌شود نسبت به والدین، محله، شهر، مدرسه و اعضای خانواده احساس تعلق بیشتری می‌کند. گذشته و تاریخچه زندگی یک فرد در مدرسه این احساس را قوی‌تر می‌کند و همین ویژگی‌های فردی مشترک با سایر دانش‌آموزان منجر به احساس تعلق بیشتر آنها می‌شود (فرهمندیان، ۱۳۸۷).

دانش‌آموزان در شرایطی که خود را با مدرسه بیگانه بدانند، هر چند در مدرسه حضور داشته باشند و درس بخوانند و از حقوق خود قانونی برخوردار باشند، اما با تعاریف اجتماعی دانش‌آموزان تلقی نمی‌شوند. دانش‌آموزی از دیدگاه اجتماعی زمانی تحقق می‌یابد که دانش‌آموزان نسبت به مدرسه و زیر ساخت‌های آن احساس تعلق کنند و در توسعه مدرسه شرکت جوید. قضاوت درباره احساس مسئولیت و مشارکت اعضای مدرسه در توسعه برنامه‌های مدرسه، فعالیت‌های فوق برنامه با ارزیابی و اندازه‌گیری شاخص احساس تعلق به مدرسه قابل تبیین و تحقق است (ناطق پور، ۱۳۸۹).

احساس تعلق در درجه نخست به معنای خاص و متمایز بودن، ثابت و پایدار ماندن، تداوم داشتن و به جمع تعلق داشتن است. به عبارت روشن‌تر، انسان‌ها با احساس تعلق به جمع داشتن امنیت و آرامش لازم را برای زندگی کسب می‌کند (گل محمدی، ۱۳۸۹).

احساس تعلق به مدرسه به عنوان اعمالی که باعث سازگار شدن دانش‌آموز در انجام یک فعالیت یا مکان خاص می‌شود و به دنبال آن احساس وابستگی به افراد، موضوعات و محیط‌های مختلف را در پی دارد تعریف شده است. این اعمال باعث افزایش احساس راحتی، خوب بودن و کاهش اضطراب دانش‌آموز می‌شود (کارچر^۱، ۲۰۱۳).

^۱ - Karcher

احساس تعلق زمینه ساز تصمیم گیری‌های فرد درباره تنظیم ارتباط خود با محیط و یا امر خاصی است. همچنین تعلق زمینه‌های همکاری و مشارکت در تحولات اجتماعی را فراهم می‌آورد. بنابراین احساس تعلق نقطه فرایندی است که طی آن فرد نسبت به مکان، شی، و یا امری احساس تعهد و مسئولیت پیدا می‌کند، به نوعی که موجب احساس مثبت نسبت به محیط و یا امر مورد نظر می‌شود (ناطق پور، ۱۳۸۹).

تعلق به مدرسه یعنی ادراک دانش آموزان از اینکه در محیط مدرسه توسط همکلاسی‌ها مورد پذیرش و حمایت واقع می‌شوند و در نتیجه رضایت و تعلق به مدرسه دارند (روسر^۱، ۲۰۱۰).

با توجه به اینکه مفهوم احساس تعلق به مدرسه دارای کاربردهایی در حیطه‌های مختلفی از علوم مانند جامعه شناختی، روانشناسی و پزشکی می‌باشد، لذا تعاریف متعددی از احساس تعلق به مدرسه وجود دارد و توافق چندانی روی مفهوم آن وجود ندارد. تعاریف موجود درباره احساس تعلق به مدرسه به چندین دسته تقسیم می‌شود که یکی از عمومی‌ترین دسته‌ها تعاریف زیست بوم شناسانه با مبنی بر بعد اجتماعی است. در این رویکرد احساس تعلق به مدرسه به صورت عمومی برای توصیف کیفیت ارتباطات در سطح جامعه و به صورت اختصاصی به عنوان دیدگاه افراد که باعث افزایش پیوند آنها با محیط مدرسه تعریف می‌گردد (مک نلی^۲، ۲۰۱۲).

به طور کلی مهمترین عناصر تعلق را ارتباط مؤثر افراد با اعضای جامعه مدرسه، میزان تعلق افراد به اهداف جمعی و میزان دخالت اعضا در فعالیتهای اجتماعی می‌دانند. بر اثر این رویکرد احساس تعلق به مدرسه را می‌توان شامل کیفیت پیوند محیط مدرسه با گروههای موجود در جامعه قلمداد کرد. در این رویکرد سعی شده است به مدرسه به عنوان بخشی از جامعه نگاه شود که برای شناخت آن می‌بایست آن را در بافت جامعه مورد بررسی قرار داد. تمرکز این رویکرد روی سلامت دانش آموزان و بازدهی‌های یادگیری می‌باشد. این گروه‌های کلی شامل: خانواده، کارمندان و دانش آموزان هستند. تمامی این گروه‌ها می‌بایست با یکدیگر دارای تعامل باشند که ویژگی مهم آنها ارتباطات اجتماعی فردی و بین فردی و تعامل با یکدیگر است (کارچر، ۲۰۱۳).

^۱ – Roser

^۲ – Mcneely

البته بر اساس این رویکرد در بین گروههای مورد نظر هم نمی‌بایست تضاد و اختلافی در مدرسه و سطح جامعه چه به لحاظ قومیتی و فرهنگی و چه اقتصادی باعث کاهش احساس تعلق به مدرسه می‌شود. بنابراین با توجه به نکات ذکر شده سیستم حاکم بر مدرسه بایستی به فرهنگ‌ها، اقلیت‌های قومی و نژادی احترام بگذارند. دیدگاه مبتنی بر جامعه‌شناسی با اینکه در جهت سلامت افزایش سلامت در مدرسه طراحی شده است، ولی دارای تأثیرات زیادی بر روی افزایش احساس تعلق به مدرسه می‌باشد. رویکرد دیگر در تعریف احساس تعلق به مدرسه رویکرد روانشناسانه احساس تعلق به مدرسه است که در آن دانش‌آموزان احساس کنند خود و دیگر دانش‌آموزان مورد مراقبت و حمایت از طرف مدرسه هستند (اسمیت^۱، ۲۰۱۳).

بر اساس این رویکرد هنگامی که دانش‌آموزان با قوانین سخت گیرانه از طرف مدرسه رو به رو شوند و با اولین خطا در مدرسه تنبیه یا حتی اخراج شوند دارای احساس تعلق کمتری نسبت به دانش‌آموزانی هستند که در مدارس آسان گیر می‌باشند (لد^۲، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات نشان دهنده افزایش خشونت، مصرف مواد مخدر، ترک تحصیل و افت تحصیل در این مدارس نسبت به مدارس آسان گیر است (پشت‌مشهدی و همکاران، ۱۳۸۹).

در تحقیقی که توسط ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) صورت گرفت، نتایج نشان داد که بین مدارس هوشمند و عادی در متغیرهای احساس تعلق به مدرسه، انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد و دانش‌آموزان مدارس هوشمند دارای انگیزه پیشرفت، پیشرفت تحصیلی و احساس تعلق به مدرسه بیشتری نسبت به دانش‌آموزان مدارس عادی دارند.

تعریف دیگر با توجه به رویکرد روانشناسانه نسبت به احساس تعلق به مدرسه می‌باشد که توسط کارچر (۲۰۱۳) توصیف شده است و بر مبنای تعریف این دانشمندان احساس تعلق به مدرسه به عنوان اعمالی در نظر گرفته است که باعث سازگار شدن دانش‌آموز در یک فعالیت یا در مکان خاص می‌شود که این مکان خاص دارای افراد، موضوعات و محیط‌های مختلف است. این اعمال باعث افزایش احساس راحتی، خوب بودن و کاهش اضطراب دانش‌آموزان می‌شود. بر طبق رویکرد روانشناسانه دیگر احساس تعلق دارای

^۱ - Smith

^۲ - Ladd

عنصر پایداری است و از پیوند عاطفی میان والدین و کودک سرچشمه می‌گیرد. در این رویکرد اولین تعاملات فرد با والدین و اعضای خانواده و به طور اختصاصی پرستار بچه باعث شکل گرفتن مفهومی از این ارتباط و تعاملات میان فردی در شخص می‌شود که روابط و کیفیت ارتباطات او را در آینده تعیین می‌کند (برزونسکی^۱، ۲۰۱۲).

اگر نگرش دانش آموزان نسبت به روابط با دیگران مثبت باشد و در کودکی دارای تجربیات لذت بخشی در رابطه خود با والدین باشد در آینده روابط مثبت و عمیق با اطرافیان خواهد داشت ولی اگر این تجربیات منفی باشد باعث منزوی شدن و تعلق کمتر نسبت به محیط و اطرافیان خواهد شد (کارچر، ۲۰۱۳).

در رویکرد دیگر نسبت به احساس تعلق سعی شده است با حاصل و بازده‌های آن تعریف شود. با توجه به رویکرد، فردی دارای احساس تعلق به مدرسه می‌باشد که نمرات و معدل خوبی در مدرسه داشته باشد. در رویکردهای دیگر سعی به تعریف و اندازه گیری احساس تعلق به عنوان میزان شمول و فعالیت دانش آموز در تکالیف مدرسه و فعالیت در امور فوق برنامه شده است (مک نلی، ۲۰۱۲).

احساس تعلق به یک عنوان در جهت دیگران حرکت کردن از طریق فعالیت‌های مثبت تعریف می‌شود. تعلق به پاسخ دانش آموز به احساس تعلق و ارتباط اشاره دارد. این تعریف کلید اولیه برای مداخله را فراهم می‌کند. برای ارتقای احساس تعلق، مشاوران مدرسه باید بافت‌هایی (زمینه‌هایی) را در مدرسه ایجاد کنند که احساس نوجوان را به مدرسه و ارتباط با معلمان را فراهم کند. زمانی که احساس نوجوان یک حس ارتباط و پیوند باشد، آن‌ها به طور خاصی برای ارتباطات دوستانه خود ارزش قائلند. احساس تعلق می‌تواند در ادراک نوجوان از خود، دیگران، ارتباط و علاقه به دیگران و فعالیت مؤثر باشد. احساس تعلق بدست آمده یک مقیاس قابل اندازه گیری است که به عنوان یک شاخص مهم برای اندازه گیری برنامه راهنمایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نوجوان به احساس تعلق سالم نسبت به خانواده، خواهرها و برادرها، دوستان و سرانجام والدین ایده آل نیاز دارند تا خودشان را سفت و سخت به شبکه حمایتی آنها بچسبانند (هنریچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

^۱ - Berzonsky

^۲ - Henrich

احساس تعلق به مدرسه، معلمان و همسالان در طول دوره راهنمایی و دبیرستان به طور خاصی پیش بینی کننده بسیار قوی برای موفقیت های آینده و موفقیت های علمی نوجوان و مهارت های آنان است. همچنین احساس تعلق سالم از بیگانگی و بیگانه پرستی که خود عامل خشونت هایی چون قتل عام، کشت و کشتار و زخمی کردن دیگران و متهم کردن دیگران می باشد، جلوگیری می کند (گودینو^۱، ۲۰۰۹).

ارتباط و احساس تعلق دو عامل پیش بینی کننده ای هستند که چگونگی دریافت حمایت اجتماعی نوجوان از دیگران را توضیح می دهد. برای مثال نوجوان پرخاشگری که در ارتباطات اجتماعی با دوستان و همسالان خودش را دست بالا می گیرد و عزت نفس بالایی را از خود گزارش می دهد در مداخلات صورت گرفته بسیار متفاوت عمل می کند (کارچر، ۲۰۱۳).

یکی از معانی مهم و مؤثر در ارتباط انسان و محیط و کیفیت آن، احساس تعلق می باشد. این حس عامل مهم در شکل گیری پایه های ارتباط استفاده کنندگان محیط می باشد و نهایتاً منجر به ایجاد محیط های با کیفیت نیز خواهد گردید (رضوان و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین رویکردهای معرفت شناختی و یادگیری دانش آموز محور در ارتباط با احساس تعلق به عنوان ایجاد احساس تعلق به مدرسه مورد بررسی قرار می گیرد.

مطالعات متعددی در مورد شناخت احساس تعلق به مدرسه و ارتباط آن توسط علوم مختلف صورت گرفته است و متفکرین مختلفی در حوزه های گوناگون به تبیین و شناخت این حس و نقش آن در زندگی انسانی پرداخته اند. به طور کلی این گروه از متفکرین را می توان در دو دسته تقسیم بندی کرد:

گروه اول: پدیدار شناسان

از نگاه پدیدارشناسان احساس تعلق به مدرسه به معنای پیوندی محکم و عاملی تأثیر گذار میان دانش آموزان و مدرسه با اجزاء تشکیل دهنده آن است که این پیوند به صورت مثبت بوده و سبب گسترش عمیق ارتباط فرد با محیط می گردد و با گذر زمان عمق بیشتری می یابد (دانکلی^۲، ۲۰۱۱).

از نگاه این رویکرد، تجربه اصلی ترین رکن معنای یک مکان را داراست و لذا در یک مکان ارتباط مستقیم با نحوه ادراک انسانی و مقولات مربوط به آن را دارد. تحقیقات به عمل آمده نشان می دهد که هر

^۱ - Goodenow
^۲ - Dunkley

چه مدت ارتباط فرد با یک مکان بیشتر شود به همان نسبت شناخت و ادراک انسانها از آن مکان نیز افزایش می‌یابد و امکان ایجاد احساس تعلق در محیط نیز افزایش پیدا می‌کند (هایدالگو^۱، ۲۰۱۲).

ولز^۲ (۲۰۱۰) با بیان ارتباط اساسی و جدایی ناپذیر مفهوم احساس تعلق به مدرسه با جنبه‌های انسانی اعلام می‌دارد که تمایل و ادراک انسانی در بستر زمان مساله ای است که عمدتاً بعد ناآگاهانه و ادراکی در لایه‌های خاموش تجربه افراد دلالت دارد که از آن به عنوان حس تعلق تعبیر می‌شود و احساسی توأم با عاطفه ایجاد می‌کند. رلف از این حس به عنوان نقطه امن اتکایی فرد از دنیای اطراف خود اشاره می‌کند و تعلق مهم روحی - روانی فرد به مکان خاص را نتیجه این احساس بیان می‌کند.

گروه دوم روانشناسان محیطی

روانشناسان محیطی نزدیک به حدود چهل سال به مطالعه روابط انسانی با محیط پرداخته‌اند. این روانشناسان با مطالعه و بررسی محیط زندگی انسانی و بررسی رفتارهای روزمره به تدوین مبانی نظری منطبق بر محیط آدمی پرداخته‌اند. احساس تعلق به مدرسه در روانشناسی محیطی از جمله موضوعات جالب توجه بوده است. به طور خاص روانشناسی محیطی شامل چند رویکرد زیر می‌شود.

۱- رویکرد شناختی

این رویکرد بر نقش شناخت انسان از محیط به عنوان ضرورت ایجاد حس تعلق تاکید می‌کند. بر این اساس محیط‌های با آگاهی و شناخت بیشتر برای افراد دارای بار معنایی بیشتری نسبت به محیط‌های مشابه با شناخت فردی کمتری می‌باشند (مطلبی و جوان فروزنده، ۱۳۹۰).

۲- رویکرد اجتماعی

از نگاه این رویکرد احساس تعلق به مدرسه برآیند عواملی از تعاملات اجتماعی می‌باشد که در محیط مدرسه صورت می‌پذیرد. بر اساس این رویکرد، محیط مدرسه حاوی اطلاعات و نشانه‌های مشترک اجتماعی است که انسانها با درک و رمز گشایی با محیط مورد نظر خود به تعامل می‌رسند (سرمست و متولیان، ۱۳۸۹).

3- Hidalgo

4 - Wells

۳- رویکرد احساسی

این رویکرد به بعد عاطفی و احساسی ارتباط انسان با مدرسه اشاره دارد و تعامل در این درجه را ناشی از نوعی ارتباط عمیق بین فرد و محیط می‌داند. بسیاری از نظریه‌ها احساس تعلق در این رویکرد را انعکاسی از شناخت و ادراک نسبت به محیط می‌دانند (سرمست و متولیان، ۱۳۸۹).

۴- عوامل محیطی

این دسته از عوامل بر اساس "نظریه رفتار" در روانشناسی محیطی به کار دسته بندی محیط می‌پردازند. فعالیت‌های حاکم در محیط مدرسه بر اساس عوامل اجتماعی، کنش‌ها و تمایلات انسان‌ها تعریف می‌شود و شکل و ویژگی‌های هر یک نقش موثری در شکل گیری احساس تعلق به مدرسه داشته است. بنابراین احساس تعلق یکی از علائم و عوامل مهم در ارزیابی ارتباط انسان ایجاد محیط‌های انسانی با کیفیت می‌باشد. این سطح با معنای محیطی بیانگر نوعی ارتباط عمیق فرد با محیط بوده و در این سطح فرد نوعی هم ذات پنداری بین خود و مکان مورد نظر احساس می‌تواند (هایدالگو، ۲۰۱۲).

یک مدل که بر اساس احساس تعلق مطرح گشته است، مدل درمانی "کار" می‌باشد. بر اساس این مدل ارتباطات و نحوه ارتباطات با اولین پرستار بچه شکل می‌گیرد. این تعاملات تصاویری را از خود و دیگران و محیط اطراف فراهم می‌آورد که تجربیات فرد و نحوه تعبیر و تفسیر آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در طول حیات تبدیل به مدل پیچیده‌تر و با ثبات‌تر می‌کند که پایه و اساس روابط با دیگران را فراهم می‌آورد. بر طبق این مدل یکی از مهمترین عواملی که باعث احساس تعلق به مدرسه می‌شود بافت مدرسه است که شامل محیط کلاس، سیستم مدیریتی کلاس و نحوه ارتباط بین معلم و شاگرد و همکلاسی می‌شود (ریکترز^۱، ۲۰۱۱).

جامع‌ترین مدل درباره عوامل مؤثر بر احساس تعلق به مدرسه از طرف رو، استوارت و پاترسون^۲ (۲۰۱۰) ارائه شده است که بر اساس این مدل افزایش احساس تعلق به مدرسه از طریق دو راهبرد زیر صورت می‌پذیرد:

1 Richters
2 Row, Stewart & Patterson

۱- فرایندی که باعث افزایش مشارکت تمامی افراد و ایجاد یک اجتماع می‌شود. همچنین فعالیت در جامعه و مشارکت برابر و دموکراتیک میان اعضای جامعه.

۲- ساختار سیاست‌های مدارس، محیط فیزیکی، تزئینات سازمانی مدارس و به طور کلی کلیه اموری که منعکس کننده ارزش مشارکت و دخالت در جریان آموزش می‌باشد.

احساس تعلق به مدرسه از نظر رویکرد یادگیری دانش آموز محور

دیدگاه‌های مختلفی در مورد یادگیری وجود دارد. یادگیری را تغییر نسبتاً دائمی در رفتار یک شخص بر اثر کسب تجربه تعریف می‌کنند، ولی طبق دیدگاه سازنده گرایی، یادگیری به صورت فعال و از راه تعامل دائم با محیط، به ساختن دانش می‌پردازد (مشکوه و نصیری فیروز، ۱۳۸۸). لذا تصور می‌شود که دانش وابسته به یادگیرنده است و در شرایط یکسان، افراد به آگاهی‌های متفاوت می‌رسند. به طور کلی این روش آموزشی مبتنی بر سازنده گرایی، به فرایندهای یادگیری و تفکر نسبت به فراورده‌های آن بیشتر توجه می‌شود طرفداران این رویکرد معتقدند دانش آموزان واقعیت‌های خود را بر اساس فهم و تجارب تجزیه و تحلیل می‌کنند. بنابراین یک فرد از عملکرد قبلی، ساختار فکری، عقاید و روش تجزیه و تحلیل وقایع و موضوعات تشکیل می‌شود (ناکاتانی^۱، ۲۰۱۵).

در این روش دانش آموزان به شکل فعال با نتایج کار و یادگیری خود در اینجا مواجه می‌شوند. بدین معنا که دانش آموزان دیگر فردی بی اختیار و بی اراده که منتظر اعلام نظر معلم است، نمی‌باشد. در این روش دانش آموز خود در روند یادگیری در مورد نتیجه زحمات خویش اظهار نظر می‌کند و از آنجا که دانش آموز مستقیماً درگیر روند یادگیری و آموزش خویش است، بهتر یاد خواهد گرفت و احساس تعلق بیشتری به کلاس و مدرسه خواهد داشت (مشکوه و نصیری فیروز، ۱۳۸۸).

هنگامی که دانش آموزان درگیر ارزیابی خود شوند و این ارزیابی هدایت شده، صحیح و ثمر بخش باشد، در چنین دانش آموزی بیش از پیش علاقه به مدرسه پیدا خواهد شد لازم به توضیح نیست که اگر دانش آموزی از خود علاقه نشان دهد، امکان و احتمال پیشرفت و موفقیت به شکل تصاعدی افزایش می‌یابد (ریکترز، ۲۰۱۱). برخی از محققین همچون (داتون^۲، ۲۰۱۱) به ذکر این نکته پرداخته‌اند که

3 Nacatani
1- Greef

مشارکت در اهداف مدرسه باعث افزایش بهتر احساس تعلق به مدرسه می‌شود. تحقیقات نشان دهنده این موضوع است که فراهم آوردن شرایط دموکراتیک، کیفیت روابط دانش آموز - معلم، قوانین انضباطی و ویژگی‌های ساختاری و مشارکت دادن دانش آموزان در فعالیت‌های فوق برنامه باعث افزایش احساس تعلق به در دانش آموزان می‌شود. تحقیقات (سینلهاف^۱، ۲۰۰۹، مک نلی^۲، ۲۰۱۲) نشان دهنده این مطلب است که عواملی چون تنوع نژادی - قومیتی، قوانین سخت گیرانه در مدارس، افزایش جمعیت کلاس‌ها و مدارس، سوء مدیریت در کلاس‌ها، افزایش فعالیت‌های فوق برنامه دارای ارتباط با افزایش یا کاهش احساس تعلق به مدرسه می‌باشد.

بر طبق نظر پاترسون^۳ (۲۰۱۴) اگر در مدرسه‌ای دارای قومیت‌های مختلف باشد و یا به زبانی غیر از زبان مادری به آنها آموزش داده شود دانش آموزان دارای احساس تعلق کمتری نسبت به دانش آموزان اکثریت خواهند داشت. افزایش جمعیت کلاس‌ها و مدارس هم دارای ارتباط منفی با احساس تعلق به مدرسه است. بنابراین هر چه تعداد دانش آموزان در کلاس‌ها افزایش یابد احساس تعلق به مدرسه نیز کاهش می‌یابد.

نظریه دیگری که درباره عوامل تأثیر گذار بر احساس تعلق دانش آموزان نسبت به مدرسه وجود دارد این است که احساس تعلق حاصل به دست آوردن قدرت انتزاع در فرد بالغ است. شیوه ارتباطات در طول بلوغ و نحوه ارتباطات با والدین یا همسالان تعیین کننده احساس تعلق دانش آموزان به مدرسه می‌باشد. در این دوره رفته رفته والدین اهمیت خود را از دست می‌دهند و احساس امنیت به وسیله ارتباط با والدین در نوجوان شکل نمی‌گیرد و به همین دلیل نوجوان به سمت محیط خارج از مدرسه و همسالان گرایش می‌یابد (ریکترز، ۲۰۱۱). کارچر (۲۰۱۳) عوامل گسترش دهنده تعلق به مدرسه را شامل سه دسته می‌داند:

۱- پذیرش به وسیله دیگران

۲- حمایت بین فردی

۳- احساس تعلق تجربه شده

2- Sealhof

3- Mcneely

4- Paterson

از آنجایی که فعالیت‌های فوق برنامه یکی از بهترین راههای افزایش احساس تعلق به مدرسه است، ارتباط بین معلم و همسالان مهمترین عامل تأثیر گذار روی احساس تعلق به مدرسه می‌باشد. همچنین معلم از دانش آموز مهمترین جنبه در احساس تعلق دانش آموز به مدرسه می‌باشد (بتی و پریو^۱، ۲۰۱۲).

بتی و پریو (۲۰۱۲) عنوان می‌کنند که احساس تعلق به مدرسه هنگامی رخ می‌دهد که احساس اطمینان به "یادگیری مورد انتظار" و "تعهد اخلاقی" در میان اعضا وجود داشته باشد. همچنین جنبه "یادگیری مورد انتظار" به انتظار گروه در ایجاد ارزش‌ها و به خصوص با توجه به اهداف یادگیری اشاره دارد و جنبه "تعهد اخلاقی" به جنبه‌ای گفته می‌شود که اعضای گروه احساس تعهد در مشارکت در فعالیت‌ها و تحقق اهداف گروه را داشته باشند. در یک تقسیم بندی دیگر عوامل زیر باعث افزایش احساس تعلق به مدرسه می‌شود:

مدل افزایش احساس تعلق به مدرسه

با بالا رفتن ترک تحصیل و افزایش بزهکاری در بین نوجوانان، متخصصان بهداشت روانی به این فکر افتاده‌اند تا با توجه به اهمیت احساس تعلق به مدرسه در جهت رفع این مشکل مدلی را بر روی دانش-آموزان طراحی کنند. این مدل "چک کردن ارتباطات" و مدل "ارتباطات رسمی و غیر رسمی در روی یک پیوستار" نام دارد که از آندرسون^۲ (۲۰۱۳) نقل شده است.

۱- مدل چک کردن ارتباطات

مدل چک کردن ارتباطات یک مدل جامع در راستای ارتقای احساس تعلق به مدرسه است. این مدل دارای رویکرد انفرادی است که استفاده بسیار دارد. این مدل جهت به حداکثر رساندن ارتباطات و ایجاد ارتباطات مطمئن بین فردی تدوین شده است. فردی که مسئولیت تسهیل ارتباطات دانش آموزان با مدرسه را دارد به عنوان ناظر نامیده می‌شود. سطح احساس تعلق دانش آموز (حضور دانش آموز، نمرات وی، عقب ماندگی) به صورت منظم به وسیله ناظر چک می‌شود و در جهت افزایش ارتباط دانش آموز با مدرسه تلاش صورت می‌گیرد. ناظر از مداخلات فردی جهت کمک به دانش آموز برای افزایش احساس تعلق به مدرسه استفاده می‌کند و این کار باعث می‌شود تا اطمینان و احساس خانواده، بودن در طول زمان در دانش

1- Beaty & Preew

^۱ - Anderson

آموز ایجاد شود. بازده این تلاشها به صورت مستمر از طریق حضور دانش آموز چک می‌شود. این مدل جهت حل مشکلات از روش حل مسئله استفاده می‌کند. مدل چک کردن ارتباط به وسیله اداره برنامه‌های ویژه آموزشی در سال ۱۹۹۰ طراحی شده و در جهت کاهش ترک تحصیل در میان دانش آموزان مقطع متوسطه با مشکلات هیجانی و رفتاری مورد استفاده قرار گرفت (ریکترز، ۲۰۱۱).

عناصر اصلی مدل چک کردن ارتباطات

افرادی که در این مدل شرکت دارند دو دسته هستند:

۱- ناظرین

۲- هماهنگ کنندگان (آندرسون، ۲۰۱۳)

الف) ناظرین^۱

نقش ناظرین در این مدل عبارتست از انگیزه دادن به نوجوانان، پرورش مهارت‌های مورد نیاز برای پیروزی بر مشکلات، نقش ناظر شامل نقش‌های راهنمایی کردن، حمایت کردن و هماهنگ کنندگی می‌باشد. ناظر از محیط مدرسه فراتر می‌رود و وارد محیط خانوادگی می‌شود و سعی در بررسی شرایط و اوضاع و احوالی دارد که دارای تأثیر چشمگیر بر روی احساس تعلق به مدرسه می‌باشد. در این جهت برای دانش آموزان پرونده‌ای تشکیل می‌شود که شامل تمامی اطلاعات درباره دانش آموز و فاکتورهای تأثیر گذار بر روی احساس تعلق وی می‌باشد. ناظر روند تحصیلی دانش آموز را از مدرسه‌ای به مدرسه دیگر دنبال می‌کند و از وضعیت وی اطلاع حاصل می‌کند. یک ناظر دارای مدرک لیسانس در یکی از شاخه‌های علوم انسانی و دارای تجارب مرتبط در این رابطه می‌باشد و همچنین دارای مهارت‌ها و گرایشاتی است که شامل مصمم بودن، اعتقاد به اینکه همه دانش آموزان می‌توانند دارای تمایل به کارکرد با خانواده‌ها و عدم تمایل به مقصر شناختن، مهارت‌های حمایتی شامل توانایی در بحث، مهارت‌های سازمانی و توانایی در کار کردن به تنهایی در موقعیت‌های مختلف، توانایی کار کردن در خارج از زمان رسمی و دوازده باشد (آلتمن و ستا، ۲۰۱۴).

²- Monitors

ب) هماهنگ کنندگان

هماهنگ کنندگان وظیفه ارتباطات مستقیم روزانه و همچنین مداخله را بر عهده دارند. این افراد می-بایست دارای تخصص‌هایی در زمینه روانشناسی مدرسه باشند. یکی از مهمترین نقش‌های هماهنگ کننده بر طبق الگو عبارت است از منطبق ساختن فضای مدرسه با خواسته‌های دانش‌آموزان. بنابراین در ابتدا از هماهنگ کننده نظر دادن دقیق درباره مدرسه و دانش‌آموزان انتظار می‌رود، همچنین مدل چک کردن ارتباطات دارای یک رویکرد جامع برای افزایش احساس تعلق به مدرسه می‌باشد. هفت عنصر در این مدل وجود دارد که عناصر آن در ادامه توضیح داده خواهد شد (آندرسون، ۲۰۱۳).

۱- ارتباطات: ارتباطات بخش مرکز مدل را تشکیل می‌دهد. نتایج تحقیقات مبین رابطه قوی بین حمایت از دانش‌آموزان و بازده‌های مثبت تحصیلی برای آن‌ها می‌باشد. ارتباطات مبتنی بر اعتماد متقابل و تعامل هست که شامل ارتباط با دانش‌آموزان، اعضای خانواده، معلمان و کارمندان مدرسه می‌باشد. ناظرین می‌بایست دائماً در حال حمایت از ارتباطات مثبت در مدرسه باشند. البته ناظرین را نمی‌بایست به عنوان بهترین دوست در نظر گرفت، بلکه می‌بایست به عنوان کسی در نظر گرفت که کارش ارتقای سطح ارتباطات با مدرسه می‌باشد.

۲- نظارت بر عناصر تغییر پذیر: نظارت بر عناصر تغییر پذیر یکی از فرض‌های این مدل است. احساس تعلق به مدرسه دارای چندین عنصر تغییر پذیر می‌باشد که دائماً در حال تغییر هستند. این عناصر در حال تغییر شامل وابستگی رفتاری و فعالیت تحصیلی می‌باشند. وابستگی رفتاری شامل فعالیت زیاد در مدرسه، غیبت و تأخیر از مدرسه و فعالیت تحصیلی شامل نمره پایین و وضعیت تحصیلی دانش‌آموزان می‌باشد. ناظران اطلاعات حضور و مشارکت دانش‌آموزان را از نمره آنها بدست می‌آورند. معلم، همکاران و مشاوران مدرسه نیز منابع خوبی هستند. ناظران اطلاعات به دست آمده از دانش‌آموزان را در پرونده آنها ثبت می‌کنند. این پرونده‌ها راهنمای خوبی برای مداخلات می‌باشد. برای این مدل یک رویکرد رفتاری در نظر گرفته شده که به رفتار به موقع اشاره دارد. این رفتار انفرادی شامل دو سطح است. مداخلات پایه‌ای برای تمامی دانش‌آموزان یکسان است و مداخلات شدید دارای تکرار بیشتر و انفرادی‌تر هستند. در هر حال هدف مدل احساسی تعلق به مدرسه حمایت از کسانی است که مداخلات شدید را دریافت می‌کنند، می-

باشد. نیازهای ویژه هر دانش آموز بیانگر این مداخلات است. این دو سطح به ناظران کمک می‌کند که وقتشان را مدیریت کنند.

۳- همراهی کردن دانش آموزان با خانواده‌هایشان: با انتقال دانش آموزان از مدرسه‌ای به مدرسه دیگر، عوامل تأثیر گذار بر روی احساس تعلق به مدرسه آنها هم کنترل می‌شود. بنابراین احساس تعلق به مدرسه آنها نسبت به سایر دانش آموزان کمتر می‌باشد. دلیل احساس تعلق کم آنها را می‌توان به این دلیل نسبت داد که دانش آموز فرصت کافی برای دلبستگی به مدرسه جدید را پیدا نکرده است و با اینکه مدرسه خود را دارای ثبات چندانی نمی‌بیند، به آن دل نمی‌بندد. دانش آموزان بر طبق این مدل می‌بایست در طول تحصیل و ارتقا به پایه‌های دیگر از طریق ناظر مورد بررسی قرار گیرند.

۴- حل مسئله: مدل چک کردن ارتباطات پیشنهاد ایجاد مهارت‌های شناختی را در افراد دارد. با توجه به این توانایی افراد به جای اینکه به دنبال نقصر بگردند، به دنبال راه حل مساله و مشکل بگردند. حل مساله باعث کاهش قابل ملاحظه وابستگی به مدرسه می‌شود و ایجاد فضای باز را به دنبال خواهد داشت. فضایی که باعث تبادل نظرات و عقاید مختلف بین افراد می‌شود.

۵- تعلق به مدرسه و یاد گرفتن: ناظران در تلاش برای تسهیل دست یابی دانش آموزان به یک فعالیت باز و آزاد در مدرسه هستند. تحقیقات نشان داده است که افزایش مشارکت دانش آموزان باعث کاهش میل به ترک تحصیل آنها شده است. در این راستا بایستی فعالیت‌های دانش آموزان در وقت‌های آزاد سازمان یافته تر و با نظارت بیشتری انجام شود.

۶- اضافه کردن پایداری: اضافه کردن پایداری به وسیله انگیزه دانش آموزان در جهت یادگیری و همچنین تأکید بر این نکته که یادگیری برای دانش آموزان مهم است حاصل می‌شود. یعنی اینکه دانش آموزان را در مواقعی که بخواهیم به آن دسترسی داشته باشیم حتی در طول تابستان یا در مدرسه‌ای دیگر به او این پیام را برسانیم که تو به ماندن در مدرسه احتیاج داری. هر کدام از عناصر فوق احتیاج به پایداری و سماجت نیاز دارد (آلتمن و ستا، ۲۰۱۴).

۲- مدل ارتباطات رسمی و غیر رسمی در روی پیوستار

هر کدام از ارتباطات رسمی و غیر رسمی در روی پیوستار دارای جایگاهی خاص هستند. بر اساس تعریف واژه نامه آکسفورد واژه رسمی اشاره به راهی دارد که معمولاً افراد کارها را انجام می‌دهند و شامل رفتارها و رسم و رسوم‌هایی است که مورد پذیرش جامعه می‌باشد. بر همین اساس احساس تعلق می‌تواند رسمی یا غیر رسمی باشد (کارچر، ۲۰۱۳).

دنیای رسمی دنیایی است که مورد پذیرش بزرگترها و قدرت‌های مسلط می‌باشد. این دنیا در تضاد با رفتارهای خطر آفرین و مشکل‌های رفتاری می‌باشد. احساس تعلق رسمی نوعاً شامل محیط اجتماعی مدارس، معلمان، متولیان مذهبی، خانواده و به طور کلی آنچه به وسیله بزرگسالان در جهت آینده بهتر برای نوجوانان شکل گرفته می‌باشد. احساس تعلق به دوستان و همسالان و هم محله‌ای ممکن است رسمی باشد، اگر در ذات این ارتباطات و فعالیت‌ها توصیه بزرگسالان انعکاس داده شود. در حالی که ارتباطات غیر رسمی فعالیت‌هایی هستند که ممکن است باعث مشکلات رفتاری نوجوانان شود و در این گردهمایی‌ها این خود نوجوانان هستند که تعیین کننده رابطه نرمال هستند. معمولی‌ترین روابط غیر رسمی نوجوانان در سنین آغازین شامل روابط دوستانه با همسالان و همکلاسی‌ها و روابط عاشقانه نوجوان با جنس مخالف می‌باشد (بتی و بریو، ۲۰۱۲).

افزایش ارتباطات نوجوانان با مدرسه باعث برانگیختن ارتباطات رسمی با همسالان و دوستان می‌شود. نوجوانانی که تحت تأثیر همسالان و دوستانی هستند که آنها را درگیر در روابط غیر رسمی و رفتارهای غیر قانونی می‌کنند، بیشتر در معرض مردود شدن می‌باشند. در حالی که نوجوانانی که در فعالیت‌هایی مشارکت دارند که باعث افزایش حس مثبت آنها به مدرسه (احساس تعلق به مدرسه) می‌شود به احتمال کمتری دچار انحرافات رفتاری می‌شوند (پشت مشهدی و همکاران، ۱۳۸۹).

تقسیم بندی دیگری نیز از انواع ارتباطات وجود دارد که شامل تمامی سیستم اکولوژیکی از قبیل کوچک، بزرگ و متوسط می‌باشد. سیستم بزرگ شامل تمام ارتباط فرد با خانواده، مدرسه، مؤسسات مذهبی می‌شود و ارتباطات متوسط فرایندی است که میان سیستم خرد و کلان ارتباط برقرار می‌کند (سینلهاف، ۲۰۰۹).

رابطه احساس تعلق به مدرسه با سلامت

احساس تعلق به مدرسه از طریق دو راهبرد زیر باعث افزایش سلامت در مدارس می‌شود:

۱- فرایندی که باعث افزایش مشارکت افراد و ایجاد یک اجتماع می‌شود. همچنین در جامعه و مشارکت میان اعضای جامعه.

۲- ساختار سیاست‌های مدارس، ترتیب سازمانی مدارس، محیط فیزیکی و به طور کلی کلیه اموری که منعکس کننده ارزش مشارکت و دخالت در جریان آموزش می‌باشد (هایدالگو، ۲۰۱۲).

نتایج حاصل از تحقیقات استرمان بیان می‌کند با اینکه در گذشته وظایف فوق برنامه یکی از مهمترین راههای افزایش احساس تعلق به مدرسه بوده است ولی هم اکنون به این نتیجه رسیده‌ایم که افزایش ارتباط بین معلم و همسالان از جمله مهمترین عوامل تأثیر گذار بر احساس تعلق به مدرسه می‌باشد. همچنین حمایت از دانش آموز مهمترین جنبه در احساس تعلق دانش آموز به مدرسه می‌باشد (سینلهاف، ۲۰۰۹).

نظر دیگری که درباره عوامل تأثیر گذار بر احساس تعلق به مدرسه وجود دارد این است که احساس تعلق حاصل به دست آوردن قدرت تفکر انتزاعی در فرد بالغ است. شیوه ارتباطات در طول بلوغ و نحوه ارتباط بالغین با همسالان و والدین تعیین کننده احساس تعلق دانش آموزان به مدرسه می‌باشد. در این دوره رفته رفته والدین اهمیت خود را از دست می‌دهند و احساس امنیت به وسیله ارتباط با والدین در نوجوان شکل می‌گیرد. به همین جهت نوجوان به سمت محیط خارج از خانه و همسالان گرایش می‌یابد. در این دوران است که کیفیت روابط معلم با دانش آموزان با اهمیت می‌شود، زیرا که در این سن دانش آموز به معلم به عنوان الگو و سرمشق نگاه می‌کند (سلیمانی، ۱۳۸۹).

تأثیرات احساس تعلق به مدرسه

زندگی اجتماعی بدون همکاری جمعی و مشارکت در انجام وظایف امکان پذیر نیست. حفظ ارزش‌ها عمل به هنجارهای مدرسه، رعایت قوانین و مقررات مدرسه، احترام به حقوق و شخصیت سایر دانش آموزان، همکاری با مدیر و معلمان مدرسه در اجرا و تحقق برنامه‌های مدرسه با مداخله و مشارکت دانش آموزان امکان پذیر است. وجود روحیه همکاری و مشارکت در دانش آموزان در گرو تحقق مناسب فرایند

اجتماعی شدن در مدرسه است و از جمله شاخص‌های مهم تحقق مناسب، افزایش و تقویت احساس تعلق دانش آموزان در مدرسه است (ناطق پور، ۱۳۸۹).

مهم‌ترین پیامد فرایند رفتن به مدرسه و تعلق داشتن به آن، افزایش مهارت‌های اجتماعی لازم می‌باشد و تعدادی از دانش آموزان که در تعاملات اجتماعی با همسالان خود دچار مشکل هستند و به آنها تعلق ندارند در معرض خطر مشکلات عاطفی - اجتماعی و عملکرد تحصیلی ضعیف قرار دارند (سلیمانی، ۱۳۸۹).

مدرسه به واسطه محدود کردن روابط اجتماعی در قلمرویی نسبتاً کوچک و بسته، احساس تعلق به گروه را فراهم آورده و تقویت می‌کند و این حس باعث می‌شود که فرد خود را جزیی از مکان بداند و مکان برای او قابل احترام باشد. احساس تعلق به مدرسه نه فقط باعث هماهنگی و کارکرد مناسب دانش آموز می‌شود، بلکه عاملی برای احساس امنیت، لذت و ادراک عاطفی دانش آموزان نیز می‌باشد و به هویت مندی آن‌ها و احساس تعلق دانش آموزان به مکان مورد نظر منجر می‌شود (آلتن و ستا، ۲۰۱۴). احساس تعلق داشتن به مدرسه، مدیر، معلمان و کارکنان مدارس با گروه‌های همسال هدفمند می‌تواند احساس ارزشمند بودن و هدفدار بودن را در فرزندان ما ایجاد کند، عزت نفس را در آنها رشد دهد و باعث شود حس مسئولیت پذیری و خود آگاهی در آنان تقویت گردد (فرهمندیان، ۱۳۸۷). مطالعات نشان داده است که با احساس تعلق فرد نسبت به محیط یا مکانی خاص، میزان تعهد و احساس مسئولیت و فداکاری او نسبت به محیط یا آن مکان خاص افزایش می‌یابد (ناطق پور، ۱۳۸۹).

پیامد احساس تعلق به مدرسه

امید و دلبستگی دو عنصر مهم و حیاتی قابل توجه در فرایند شکل گیری احساس تعلق هستند. امید به عنوان احساس اطمینان و اعتماد به محیط از یک سو و نیز توانمندی‌های فرد از دیگر سو، موجب آماده ساختن فرد برای سازگاری می‌شود. از جمله پیامدهای مهم امید و دلبستگی افزایش علاقه مندی فرد به زندگی اجتماعی و تعدیل حضور در مکان‌ها از جمله مدرسه است. دلبستگی‌ها بتدریج زمینه‌های احساس تعلق فرد را فراهم می‌کنند. دلبستگی موجب بهره مندی فرد از توانایی‌های شخصی افزایش کارایی اجتماعی وی می‌شود (ربیکاه، لیس، ماری و شیهان^۱، ۲۰۱۳).

1 Rebekah, Lisa, Mary, & Sheehan

مبانی نظری احساس تنهایی

تعریف احساس تنهایی

در تعریف احساس تنهایی تفاوت‌های نسبتاً چشمگیری بین صاحب نظران وجود دارد، اما با وجود این تفاوت‌ها سه مؤلفه اصلی در تعاریف تنهایی قابل شناسایی است، نخستین مؤلفه اجتماعی احساس تنهایی است. احساس تنهایی به روشنی منعکس کننده نارسایی روابط اجتماعی ارضا کننده است. با این حال نمی‌توان احساس تنهایی را معادل انزوای اجتماعی در نظر گرفت، یا به عبارت دیگر باید بین انزوا طلبی و احساس تنهایی تمایز قائل شد. تلاش برای تفکیک احساس تنهایی از انزوا طلبی به دومین مؤلفه احساس تنهایی منتهی می‌شود. احساس تنهایی احساس فاعلی است که ممکن است با واقعیت بیرونی همسان نباشد. به بیان دیگر در حالی که برخی از افراد روابط اجتماعی محدود دارند، احساس تنهایی را تجربه نمی‌کنند، اما برخی دیگر با وجود برخورداری از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً گسترده، از احساس ناخوشایند تنهایی رنج می‌برند، بنابراین احساس تنهایی مستلزم ادراک با ارزیابی از روابط اجتماعی خود و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی مورد نظر خود است. از دیدگاه برخی صاحب نظران این مقایسه و نحوه ادراک روابط اجتماعی علت بروز احساس تنهایی است (هینریچ و گالون^۱، ۲۰۱۱).

سومین مؤلفه دربرگیرنده ویژگی‌های عاطفی و هیجانی احساس تنهایی است. در بیشتر تعاریف ارائه شده درباره احساس تنهایی، از احساس ناخوشایند و هیجان‌های منفی که اغلب افراد از آنها می‌گیرند، سخن به میان آمده است. با این حال برخی از پژوهشگران به جای آن که احساس تنهایی را یک هیجان منفی تلقی کنند، آن را تداعی کننده‌ی پاره‌ای از هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی، دوست داشتنی نبودن و مواردی از این دست می‌دانند (رایت^۲، ۲۰۱۲). بر این اساس احساس تنهایی گذرگاهی است برای هجوم آوردن احساسات منفی دیگر که اغلب افراد می‌کوشند به صورت هشیار و ناهشیار از آن‌ها اجتناب کنند به همین دلیل نیز افرادی که احساس تنهایی می‌کنند، عزت نفس پایینی دارند و به ویژه نسبت به توانایی‌های خود، تردید می‌کنند و در رفتارهای بین فردی حالت‌هایی مثل خجالت، شرم، اضطراب، جسارت نداشتن، خطرپذیری کم و درون گرایی از خود نشان می‌دهند (هوروایتز و فرنچ، ۲۰۱۰).

1 Heinrich & Galon

2 Wright

تنهایی پدیده‌ای است که انسان‌ها کم و بیش آن را در زندگی خود تجربه می‌کنند. به بیان دیگر بسیاری از افراد در فرهنگ‌ها، نژادها، طبقات اجتماعی و در سنین و زمان‌های مختلف هر یک به نوعی تنهایی را تجربه می‌کنند (برگونو و همکاران، ۲۰۰۸). تنهایی حالتی ناخوشایند است که از تفاوت در روابط بین فردی که افراد خواهان آن هستند و روابطی که بادیگران در شرایط واقعی دارند، نشأت می‌گیرد. این احساس به این دلیل اهمیت دارد که هم با حالات هیجانی افراد و هم با فقر اجتماعی، رفتار و سلامتی در افراد بالغ، نوجوان و کودک همبسته است (کواتر و همکاران، ۲۰۱۳).

علل تنهایی

عوامل متعددی به تنهایی کمک می‌کنند که از دست دادن همسر، دچار شدن به ناتوانی جسمانی که تحرک را مختل می‌کند و از دست دادن شبکه اجتماعی به خاطر تغییر محل زندگی از آن جمله هستند. کمرویی نیز عامل مهمی است که در تنهایی دخالت دارد. افراد به خاطر کمرویی ممکن است از تماس‌های اجتماعی خودداری کنند و زندگی منزوی داشته باشند.

پژوهشگران چند ویژگی روان‌شناختی نیز یافته‌اند که با افراد تنها ارتباط دارند. این ویژگی‌ها موارد زیر را شامل می‌شوند (پپلائو و پرلمن^۱، ۲۰۱۳):

۱- فقدان مهارت‌های اجتماعی: امکان دارد که آنها نسبت به احساسات دیگران بی تفاوت باشند یا ندانند چگونه روابط دوستی برقرار کنند یا با اختلاف نظرها کنار آیند.

۲- بی‌علاقگی به دیگران

۳- فقدان همدلی

۴- عیب‌جویی زیاد از خود در ارتباط با تعادل‌های اجتماعی و انتظار شکست هنگام تعامل کردن با دیگران.

۵- ترس از طرد شدن

۶- ناتوانی در افشا کردن اطلاعاتی درباره خودشان برای دوستان بالقوه

۷- بدبینی نسبت به ماهیت انسان

1 Peplau & Perlman

۸-توقع داشتن خیلی زیاد و خیلی زود که با برداشت اشتباه از دیگران به عنوان افراد سرد و غیر و دوستانه در مراحل اولیه برقرار کردن رابطه مشخص می‌شود.

۹-نگرش‌های بدبینانه در کل

۱۰-منبع کنترل بیرونی: اعتقاد به اینکه سرنوشت آنها از کنترلشان خارج است.

تاریخچه احساس تنهایی

احساس تنهایی قدمتی برابر با حیات انسان دارد و حتی گاه آن را وجهی طبیعی از زندگی انسان و حاصل آگاهی او از غربت خود در جهان و مرگ محتوم او در نظر گرفته‌اند. اما تا اوایل قرن بیستم به صورت عملی به آن پرداخته نشده بود. نخستین مقاله مدون در این باره توسط زیلوبورگ (۱۹۹۸) نوشته شد. این مبحث در دوده دهه ۱۹۶۰-۱۹۵۰ مورد کنکاش‌های عمدتاً روان کاوانه قرار گرفت و از اواسط دهه ۱۹۷۰ به عنوان مدخلی مستقل در چکیده‌های روان شناختی مطرح شد و از آن پس یکی از حوزه‌های پژوهش در روان اجتماعی و بالینی بوده است. در فرهنگ ایرانیان نیز مسئله تنهایی و تبعات مثبت و منفی آن از دیر زمان مطرح بوده است. در فرهنگ اسلامی ایران خلوت گزینی، اعتکاف و محاسبه نفس مورد تاکید بوده است. گرچه ابراهام مازلو یکی از خصیصه‌های بارز افراد خودشکופا را تمایل به خلوت گزینی و تنهایی معرفی می‌کند، اما آنچه در اینجا مد نظر است، احساس تنهایی است نه تنهایی به معنای اعم کلمه و احساس تنهایی غیر از تنهایی است یعنی اگر چه تنهایی می‌تواند یک خصوصیت مطلوب افراد خودشکופا باشد اما احساس تنهایی دارای تبعات منفی فراوان است. یکی از ضروریات وجودی انسان‌ها احتیاج به معاشرت و آمیزش با دیگران است. منشأ این ضرورت، زندگی اجتماعی است. بعضی افراد که از معاشرت می‌گریزند و بیشتر اوقات را در تنهایی به سر می‌برند، ممکن است در فکر و وجود خود نقصی را برای خود تصور کنند که انزوا بر آن می‌افزاید. چنانچه عزلت و انزوا از قوای روحی و فکری می‌کاهد و اگر مانند حبس اجباری و متمادی باشد، سخت‌ترین مکافات و رنج آورترین عذاب‌هاست. این گونه اشخاص برای تسلی خاطر خود دلایلی بر حسن انزوا و بر مصلحت گوشه گیری می‌آورند و خواه ناخواه خود را قانع و راضی می‌کنند که رنج تنهایی کمتر از رنج هم نشینی است (حسین یاری وخیر، ۱۳۸۹).

انواع تنهایی

تنهایی می‌تواند به مقوله‌ای با بخش‌های نشانه‌شناسی و نشانه‌درمانی متفاوت تقسیم شود. نخستین جنبه از تنهایی انزوای هیجانی است که از طریق فقدان روابط مهم در زندگی افراد نظیر مرگ یا طلاق به وجود می‌آید (احدی و رباطی، ۱۳۸۸).

تنها شیوه‌ای که از این طریق می‌توان تنهایی را درمان کرد پیدا کردن روابط مهم با دیگران به منظور پر کردن جای خالی آنهاست (فتیحی آشتیانی، ۱۳۸۵).

نوع دوم تنهایی انزوای اجتماعی نامیده می‌شود که شامل کمبود شبکه اجتماعی یا نداشتن مکانی در جامعه مورد پذیرش می‌شود. در این نوع تنهایی، احساسات حول ملالت، فقدان تمرکز و احساس در حاشیه بودن یا طرد شدن توسط همسالان مورد توجه قرار می‌گیرد (کرن^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از سودانی، شجاعیان و نیسی، ۱۳۹۱).

نظریه‌های تنهایی

اریک فروم^۲

وی در کتاب گریز از آزادی می‌نویسد: در تاریخ تمدن غرب، مردم با به دست آوردن آزادی بیشتر احساس تنهایی، بی‌معنایی و بیگانگی بیشتری کرده‌اند. بر عکس هرچه مردم آزادی کمتری داشته‌اند، احساس‌های تعلق و امنیت آنها بیشتر بوده است. فروم معتقد است که مردم در قرن بیستم، از هر دوران دیگری، آزادی بیشتری دارند، خود تنها تر، بیگانه‌تر و بی‌معناتر از مردم قرون گذشته احساس می‌کنند (آشر و پاکت^۳، ۲۰۱۰).

هنری موری^۴

به نظر موری، عقده انزوای ساده، به صورت میل به بودن در مکان‌های کوچک، گرم و تاریک که امن و پرت باشد تجربه می‌شود. برای مثال ممکن است فردی آرزو کند بجای اینکه صبح از تخت بلند شود، زیر پتو بماند. موری افراد تنها را به عنوان عقده انزوای ساده نام می‌برد و معتقد است افراد دارای این عقده به

1 Kern

2 Erik Fromm

3 Asher & Paquette

4 Henry Murray

وابسته بودن به دیگران، منفعل بودن و گرایش داشتن به رفتارهای امن متمایل هستند (پپلائو و پرلمن، ۲۰۱۳).

کارن هورنای^۱

هورنای از افراد تنها بعنوان «شخصیت‌های جدا» نام می‌برد. شخصیت‌های جدا میل نسبتاً زیادی به تنهایی دارند. آن‌ها نیاز دارند. تا حد امکان بیشتر اوقات را در تنهایی بگذرانند و حتی سهم شدن در تجربه‌ای مثل گوش دادن به موسیقی آنها را آشفته می‌کند (آشر و پاکت، ۲۰۱۰).

اریک اریکسون^۲

ششمین مرحله از مراحل روانی - اجتماعی اریکسون، صمیمیت در برابر انزوا نام دارد که از پایان نوجوانی تا حدود ۳۵ سالگی ادامه دارد. در این دوران ما با دیگران، با دوستان نزدیک، روابط صمیمی برقرار می‌کنیم و پیوند زناشویی ایجاد می‌نماییم. افرادی قادر به چنین صمیمیتی در اوایل بزرگسالی نیستند، احساس می‌کنند منزوی هستند. آن‌ها از تماس‌های اجتماعی اجتناب نموده و دیگران را رد می‌کنند (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۵).

آبراهام مزلو^۳

مازلو احساس جدایی و خلوت را ویژگی افراد خود شکوفا می‌داند و معتقد است که افراد خود شکوفا می‌توانند بدون آثار زیان بخش، انزوا را تجربه کنند و به نظر می‌رسد که آنها بیشتر از اشخاصی که خود شکوفا نیستند به تنهایی نیاز داشته باشند (کرن، ۲۰۰۵؛ به نقل از سودانی و همکاران، ۱۳۹۱).

پی آمدهای جسمانی احساس تنهایی

شکی نیست که روان و تن با یکدیگر ارتباط نزدیک دارند. بدین گونه که بهبود یکی موجب بهبود دیگری است، همچنان که بیماری یکی باعث بیماری دیگری می‌شود. احساس تنهایی تجربه‌ای است که فشار روانی^۴ ایجاد می‌کند و به همین دلیل باعث فرسودگی جسمانی و (روانی) می‌شود. گرچه در مورد تأثیرها منفی احساس تنهایی، بر عوامل جسمانی و بویژه ساز و کار این تأثیر هنوز پژوهش‌های زیادی انجام

1 Karen Horney

2 Erich Erickson

3 Abraham Maslow

4 Stress

نگرفته است ولی نتایج پژوهش‌های بسیاری که در مورد پی آمدهای منفی افسردگی و اضطراب در تن انسان صورت گرفته است، تا اندازه‌ای درباره‌ی احساس تنهایی نیز قابل تعمیم است. به دلیل این که این دو حالت روانی همان گونه که پیش از این گفته شد جزء جدایی ناپذیر احساس تنها هستند. تراوش‌های غدد داخلی، نامتعادل شدن نظام هورمونی و تغییرات شیمیایی در بدن، تحریکات ویرانگر فیزیولوژیک ناشی از آشفتگی نظام انتقالی اعصاب مرکزی^۱ جزو کنش‌ها و فرآیندهایی توصیف شده‌اند که تجارب روانی را به پی آمدهای بدنی مرتبط می‌سازد. با وجود پژوهش‌های اندک درباره احساس تنهایی و بیماری‌های جسمی (بدنی) مدارک موجود نشانگر این است که احساس تنهایی در ناتوان ساختن نظام مقاومت بدن در برابر بیماری‌ها^۲ و در کاهش نیروی مبارزه با تهاجم میکروبی، نقش عمده بازی می‌کند (پیمانفر و همکاران، ۱۳۹۱).

تا جایی که نگارنده آگاه است، نخستین پژوهش‌های تجربی در این باره توسط «کیکولت - گلیزر»^۳ و همکارانش در دانشگاه ایالتی اوهایو انجام گرفته است. در یکی از این پژوهش‌ها، دانشجویان دانشکده پزشکی که در آزمون سنجش تنهایی نمره‌های بالاتر گرفتند نسبت به دیگران نظام مقاومت بدنی ناتوان‌تری داشتند و شمارش سلول‌های جنگنده^۴ در برابر تهاجم میکروب، در این گونه افراد به گونه محسوسی پایین‌تر بود. در پژوهش دیگری و عدم دلبستگی، در نظام مقاومت بدن تغییرات نامطلوب ایجاد می‌کند. این پژوهشگران معتقدند که حتی یافتن گوشی شنوا، برای آن که افراد تنها از درد و اندوهشان بگویند، در ترمیم نظام گسیخته مقاومتی بدن مؤثر است (احدی و رباطی، ۱۳۸۸).

به باور «برکمن» و «سایم»^۵ افرادی که از شبکه اجتماعی خود ناخشنودند بیش‌تر از سایرین برای ابتلا به بیماری‌های عفونی و ویروسی (مانند سرما خوردگی) آمادگی دارند و بویژه احتمال گرفتاری به امراض قلبی در آنان چند برابر می‌شود. به دلیل رابطه‌ی موجود بین احساس تنهایی و نظام مقاومتی بدنی هنگام مبارزه با میکروب، پژوهشگرانی چون «نوکس» و «کندرو»^۶ درباره ارتباط تنهایی و بیماری مرگ‌آور «ایدز»

1 - Neurotransmitters

2 - Immune System

3 - Keicolt - Glaser

4 - Natural Killer Cells

5 - Berkman & Syme

6- Nokes & Kendrew (AIDS)

^۱ به این نتیجه رسیدند که تنهایی در پیشرفت سریع بیماری ایدز تأثیر دارد. در پژوهشی که «فاکس»^۲ و همکارانش بر گروهی از زنانی که دچار سرطان پستان بودند انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که احساس تنهایی می‌تواند به عنوان عامل ایجاد فشار روانی در رشد سرطان تأثیر داشته باشد (کراوس-پارلو^۳، ۲۰۱۲). یافته‌های پژوهش‌هایی که اغلب در مجلات پزشکی و امراض روان - تنی^۴ به چاپ رسیده‌اند، حاکی از این است که احساس تنهایی در تشدید بیماری‌هایی چون تنگی نفس (آسم)، زخم معده، بیماری‌های پوستی، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های قلبی و سرطان و شماری دیگر از بیماری‌های عضوی مؤثر است (کوارتر و همکاران، ۲۰۱۳).

افزون بر این، پدیده «مرگ ناگهانی»^۵ که ناشی از کار افتادن قلب، بدون هیچ گونه علت پزشکی است در کسانی مشاهده شده است که شخص عزیزی را که با او دلبستگی شدید عاطفی داشته، از دست داده‌اند. ممکن است غم عزیز از دست رفته و احساس تنهایی ناشی از آن، در سیستم قلب و عروقی تأثیراتی نامطلوب بگذارد که به مرگ ناگهانی بینجامد. این که گفته می‌شود فلانی در تنهایی و یا در سوگ عزیز از دست رفته‌اش، دق مرگ شد، نشانگر این پدیده است (احدی و رباطی، ۱۳۸۸).

«جیمز لینچ»^۶ در کتاب معروف خود به نام «قلب شکسته: پی آمدهای پزشکی احساس تنهایی» شمار بسیاری از افرادی را که به بیماری‌های قلبی دچار بودند، مورد مطالعه قرار می‌دهد و به این نتیجه می‌رسد که میزان بهبودی بیماران قلبی پس از عمل جراحی قلب بسته به این است که بیمار خود را تنها و بی‌یاور حس کند و یا این که از شبکه اجتماعی رضایت بخشی برخوردار باشد. به گفته‌ی این پژوهشگر و سایر پژوهشگران تنهایی، حتی داشتن یک حیوان اهلی (گربه، پرند و غیره) می‌تواند در کاهش احساس تنهایی و میزان بهبودی بیمار تأثیر داشته باشد و تنهاییان مطلق، بهبودی کندتری نسبت به سایر بیماران دارند. به تازگی «رابرت کیس»^۷ و همکارانش در پیگیری شمار زیادی از بیمارانی که مورد جراحی قلب قرار گرفتند و در چندین بیمارستان آمریکایی و کانادایی بستری بودند مشاهده کردند شماری از این بیماران مدتی پس

1 - Acquired Immunodeficiency Syndrome

2 - Fox

3 - Krause-Parello

4 - Psychosomatic

5 - Sudden Death

6 James Lynch

7 Robert Case

از مرخصی از بیمارستان، به علت سکتته‌ی قلبی دوباره به بیمارستان برگشته‌اند. این گونه بیماران، معمولاً تنها بوده و همدم و هم مشربی نداشته‌اند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که تنهایی، به طور مرموزی باعث مرگ و میر انسان‌هاست. بنابراین شاید گرافه گویی نباشد اگر احساس تنهایی به قفسی شیشه‌ای همانند شود که در ظاهر میله‌های تنگاتنگ آن پیدا نیست ولی در نهان انسان اسیر تنهایی را سخت‌تر از زندان آهنین، در هم می‌فشارد (سارافینو^۱، ۲۰۰۶؛ ترجمه میرزایی، ۱۳۹۲).

درمان تنهایی

تعجب آور نیست که گروه درمانی تأثیر زیادی بر درمان تنهایی دارد. چنین فرض می‌شود که تدارک دیدن تعامل با دیگران درجه‌ای از «در حاشیه بودن» را کاهش می‌دهد. به علاوه کمک متقابل در داخل گروه باعث اطمینان خاطر فرد می‌شود و به وی اجازه می‌دهد که گام‌های اولیه را برای حل مشکلش بر دارد. در حالی که بطور همزمان می‌فهمد که فقط او تنها نیست. همچنین پیشرفت‌شان را از طریق ارزیابی یکدیگر مورد سنجش قرار می‌دهند و بر خلاف اختلالات عاطفی، مراجعان می‌توانند بطور مثبت پیشرفتشان را گزارش دهند (حسین یاری و خیر، ۱۳۸۹).

مبانی نظری ذهن آگاهی

تعریف ذهن آگاهی

ذهن آگاهی سازه‌ای است که به اشکال خیلی متفاوتی در پژوهش‌ها و درمان‌های روانشناختی به کار برده شده است. اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه گرفته شده است، که ظرفیت توجه و آگاهی مداوم و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در افراد منجر می‌شود. (بائر^۲، ۲۰۱۲)

کابات - زین^۳ (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را به عنوان توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند در زمان کنونی، و بدون قضاوت و داوری تعریف کرده است. بیشاپ^۴، زاک^۵ و مک ماین^۶ (۲۰۰۹) تعریف زیر را از ذهن

1 Sarafino

2 Baer

3 Kabat-Zinn

4 Bishop

5 Zack

6 McMain

آگاهی ارائه داده‌اند: ذهن آگاهی یک مدل دو مولفه‌ای است. مؤلفه اول شامل خود نظم دهی توجه در تجربیات آن می‌باشد و در نتیجه شرایط را برای افزایش باز شناسی وقایع ذهنی در لحظه حال مهیا می‌کند. مؤلفه دوم شامل اتخاذ یک جهت گیری خاص به سمت تجربیات شخصی در لحظه حال است. جهت گیری که مشخصه آن تیز حسی، باز و پذیرا بودن و پذیرش می‌باشد.

ذهن آگاهی به معنای پرداختن توجه عمدی و آگاهی کامل از هر آنچه که در درون (جسم، قلب و ذهن) و بیرون از بدن در محیط اطراف به وقوع می‌پیوندد، می‌باشد (هارینگتون و پیکلز^۱، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی باعث می‌شود هر فعالیتی که فرد در آن درگیر است به چشم انداز وسیعی در فهم وجود خودش منجر شود. در حالت ذهن آگاهی، تفکرات و احساسات به اندازه موضوعات هشیار حسی، و همچنین بدون واکنش نشان دادن به آنها به شیوه‌های خودکار و عادی مشاهده می‌شوند. بنابراین، ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد به موقعیت‌ها با آگاهی پاسخ دهند، و تکانشی عمل نکنند (کابات زین، ۲۰۰۳). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از حالت ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی حالات مفیدتر را فرا می‌گیرد. برای ذهن دو حالت اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی انجام دادن و دیگری بودن. در ذهن آگاهی فرا می‌گیریم که ذهن را از یک حالت به حالت دیگر حرکت دهیم (کابات زین، ۲۰۱۰).

ذهن آگاهی باعث رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمند، و بودن در لحظه کنونی، در فرد می‌شود، که بودن در لحظه کنونی، پردازش تمام جنبه‌های تجارب بلاواسطه (شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری) را موجب می‌شود. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده، رها می‌شود (سگال، ویلیامز، و تیزدل، ۲۰۰۹).

درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازند دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده اند که از آن جمله می‌توان به دو

1 Harrington & Pickles

روش کاهش استرس مبنی بر ذهن آگاهی کابات زین و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ ویلیامز و همکاران اشاره نمود، که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا^۲ تاکید می‌کنند (بائر، ۲۰۱۲).

این مداخلات، شامل تمرین توجه متمرکز که در آن فرد توجه خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی و... در طول یک دوره ذهنی خاص متمرکز می‌کند و برای این کار از تکنیک‌های آرام‌بخش ذهنی و جسمی و فنون شناختی بهره می‌گیرد (کرین، ۱۳۹۰).

فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامش عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد. به نظر می‌رسد مکانیزم اصلی ذهن آگاهی خود کنترلی توجه باشد چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (کابات زین، ۲۰۰۳).

پایه‌های مغزی و فیزیولوژی ذهن آگاهی

کلونینجر (۲۰۰۴) نشان داد که ذهن آگاهی با موج‌های آلفا و تتاملایم در قشر پیشانی و فعالیت پایین بتا مشخص می‌شود. همچنین وی بیان می‌کند که مراقبه ذهن آگاهانه با جریان خون زیاد در دو سطح از لوب پیشانی مشخص می‌شود که اولی در تمرکز و توجه و دومی در توجه همه جانبه دخالت دارد. کازاماتسو^۳ و هارای^۴ (۱۹۶۶) نشان دادند که در مراقبه، امواج آلفا ابتدا افزایش پیدا می‌کنند و سپس کاهش می‌یابند اما امواج تتا به شدت افزایش می‌یابند (به نقل از نجاتی، ۱۳۹۰).

دان^۵، هارتینگن^۶ و میکولاس^۷ (۱۹۹۹؛ به نقل از نجاتی، ۱۳۹۰) نیز بیان کردند که در الکتروانسفالوگرام مربوط به تن آرامی، تمرکز و ذهن آگاهی تفاوت‌هایی وجود دارد. آن‌ها در پژوهش روی دانشجویان که سه حالت بالا را در طی ده هفته تمرین کرده بودند، نشان دادند که در آموزش ذهن آگاهی امواج دلتا در لوب‌های پس سری – آهیانه و پیشانی، امواج تتا در پیشانی چپ و امواج بتا در پیشانی چپ و پس سری – آهیانه فعال می‌شوند.

1. mindfulness – based cognitive therapy

2 yoga

3 Kasamatsu

4 Hirai

5 Dunn

6 Harigan

7 Mikula

در بررسی دیگر، آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در هشت هفته توسط دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) آموزش داده شد و تأثیر این آموزش روی ساختارهای مغزی بررسی شد. نتایج نشان داد که امواج آلفا در دامنه‌ای از ۸ تا ۱۸ هرتز قرار داشت و حتی بعد از ۱۴ هفته پیگیری این تغییرات معنی دار بود. در بررسی دیگر لازار^۲ و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که توجه آگاهانه به عنوان یک تکنیک ذهن آگاهی باعث تفاوت در کرتکس پیش پیشانی (مخصوصاً نواحی ۹ و ۱۰ برودمن) و نواحی اینسولای راست (شامل کرتکس شنیداری) می‌شود (به نقل از احمدوند، ۱۳۹۱).

سه عنصر اصلی آموزش ذهن آگاهی

ذهن آگاهی رشد آگاهی است، ما به تجربیات خویش در چند جنبه توجه می‌کنیم. این جنبه‌ها عبارتند از: الف) توجه ارادی به تجربیات ب) توجه به زمان حال و آنچه که در آن اتفاق می‌افتد (مخصوصاً زمانی که توجه ما به گذشته باز می‌گردد) و پ) توجه بدون قضاوت به تجربیات و پدیده‌ها (کابات - زین، ۲۰۱۰). با توجه به این تعریف احساس می‌شود که تمرین ذهن آگاهی بسیار مشکل و طاقت فرسا است. زیرا آگاهی از آنچه که اتفاق می‌افتد و توجه عمیق به پدیده‌ها و پذیرش آنها بسیار ساده نیست. بنابراین، آموزش آن نیز ممکن است مشکل باشد. آموزش و تمرین ذهن آگاهی سه عنصر دارد که عبارتند از:

رشد آگاهی: از طریق یک روش شناختی منظم در تمرین‌های رسمی و غیر رسمی ذهن آگاهی، حاصل می‌شود. تمرین‌های رسمی شامل تکنیک پویش بدن، مراقبه در حالت نشسته و ذهن آگاهی حرکات می‌شود و تکنیک‌های غیر رسمی، توجه و آگاهی از تجربیات لحظه به لحظه زندگی را در بر دارد.

توجه ویژه: که از طریق مهربانی، کنجکاوی و رضایت با توجه به نشان دادن تجربیات حاصل می‌شود. این ویژگی‌ها هم ارادی هستند و هم بلافاصله بعد از ذهن آگاهی حاصل می‌شوند.

افزایش فهم نسبت به آسیب پذیری انسان: این اصل از طریق تکنیک‌های شنیدن و مشاهده مستقیم فرآیندهای تجربی در طول تمرین مراقبه ذهن آگاهانه حاصل می‌شود. از طریق ذهن آگاهی یاد گرفته می‌شود که رنج و درد، جزئی از تجربیات ما هستند و به بیماران نشان می‌دهد که وجود این درد و رنج‌ها ممکن است یک عادت ناسالم باشد (کرین، ۱۳۹۰).

1 Davidson et al

2 Lazar

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده‌اند. این درمان‌ها یا آموزش‌های درمانی عبارتند از (به نقل از بیرامی و عبدی، ۱۳۹۰):

۱. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات - زین ۱۹۹۰).
۲. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز، تیزدل، ۲۰۰۲).
۳. رفتار درمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳).
۴. پذیرش و تعهد درمانی (هایس، استروسالف و ویلسون، ۱۹۹۹).
۵. آموزش آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی (کریستلر و هالت، ۱۹۹۹).
۶. پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (وایتکویتز، مارلت، و والکر، ۲۰۰۵).
۷. بهبود روابط مبتنی بر ذهن آگاهی (کارسون و همکاران، ۲۰۰۴).

الف) **کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی:** برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در اوایل سال ۱۹۸۰ در مرکز پزشکی ماساچوست توسط کابات - زین و همکاران اش به وجود آمد. از آن زمان به بعد، یافته‌های پژوهشی زیاد در رابطه با این برنامه نشان دادند که این برنامه در کاهش اضطراب، افسردگی، و استرس اثر بخش است و همچنین سلامت جسمی، کارکرد سیستم ایمنی، کیفیت خواب و... را افزایش می‌دهد (گروسمن، نایمن، اسمیت و والاچ^۸، ۲۰۱۰). کار کابات - زین (۲۰۱۰) به طور موثری منجر به ایجاد آموزش خصوصی ذهن آگاهی، برای دسترسی شمار زیادی از افراد به آن داده شده است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان یک درمان مکمل درمان‌های رایج پزشکی شروع به پیشرفت نمود و برای افرادی که به بیمارستان‌های عمومی مراجعه می‌کنند و از مشکلاتی نظیر درد، ناتوانی و بیماری‌های حاد و تهدید آمیز زندگی در رنج هستند، مفید است. آموزش کاهش مبتنی بر ذهن آگاهی، معمولاً بدون

1. mindfulness- based stress reduction

2..mindfulness – based cognitive therapy

3. dialectical behavior therapy

4. acceptance and commitment therapy Hayes. Strosahl & Wilson

5. mindfulness – based eating awareness training. Kristeller & Hallett

6. mindfulness – based relapse prevention Witkiewitz. Marlatt & Walker

7. mindfulness – based relationship enhancement. Carson , et al

8. Grossman. Niemann. Schmidt & Walach

درخواست افراد که خود را از نظر روانشناختی و هیجانی آسیب دیده می‌بینند، شروع می‌شود. بعد از انتخاب نمونه و برخی از تمرین‌های مقدماتی در ذهن آگاهی، به افراد گفته می‌شود، که این روش آموزش در ۸ هفته و به صورت نیمه وقت آموزش داده می‌شود و آنها موظف هستند که در این جلسات شرکت کنند.

ب) **شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مهارت‌های شناختی ویژه در چهارچوب‌های درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی مجهز است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شباهت زیادی دارد، هرچند در مورد گروه‌های کوچک‌تر اثربخشی است و در مراکز بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رویکرد درمانی، کمتر روی حرکات بدنی و به اصطلاح ذهن آگاهی بدنی متمرکز است و فقط در آن، سه دقیقه به تمرین تنفس پرداخته می‌شود. به جای آموزش کاهش استرس، این رویکرد درمانی بیشتر روی تمرینات بازبینی و تجزیه و تحلیل افکار مختل و رابطه آنها با احساسات بدنی و خلق تاکید می‌کند (مک^۱، ۲۰۰۸).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افرادی که تجربه افسردگی داشتند و نسبت به حوادث آینده آسیب پذیر بودند، بوجود آمد. در این روش درمانی به افراد، جهت بهبود مسائل روانشناختی آموزش داده می‌شود و آنها را قادر خواهد کرد، که یاد بگیرند چگونه به صورت ذهنی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجانات، آگاهی داشته باشند و آنها را جهت پاسخ سازگارانه نسبت به علائم خطر عود مشکلات توانمند می‌سازد. در این روش درمانی، مراقبه ذهن آگاهی هسته مرکزی آموزش است و بر اساس ساختار و فرآیند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و ترکیب آن با برخی از جنبه‌های درمان شناختی - رفتاری برای کاهش افسردگی طراحی شده است. به صورت خلاصه این روش شامل ترکیب تمرین مراقبه ذهن آگاهانه، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری است (مک، ۲۰۰۸).

پ) **رفتار درمانی دیالکتیکی:** مهارت‌های ذهن آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیکی و مهارت‌های اساسی برای موفقیت، سه بخش هستند: اثر بخشی بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی. در این روش

¹ .Mace

مهارت‌های ذهن آگاهی در دو جلسه گروهی آموزش داده می‌شود. مهارت‌های مرتبط با تمرین ذهن آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیکی چهار بخش هستند که شامل شمردن تنفس، تمرین آرامش، لبخند زدن و آگاهی از فعالیت‌های حاضر است. در این روش درمانی، اجازه ورود و خروج افکار به ذهن (تمرین تفلن - ذهن) داده می‌شود و عدم قضاوت و داوری و انجام یک فعالیت در یک زمان، تمرین می‌شود. همچنین در این روش درمانی فرد احساسات خود را به طور اساسی می‌پذیرد و تصور می‌کند که ذهن به گسترده‌گی آسمان است و افکار و احساسات همانند ابر در حال آمد و شد هستند (هارینگتون و پیکلز، ۲۰۱۰).

این نوع درمان، درمانی با یک فلسفه پیچیده است. هدف این نوع درمان رفتاری، کاهش رفتارهای آسیب رسان به خود و جستجوی ارادی موقعیت خطرناک است. طبق تجربیات گذشته، مشکلات بالا از جمله آسیب رساندن به خود، این روش درمانی را روشی مناسب برای درمان افراد دچار اختلال شخصیت مرزی معرفی کرده است. هر چند برخی از عناصر رفتار درمانی دیالکتیکی ضروری به نظر نمی‌رسند و برای انتقال به دیگران مشکل هستند، راهنمای تکنیک‌ها و آموزش‌های درمانی جهت درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تدوین شده است (مک، ۲۰۰۸).

د) پذیرش و تعهد درمانی: پذیرش و تعهد درمانی موج سوم درمان شناختی نامیده می‌شود. این روش درمانی شامل تجزیه و تحلیل رفتاری مشکلات بیماران است. در این درمان ۶ مفهوم مهم که در ذهن آگاهی تأیید شده‌اند، مورد توجه است که شامل پذیرش، مرتبط بودن به زمان حال، ارزش‌ها، گسلش شناختی، فعالیت متعهدانه و توجه به خود هستند (هایس، فالت و لینهان^۲، ۲۰۱۱).

رشد آگاهی از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی

چهارچوب نگرشی ویژه، که با پذیرش و میل واقعی به تجربه مشخص می‌شود. این مورد به طور ضمنی از طریق فرآیند آموزش انتقال می‌یابد. فرآیند ترکیب یادگیری با درک فعالیت، همراه با آسیب پذیری: یادگیری شخصی - تجربی با چهارچوب گسترده ادراک و فهم ترکیب می‌شود. این ادراک هم با ماهیت آسیب پذیری کلی و رنج کشیدن انسان و هم با ماهیت ویژه آسیب پذیری به عود افسردگی مرتبط است.

1 teflon – mind Germer. Siegel & Fulton

2 Hayes., Follette & Linehan

در طول جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی این ترکیب از طریق گفتگو، تعمق، تمرین گروهی و آموزش تسهیل می‌شود (کرین، ۱۳۹۰).

تأثیرات تدریجی ذهن آگاهی

مهم‌ترین تأثیر ذهن آگاهی، مخصوصاً کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کاهش فشار روانی است. بنابراین، ذهن آگاهی باعث می‌شود، افراد مدیریت استرس موفق‌تری در زندگی روزمره داشته باشند. به عبارت دیگر، افرادی که از این روش بهره می‌برند در بسیاری از موقعیت‌های فشار آور، موفق‌تر عمل می‌کنند. مثلاً تجربه درد از جمله تحمل درد ناشی از دندان پزشکی یا درد مزمن برای آنان راحت‌تر است. در موقعیت‌های تهدید کننده سلامتی، که نهایت تهدید را به همراه دارد، افراد مجهز به تکنیک‌های ذهن آگاهی، ارزیابی مثبتی نسبت به حوادث دارند و سعی می‌کنند به صورت منطقی موقعیت‌های فشار آور را برای خود ایمن تلقی کنند. یکی از تکنیک‌های مرتبط با کاهش فشار روانی تکنیک پوشش بدن است. در مواجهه با موقعیت‌هایی که در آن رابطه با دیگران دلسرد کننده تلقی می‌شوند، تکنیک‌های ذهن آگاهی از جمله تکنیک پوشش بدن و تکنیک‌های ذهن آگاهی افکار باعث بروز احساسات مثبت نسبت به این روابط می‌شود (مک، ۲۰۰۸).

علاوه بر کاربرد ذهن آگاهی در مقابله با فشار روانی، اثرات درمانی دیگری نیز از ذهن آگاهی به اثبات رسیده است. این تأثیرات در اثر تمرینات مداوم این روش درمانی حاصل می‌شوند. یکی از این تأثیرات نفوذ یا رخنه^۱ ذهن آگاهی نام دارد. این مفهوم در بحث‌های گروهی بیشتر به کار برده می‌شود. نفوذ به عنوان افزایش ذهن آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه زندگی است. به عبارت دیگر، به رشد تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود. این تأثیر به تأثیرات طولانی مدت ذهن آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هر چه تمام‌تر این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره می‌نماید. دیگر جنبه مهم ذهن آگاهی حساسیت مثبت نسبت به دیگران (از طریق هماهنگ شدن با آنها) و دامنه احساسات مثبت نسبت به دیگران است که افراد آن را به صورت طولانی مدت تجربه می‌کنند. این احساسات، شامل احساس تغییر ناپذیر اعتماد در زندگی، عمیق‌تر شدن دلسوزی و احساس عشق واقعی می‌شوند. بنابراین این

^۱.permeation

تغییرات در احساسات، در طول زندگی ماندگار بوده و در مورد اتفاقات ریز و درشت زندگی صدق می‌کند. به عبارت دیگر، افراد مجهز به تمرین ذهن آگاهی که به صورت مداوم از آن استفاده می‌کنند، نسبت به دیگران و احترام گذاشتن به آنها حساس هستند و رابطه دوستانه خود را از دیگران دریغ نمی‌کنند (کابات زین، ۲۰۰۳).

تأثیرات جسمی تمرین‌های مراقبه ذهن آگاهانه

در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰، هربرت بنسن و همکارانش در دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد شرکت کنندگان داوطلب در مراقبه را مورد بررسی قرار دادند. بنسن و همکارانش دریافتند که در جریان مراقبه:

ضربان قلب و تنفس، آرام می‌شود.^۱

فشار خون در بیماران مبتلا به فشار خون بالا، کاهش می‌یابد.

مصرف اکسیژن تا ۲۰ درصد کاهش می‌یابد.

سطح لاکتات^۲ خون (که در جریان استرس و خستگی بالا می‌رود) افت می‌کند.

رسانایی پوست کاهش می‌یابد (استرس موجب تعریق می‌شود و تعریق، یک رسانای خوب برای بار الکتریکی می‌باشد).

امواج مغزی آلفا^۳ که نشانه دیگر آرمیدگی است، افزایش می‌یابد (آنتونی^۴، ایرونسون^۵، شنایدرمن^۶، ترجمه نشاط دوست، آل محمد، و جوکار، ۱۳۸۹).

ذهن آگاهی، تمرینی برای شناسایی و تغییر حالت‌های ذهنی

بر اساس گفته‌های ویلیامز، ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شوند بلکه این شیوه واکنش دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها (حالت ذهنی انجامی) است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود. ذهن آگاهی

^۱ Herbert Benson

^۲ lactate

^۳ alpha brain waves

^۴ Auntony

^۵ Aireonsen

^۶ Eshnaiderman

به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند (هایس و همکاران، ۲۰۱۱).

مکانیزم‌های چگونگی عمل ذهن آگاهی

پژوهش‌گران راهبردهای مختلف درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی، مکانیزم‌هایی را در نظر می‌گیرند، که به تبیین چگونگی تأثیر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌ها و تغییرات رفتاری می‌پردازند. از جمله این مکانیزم‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

مواجهه^۱

اولین مطالعه‌ای که اثرات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را مورد توصیف قرار داد، کاربرد آن در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن بود. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تا حدی مبتنی بر تمرین‌های سنتی مراقبه است، و غالباً شامل دوره‌های وسیع نشستن بدون حرکت می‌باشد. اگر چه یک وضعیت نسبتاً آرامش یافته‌ای ایجاد می‌شود اما عدم تحرک طولانی می‌تواند منجر به ایجاد درد در عضلات و مفاصل شود. در دستورالعمل‌هایی که به مراجعین در مراقبه داده می‌شود، تأکید می‌گردد که وضعیت خود را برای رهایی از درد تغییر ندهند، بلکه در عوض مستقیماً توجه دقیقی بر حس‌های درد داشته باشند و با نگرش بدون قضاوتی به این حس‌ها توجه کنند، همچنین شناخت‌ها (این غیر قابل تحمل است)، هیجانات (اضطراب و خشم) و کنش‌هایی (تغییر وضعیت) که غالباً با حس‌های درد همراه هستند را مورد توجه دقیق و پذیرش قرار دهند. اعتقاد بر این است که توانایی مشاهده بدون قضاوت، حس‌های درد و پریشانی همراه با درد را کاهش می‌دهد. کابات - زین (۲۰۰۳) کنش‌های متعددی را در کاربرد این راهبرد مطرح می‌سازد، برای مثال مواجهه طولانی با حس‌های درد، در غیاب پدیده‌های فاجعه آمیز، می‌تواند منجر به حساسیت زدایی و کاهش پاسخ‌های هیجانی ناشی از درد گردد. بنابراین، تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به ایجاد توانایی تجربه حس‌های درد بدون واکنش‌های هیجانی مفرد شود. نهایتاً در صورتی که حس‌های درد کاهش نیابند، پریشانی و رنج ناشی از آن ممکن است تسکین یابد. کابات - زین (۲۰۱۰) مکانیزم مشابهی را برای اثرات بالقوه مهارت ذهن آگاهی بر اضطراب و ترس مطرح ساخته است. زیر نظر گرفتن

^۱ exposure

دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند.

تغییر شناختی

مؤلفین متعددی مطرح ساخته‌اند که تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش می‌شود. برای مثال کابات - زین (۲۰۰۳) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت در دو افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که این‌ها فقط افکارند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان (۲۰۰۸) نیز خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آنها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آنها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب الوقوع وجود دارد، و تفکر (من مقصرم) لزوماً واقعی نیست.

اداره خود^۱

مؤلفین متعددی اظهار داشته‌اند که مشاهده خود بهبود یافته ناشی از آموزش ذهن آگاهی می‌تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقا بخشد. برای مثال کابات - زین (۲۰۱۰) مطرح می‌سازد که آگاهی فزون یافته از حس‌های درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵)، به نقل از امیدی و محمدخانی، (۱۳۸۷) خاطر نشان ساختند که آموزش ذهن آگاهی باعث آگاهی از کلیه رویدادهای هیجانی و شناختی آنگونه که رخ می‌دهند، می‌گردد، بویژه در کسانی که ممکن است نشانه‌های اولیه عود افسردگی را تجربه کنند. از این رو آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با شناسایی اولیه نشانه‌های یک مشکل را ارتقا بخشد و کاربرد این مهارت‌ها به احتمال بسیار در پیشگیری از مشکل می‌تواند مؤثر باشد. لینهان (۲۰۰۸) مطرح می‌سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می‌سازد (نظیر عصبانی کردن رئیس با تأخیرهای مکرر خود). این شناخت تغییرات رفتاری موثرتری را به دنبال خواهد داشت.

^۱ self management

آرام سازی^۱

محققان خاطر نشان می‌سازند که مراقبه غالباً آرامش بخش است و از این راه می‌توان در اداره اختلالات مؤثر باشد. ایجاد آرامش از طریق راهبردهای گوناگون مراقبه ثبت شده است. به هر حال، هدف آموزش ذهن آگاهی، ایجاد آرامش نیست، بلکه در عوض آموزش زیر نظر گرفتن بدون قضاوت شرایط فعلی است، شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خود مختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی و سایر پدیده‌های ناسازگار با آرامش را باعث شوند. به علاوه، شواهد نشان می‌دهند که اثرات آرام سازی منحصر به مراقبه نیستند، بلکه در بسیاری از راهبردها آرام سازی وجود دارند. از این رو، اگرچه تمرینات ذهن آگاهی ممکن است منجر به آرام سازی شوند، اما این پیامد دلیل اولیه درگیری در مهارت‌های ذهن آگاهی نیستند (کرین، ۱۳۹۰).

پذیرش

هایر (۱۹۹۴)، به نقل از امیدی و محمدخانی، (۱۳۸۷) مطرح ساخت که پذیرش، شامل تجربه رویدادها و به طور کامل و عاری از دفاع، همان گونه که هستند، می‌باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهمیت تغییر کلیه نشانه‌های خوشایند، تاکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. برای مثال، فردی که حملات هراس را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود، از جمله سوء مصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مهم و گوش بزنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی. فرد بپذیرد که حملات هراس ممکن است گاهگاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند و اگرچه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند و نباید از آنها اجتناب نمود یا آنها را خطرناک تلقی کرد. کابات - زین (۲۰۱۰) پذیرش را به عنوان یکی از مبانی متعدد تمرینات ذهن آگاهی توصیف نمود. از این رو به نظر می‌رسد آموزش ذهن آگاهی ممکن است برای تعلیم مهارت‌های پذیرش ضروری باشد.

^۱ relaxation

تکنیک‌های ذهن آگاهی

تکنیک تنفس

آسان‌ترین و موثرترین راه برای شروع تمرینات ذهنی به عنوان تمرین مراقبه اصلی، تمرکز کرن ساده بر روی تنفس است؛ به مدت ۳ دقیقه این کار را انجام دهید. تعدادی از نقاط در بدن وجود دارند که تنفس در آن‌ها قابل مشاهده است، یکی از آن‌ها سوراخ‌های بینی است. اگر به تنفس خود از این جا نگاه کنید بر روی احساس تنفسی که از سوراخ‌های بینی می‌گذرد تمرکز خواهید کرد. یکی دیگر از این نقاط برای تمرکز سینه است که با تنفس بالا و پایین می‌رود. بخش دیگر شکم است که با تنفس بالا و پایین می‌رود در صورتی که تنفس با آرامش باشد این حالت را مشاهده می‌کنید. مهم نیست که شما بر کدام نقطه تمرکز می‌کنید بلکه منظور آگاهی از احساساتی است که همراه با تنفس در هر نقطه از بدن وجود دارد. توجه کردن به تنفس به معنای این است که فقط به فرایند آن توجه کنید نه اینکه ریتم، شدت و عمق آن را تغییر دهید. تنفس نقش مهمی در مراقبه دارد اگرچه افرادی که آموزش ندیده‌اند به این مسئله فکر نمی‌کنند و آن را جالب نمی‌دانند. زمانی که مراقبه می‌کنید بر تنفس خود تمرکز کنید و بدین طریق احساس آرامش و تغییر می‌کنید. همچنین تمرکز بر تنفس باعث تقویت هوشیاری می‌شود. تمرکز بر روی تنفس به معنای این نیست که بر روی تنفس کشیدنتان تفکر کنید، بلکه به معنای این است که نسبت به آن آگاه باشید و احساسات مربوط به آن را درک کنید و به صفات و کیفیت‌های قابل تغییر آن توجه کنید. البته در کلینیک استرس بیشتر بر احساسات ناشی از تنفس شکمی و نه احساس‌های ناشی از سوراخ‌های بینی یا قفسه سینه تمرکز کنید. تمرکز بر روی تنفس شکمی می‌تواند آرامش بخش تر باشد. در تنفس شکمی تا جاییکه امکان دارد باید عضلات شکم را شل کرد و زمانی که نفس وارد شد شکم منبسط می‌شود و عمل دم طولانی‌تر می‌شود و در بازدم هوای بیشتری خارج می‌شود. در هر لحظه از روز که به تنفس به این طریق توجه کنید یک لحظه ذهن آگاهی می‌شود. وقتی بر اساس یک نظم و ترتیب به تنفس توجه می‌کنیم ارتباطمان با آن به طور چشمگیری تغییر می‌کند. تنفس به ما یادآوری می‌کند که از بدنمان و تجربیاتمان در هر لحظه مطلع شویم. زمانی که از تنفس آگاه شویم به ما کمک می‌کند که بدن و ذهنمان را آرام کنیم و از افکار و احساسات بدنمان آگاه شویم و در نتیجه به آرامش بیشتری برسیم (هایس و همکاران، ۲۰۱۱).

تنفس شکمی (دیافراگمی)

تمرین:

۱. در یک حالت راحت خوابیده به پشت یا نشسته قرار بگیرید. اگر می‌نشینید ستون فقرات را صاف نگه دارید و اجازه دهید شانه‌هایتان رها شود.
۲. اگر احساس راحتی می‌کنید چشم‌هایتان را ببندید.
۳. به شکمتان توجه کنید، احساس کنید شکمتان با تنفس بالا می‌آید و بزرگ می‌شود و با بازدم کوچک می‌شود.
۴. به تنفس توجه کنید، زمانی که با هر دم شکمتان بالا می‌آید و با هر بازده کوچک می‌شود.
۵. هر زمان که ذهنتان از تنفس منحرف شد به آرامی آن را به تنفستان برگردانید.
۶. اگر ذهنتان هزار بار از تنفس دور شد آن را به آرامی برگردانید.
۷. این تمرین را ۱۵ دقیقه در یک زمان مفید در هر روز به مدت یک هفته تمرین کنید. خواه احساس خوبی به آن داشته باشید یا نداشته باشید.

تفکر نشسته (مراقبه)

متفکرانه نشستن متفاوت از نشستن به صورت معمولی است. همانطور که تنفس متفکرانه متفاوت از تنفس معمولی است این تفاوت‌ها ناشی از آگاهی است. ما زمان و مکان خاصی را به این کار اختصاص می‌دهیم. معمولاً تفکر نشسته را روی صندلی یا روی زمین تمرین می‌کنند. اگر صندلی را انتخاب می‌کنید مناسب است که پشتی صندلی قائم و راست باشد و غالباً دور از پشتی صندلی بنشینید. اگر نشستن بر روی زمین را انتخاب می‌کنید به حالت چهارزانو و ثابت بنشینید. چه زمین و چه صندلی را انتخاب می‌کنید مهم حالت نشستن شماست یعنی باید بدن کاملاً آرام و بی حرکت باشد و سر و گردن و پشت در یک خط راست واقع باشند. کف دست‌ها را گسترده و روی ران قرار دهید. کف دست راست روی ران راست و کف دست چپ روی ران چپ. زمانی که حالت نشستن را انتخاب کردید به تنفستان توجه کنید. احساس کنید نفس وارد می‌شود، خارج می‌شود. در زمان حال هستید. لحظه به لحظه از دم و بازدم آگاه هستید.

بنابراین در تفکر نشسته تمام توجهتان را به دم و بازدم معطوف کنید و هر وقت توجهتان به چیز دیگری جلب شد سعی کنید به آرامی آن را به طرف تنفس برگردانید و به بالا و پایین رفتن شکم توجه کنید.

ذکر این نکته مهم است که در تفکر نشسته فکر کردن بد یا نامطلوب نمی‌باشد آنچه که مهم است این است که نسبت به افکار و احساساتتان طی مراقبه آگاهی داشته باشید و این که چگونه به آن‌ها بپردازید و توجه کنید. سعی بر سرکوبی آنها تنها به فشار، تنش و درماندگی بیشتر و نه آرامش و صلح درونی می‌انجامد (شولمن، ۲۰۰۵).

تمرین:

۱. در تمرین افزایش آگاهی خود نسبت به تنفس به مدت ۱۰ دقیقه در یک حالت راحت و راست نشسته، دست کم یک بار در روز انجام دهید.
۲. هر زمانی که متوجه شدید که ذهنتان به تنفس شما توجهی ندارد، بررسی کنید تا ببینید ذهنتان درگیر چه مسئله بوده است. سپس به بدن و تنفس خود توجه کنید.
۳. طی جلسات متعدد سعی بر افزایش زمان نشستن خود داشته باشید تا زمانی که بتوانید این کار را به مدت ۳۰ دقیقه یا بیشتر از آن انجام دهید.

تکنیک اسکن بدن (بررسی بدن)

این تکنیک، تکنیکی قدرتمند برای برقراری تماس مجدد با بدن می‌باشد. به خاطر تمرکز کامل روی بدن، اسکن بدن روشی مؤثر برای پیشرفت و بهبود تمرکز و تغییر توجه به طور همزمان است. این روش را با انگشتان پای چپ آغاز کرده و به آهستگی به سمت بالای پا و ران بروید و تنفس را به داخل بخش‌های مختلف بدن وارد و از آن خارج کنید در حالی که احساس آن‌ها را حس می‌کنید. از قسمت لگن خاصره به سمت انگشتان پای راست رفته و از پشت پای راست به بالا یعنی لگن خاصره برمی‌گردیم و از آن جا همه تنه، همه قسمت پایین پشت و شکم و همچنین بالای کمر و سینه و شانه‌ها را بالا می‌رویم بعد از این به انگشتان هر دو دست رفته و به طور همزمان در هر دو بازو به سمت بالا حرکت کنید و به شانه‌ها برگشته، سپس به گردن، گلو و سرانجام کل صورت و پشت و بالای سر خود حرکت کنید سرانجام به تنفس خود

خاتمه دهید. زمانی که اسکن بدن تکمیل شد احساس می‌کنید تمام بدن سبک و راحت شده است (کرین، ۱۳۹۰).

تمرین:

۱. در یک مکان راحت به پشت دراز بکشید.
۲. اجازه دهید چشمانتان به آرامی بسته شود.
۳. بالارفتن شکمتان را با دم و پایین آمدن آن را با بازدم خود احساس کنید.
۴. توجهتان را به انگشت پای چپ معطوف کنید، اگر می‌توانید تنفستان را هم مستقیماً به آن‌ها معطوف کنید. حال شما تنفستان (دم) را زمانی که به درون انگشتان وارد و از آن خارج می‌شود را احساس می‌کنید.
۵. سعی کنید کلیه حواس خود را از انگشتان احساس کنید. اگر هیچ حسی در این لحظه ندارید، باز هم خوب است. تنها بگذارید احساس کنید هیچ حسی ندارید.
۶. تنفستان را برای حداقل چند نفس نگه دارید، سپس آن را تنها در پایتان به چرخش و حرکت آورید، سپس در قوزک پا. تنفس را به درون و بیرون تمام نواحی بدن همانطور که احساسات خود را مشاهده می‌کنید ادامه دهید، سپس اجازه دهید متوقف شود و از جای خود برخیزید.
۷. ذهنتان را به عقب و به نواحی از بدن که ذهنتان منحرف شده بود متمرکز کنید.

تکنیک پیاده روی متفکرانه

یکی از شیوه‌های هوشیاری در کارهای روزمره انجام دادن پیاده‌روی متفکرانه است. تفکر متفکرانه به این معنی است که به هنگام پیاده روی بتوانید معنای واقعی آن را درک و احساس کنید. یعنی اینکه وقتی پیاده روی می‌کنید، بدانید که روی پاهایتان راه می‌روید البته این به این معنی نمی‌باشد که به پاهایتان نگاه کنید. بعد از مدتی که با تمرکز پیاده‌روی کنید متوجه می‌شوید که چقدر ساده است. عمل پیاده‌روی، تمرکز عمدی به خود عمل پیاده رفتن می‌باشد. این عمل شامل متمرکز شدن به احساسات بر روی پاها، کف پا و درک اینکه کل بدن در تکاپو است می‌باشد. حتی می‌توانید عمل دم و بازدم را با پیاده روی هماهنگ کنید. زمانی که حواستان از پاها و یا حرکت بدن منحرف شد باید از دوباره توجه را به پاها و حرکت برگردانید و

به راهنمایی که پیاده روی متفکرانه را انجام می‌دهید به دنبال مقصد نیستید، فقط کافیست با هر قدم همراه شوید و بدانید کجا هستید، هدف حضور داشتن است (کابات زین، ۲۰۰۳).

تکنیک یوگا

یوگا یک کلمه از زبان سانسکریت به معنی یکپارچه سازی و یگانگی است و منظور از ان یگانگی ذهن و بدن می‌باشد که از طریق انجام حرکات یوگا حاصل می‌باشد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر یوگا به این نتیجه می‌رسیم که تمرینات منتخب یوگا بر میزان استرس و اضطراب تأثیر دارد. این تأثیر می‌تواند احتمالاً به دلیل توانایی تمرینات یوگا در کاهش و کنترل انتقال پیام‌های عصبی نامنظم و مخرب به دستگاه عصبی مرکزی باشد. این خصوصیت یوگا است که تمرینات آن باید با تمرکز فکری و فراغت از هرگونه افکار مزاحم انجام شود و در نتیجه فرد از آسایش روحی مطلوب برخوردار خواهد شد. همچنین این خصیصه یوگا است که علاوه بر مؤثر واقع شدن بر معضلات روحی، در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی نیز تأثیر بسزایی دارد. من جمله در بیماری‌های قلبی - ریوی، توان بخشی بیماران پس از سکته قلبی، سندرم یائسگی، ایدز، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران روانی، دیابت و بیماری‌های قلبی - عروقی بهبودی بیماران پس از انجام تمرینات یوگا گزارش شده است. یوگا تکنیک‌های بسیاری را برای آرام کردن ذهن در اختیار ما قرار می‌دهد. حرکات یوگا بسیار فیزیکی هستند و با چنان تمرکز انجام می‌شوند که همه افکار و نگرانی‌ها را از بین می‌برند و ذهن را آرام می‌نماید. یوگا در سیستم عصبی تعادل ایجاد می‌کند. یوگا باعث کم شدن تنش و استرس می‌شود، چرا که نوع ملایمی از تمرینات یوگا که با تنفس همراه است، به آرام کردن عمومی بدن کمک می‌کند و در این زمینه، یوگا کمک موثری است برای سالم نگه داشتن جسم محسوب می‌شود. یوگا یکی دیگر از اشکال عمده ذهن آگاهی است که در کلینیک کاهش استرس همراه سایر تکنیک‌ها می‌تواند استفاده شود. یوگا شامل حرکات کششی نرم عضلات بدن است که منجر به افزایش قدرت و انعطاف پذیری عضلات و مفاصل می‌شود شما برای رسیدن به تمدد اعصاب و افزایش انعطاف پذیری و قدرت ماهیچه‌های اسکلتی خود یوگا را بطور مرتب انجام دهید. یوگا را می‌توان در هر شرایط جسمی انجام داد و اگر بطور مرتب انجام گیرد اثر تحلیل رفتگی جسم را کاهش می‌دهد و قدرت و انعطاف پذیری کل بدن را بهبود می‌بخشد. نکته اصلی هاتا یوگا اینست که آن را در هر موقعیتی می‌توان

انجام داد، حتی یوگا را می‌توان در رختخواب، صندلی، صندلی چرخدار، ایستاده، نشسته و یا خوابیده انجام داد. شما می‌توانید هر روز آن را به مدت ۱۵ دقیقه انجام دهید (لینهان، ۲۰۰۸).

پژوهش‌های داخلی و خارجی

پژوهش‌های داخلی

پژوهش زحمتکش، درتاج، صبحی قراملکی و کیامنش (۱۳۹۷) با عنوان بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش ظرفیت حافظه کاری و خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دختر نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی منجر به افزایش ظرفیت حافظه کاری و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان شد.

پژوهش شیخعلی زاده (۱۳۹۷) با عنوان اثربخشی آموزش فنون ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و سرزندگی تحصیلی با توجه به اثرات تعدیلی اهداف پیشرفت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان نشان داد که فنون ذهن آگاهی منجر به بهبود معنی‌دار گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در بهزیستی روانشناختی و سرزندگی تحصیلی به تفکیک اهداف پیشرفت اجتماعی شد. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین میانگین بهزیستی روانشناختی دو گروه آزمایش و کنترل در زیرگروه عملکردگرا و عملکردگریز تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد و اهداف عملکردگرا و عملکردگریز توانستند اثر آموزش فنون ذهن آگاهی را بر بهزیستی روانشناختی دانشجویان تعدیل کنند. همچنین بین میانگین سرزندگی تحصیلی دو گروه آزمایش و کنترل در زیرگروه‌های اهداف پیشرفت اجتماعی تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد و اهداف پیشرفت اجتماعی توانستند اثر آموزش فنون ذهن آگاهی را بر سرزندگی تحصیلی دانشجویان تعدیل کنند.

اکبری، ارجمندیا، افروز و کامکار (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودنظم‌بخشی دانش‌آموزان با اختلال در یادگیری حساب نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، افزایش معنی‌داری در خودنظم‌بخشی و پیشرفت تحصیلی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد مشاهده گردید.

پژوهش پرزور، بابایی، عباسی، پیرانی و میکائیلی (۱۳۹۶) با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با رویکرد اسلامی بر دزدگی تحصیلی و بهزیستی مدرسه دانش آموزان نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر فرهنگ اسلامی باعث کاهش دزدگی تحصیلی و بهبود بهزیستی مدرسه دانش آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

پژوهش مودودی (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سازگاری با مدرسه، مسئولیت پذیری و خلاقیت در دانش آموزان مقطع متوسطه نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به افزایش سازگاری با مدرسه، مسئولیت پذیری و خلاقیت در دانش آموزان مقطع متوسطه می شود.

پژوهش ترخان (۱۳۹۵) با عنوان تأثیر مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان حاکی از تأثیر مثبت و معنادار مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان می باشد.

پژوهش شجاعیان و ابوالمعالی (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افزایش سرمایه روان شناختی جانبازان نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای خودکارآمدی، خوش بینی، امید و تاب آوری گروه آزمایش در پس آزمون بیش از گروه کنترل بود. به عبارتی درمان ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به افزایش سرمایه روان شناختی و مؤلفه های آن می شود.

پژوهش خادمی و حسین زاد (۱۳۹۵) با عنوان بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان شهر تبریز نشان داد که با کنترل پیش آزمون-پس آزمون- میانگین نمرات نشانه های عاطفی تنهایی، تنهایی ناشی از دوستان و روابط خانوادگی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بودند.

پژوهش زرنقاش و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو نشان داد که مداخله درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به گونه معنادار منجر به افزایش کیفیت زندگی و تاب آوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

پژوهش صارمی نژاد، اسدی پور، راستی پیشه و هنری (۱۳۹۴) با عنوان بررسی تأثیر مشاوره با رویکرد ذهن آگاهی در جلوگیری از بحران هویت نوجوانان نشان داد که مشاوره با رویکرد ذهن آگاهی به طور معناداری منجر به جلوگیری از بحران هویت نوجوانان می‌شود.

پژوهش تاج الدینی (۱۳۹۴) با عنوان بررسی اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرزندگی تحصیلی و خودتنظیمی تحصیلی در دانش‌آموزان در معرض خطر ابتلا به اعتیاد نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در سرزندگی تحصیلی و خودتنظیمی تحصیلی در معرض خطر ابتلا به اعتیاد دانش‌آموزان موجب تغییر معنی داری می‌شود.

پژوهش‌های خارجی

استاسون و ماهونی^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری تحصیلی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان پرخاشگر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به افزایش تاب‌آوری تحصیلی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان پرخاشگر در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه می‌شود.

کراتز و زائوترا^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان تک سرپرست: اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش پرخاشگری در دانش‌آموزان تک سرپرست می‌شود.

گارلاند، ترونیرس و کلی^۳ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری بر عود مصرف، دزدگی و امیدواری نظامیان مبتلا به استرس پس از سانحه نشان داد که هر دو درمان تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش عود مصرف و کاهش دزدگی و افزایش امیدواری در نمونه مورد مطالعه دارد ولی تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر از درمان شناختی رفتاری بود.

1 Stasson, & Mahoney

2 Kratz & Zautra

3 Garland, Tronnicer, & Kelley

پژوهش واتسا، چاولا و مارتین^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و دلزدگی تحصیلی دانش‌آموزان مهاجر افریقایی تبار نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به افزایش خودکارآمدی و کاهش دلزدگی تحصیلی دانش‌آموزان مهاجر افریقایی تبار می‌شود.

تائو (۲۰۱۵) در پژوهشی جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را در مورد گروهی از خانواده‌های نظامیان آمریکایی در هاوایی، به منظور کاهش استرس و کسب مهارت‌های خود گردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی انجام داد. نتایج نشان داد که اگر خانواده‌های نظامیان، مهارت‌های لازم را برای تغییر چالش‌ها بر اساس ذهن آگاهی بدست آورند، باعث افزایش تاب آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت‌های بعدی زندگی آنها می‌شود.

نتایج پژوهش کومور و ساموئل^۲ (۲۰۱۵) با عنوان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره و امید به زندگی در بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به افزایش خودپنداره و امید به زندگی بیماران در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود.

کاستا و گویگان^۳ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره، خودکارآمدی و احساس تنهایی زنان مطلقه نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مثبت و معناداری بر افزایش خودپنداره، افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی زنان مطلقه دارد.

ویتکویتز و اولیور^۴ (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان ارائه جلسات مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی، امیدواری و هویت شکست در مردان با سابقه اخراج از کار نشان داد که جلسات مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری منجر به کاهش احساس تنهایی، کاهش هویت شکست و افزایش امیدواری در مردان با سابقه اخراج از کار می‌شود.

1 Watsa, Chawla & Martin

2 Comor & Samuel

3 Costa & Guigan

4 Witkiewitz & Oliver

گروسمان، نیفتتالر- گیلمر، رایز و کسپر^۱ (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روش مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر جنبه‌های عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این روش بهبودی معنی‌داری را در درد، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد و افسردگی نشان می‌دهد. این نتایج در مرحله پیگیری فقط برای کیفیت زندگی معنی‌دار گزارش شد.

1 Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, Kesper

فصل سوم:

روش پژوهش

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به قابل استفاده بودن نتایج آن، از نوع کاربردی می‌باشد، از جهت روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و کنترل است.

گروه آزمایش	T ₁	X	T ₂
گروه کنترل		T1	T2

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان ۷۶ آموزشگاه پسرانه مقطع متوسطه در معرض مواد مخدر، در مدارس حاشیه شهر مشهد (تبادکان) در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ می‌باشد.

نمونه و روش نمونه‌گیری

از میان جامعه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین مدارس حاشیه شهر مشهد یک مدرسه انتخاب شد. سپس تعداد ۳۰ نفر در معرض خطر از آن مدرسه شناسایی شد که به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شد، و پس از آن پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تقسیم شد و گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرد و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشتند و هیچ درمانی دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود و خروج پژوهش عبارت‌اند از:

دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه، در معرض خطر مصرف مواد بودن (براساس پرسشنامه هیجان‌خواهی زاگرم)، پایین بودن نمره سرزندگی تحصیلی و بالا بودن نمره بحران هویت، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه هیجان‌خواهی زاگرم

این پرسشنامه به عنوان مقیاس تفاوت‌های فردی برای سنجش سطح مطلوب تحریک وبرانگیختگی طراحی شده است و دارای چهار خرده مقیاس است. پرسشنامه با ویژگی‌های شخصیتی گوناگون، شیوه‌های ادراکی، شناختی، تجربه مصرف داروها و الکل، رفتار جنسی، سیگار کشیدن، آمادگی به طرح و قصد انجام داوطلبانه فعالیت‌ها با آزمایش‌های غیرمعمول ارتباط دارد. پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است. حداکثر نمره هر فرد در آن ۴۰ می‌باشد که هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد میزان هیجان‌خواهی نیز بالاتر است. فیچ و تریس (۲۰۰۵) برای پرسشنامه و مقیاس‌های آن آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ را گزارش دادند که نشان دهنده همسانی درونی مناسب پرسشنامه است. در ایران اختیاری، صفایی و اسماعیلی (۱۳۸۷) آلفای کرونباخ ۰/۷۶ در مصرف کنندگان مواد و ۰/۷۷ در افراد سالم بدست آورده‌اند. همچنین آنها میزان همبستگی این پرسشنامه را با مقیاس تکانشگری بارت و دیکمن ۰/۴۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه تنهایی راسل:

مقیاس تنهایی UCLA دارای ۲۰ پرسش است که خواننده باید به هریک از پرسش‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای شامل "هرگز" (نمره ۱)، "به ندرت" (نمره ۲)، "گاهی" (نمره ۳) و اغلب (نمره ۴) پاسخ بدهد. دامنه نمرات این آزمون، از ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس تنهایی UCLA نخستین بار توسط راسل و فرگوسن (۱۹۹۵) تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، دانش‌آموزان، پرستاران و معلمان و به شیوه‌های مختلفی از قبیل خودگزارش دهی و مصاحبه اجرا شده و

دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ بدست آمده است. در دانش‌آموزان، یک سال بعد باز آزمون انجام شده است و همبستگی آزمون باز آزمون ۰/۷۳ بدست آمده است که رضایت‌بخش می‌باشد (رایت، ۲۰۱۲). داورپناه (۱۳۸۲؛ به نقل از یاراحمدی، ۱۳۹۳) این مقیاس را به فارسی ترجمه کرد. وی در کار خود به آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای این مقیاس دست یافت.

پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه (احساس ارتباط با مدرسه)^۱

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط بری، بتی و وات^۲ به صوت جملات مثبت در مقیاس لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) طراحی شده است. پرسشنامه مذکور در سال ۲۰۰۵ نیز توسط بتی و بری مورد تجدید نظر قرار گرفته است.

ضریب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش شده است (بری و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از مکیان و کلانترکوشه، ۱۳۹۴). روایی همگرا و واگرایی مقیاس احساس ارتباط با مدرسه از طریق اجرای همزمان مقیاس فرسودگی تحصیلی و انگیزش پیشرفت هرمنس محاسبه شد. نتایج نشانگر این است که ضریب همبستگی بین مقیاس احساس ارتباط با مدرسه و فرسودگی تحصیلی برابر ۰/۵۶۷ است. بنابراین رابطه منفی معناداری بین این دو مقیاس وجود دارد و این مسئله روایی واگرایی مقیاس احساس ارتباط با مدرسه را تأیید می‌کند. روایی همگرایی مقیاس احساس ارتباط با مدرسه از طریق اجرای همزمان پرسشنامه انگیزش پیشرفت هرمنس محاسبه شد. نتایج حاکی از این است که ضریب همبستگی بین نمره کل پرسشنامه احساس ارتباط با مدرسه و مقیاس انگیزش پیشرفت برابر ۰/۴۴۱ می‌باشد لذا همبستگی مثبت و معناداری بین دو مقیاس مذکور وجود دارد و این نتیجه روایی همگرایی مقیاس احساس ارتباط با مدرسه را تأیید می‌کند. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه احساس ارتباط با مدرسه از ضریب آلفای کرونباخ که در برآورد همسانی درونی پرسشنامه به کار می‌رود استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد که می‌توان گفت مقیاس مورد نظر از پایایی خوبی برخوردار است (مکیان و کلانترکوشه، ۱۳۹۴).

^۱ . Students' Sense of Connectedness With School

^۲ . Brew, Beatty, Watt

روش اجرای پژوهش

ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین آموزش و پرورش در مهرماه ۱۳۹۷ و از میان جامعه آماری به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین مدارس حاشیه شهر مشهد یک مدرسه را انتخاب و از آن مدرسه یک پایه انتخاب شد. سپس از آن پایه با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن (جهت بررسی در معرض خطر مصرف مواد بودن) تعداد ۳۰ نفر در معرض خطر شناسایی گردید که به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شد، پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۵) و پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه (بری، بتی و وات، ۲۰۰۴) در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تقسیم شده و گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرد و گروه کنترل که در لیست انتظار قرار دارند و هیچ درمانی دریافت نکرد. گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۵ نفر توسط درمانگر جهت اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی آغاز به کار کرد و گروه کنترل نیز در لیست انتظار بودند. در گروه کنترل، انجام پرسشنامه، نحوه انتخاب و گمارش اعضای گروه همانند گروه آزمایش در نظر گرفته شد. پس از اتمام درمان، در پس آزمون پرسشنامه‌های مذکور از هر دو گروه مجدد گرفته و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد. لازم به ذکر است جلسات ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه برگزار شد.

عناوین جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (کرین، ۱۳۹۰).

جلسه اول: فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، هدایت خودکار در برابر ذهن آگاهی، ارائه توضیحات درباره مواد مخدر، دلایل گرایش به مواد و رابطه گرایش به مصرف مواد با احساس تنهایی و تعلق به مدرسه

جلسه دوم: تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی، مقابله با موانع و مشکلات

جلسه سوم: معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق، ذهن آگاهی بر روی تنفس

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس اصوات و افکار

جلسه پنجم: پذیرش مجوز حضور، مراقبه نشسته (به ذهن آوری عمده مشکلات/ دشواری‌ها

جلسه ششم: افکار منفی و خلق ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کند، افکار حقایق نیستند، چگونه با دردهای هیجانی کار کنیم: رنج شما برابر با شما نیست، اما شما می‌توانید کارهای بسیاری برای شفا و سلامتی انجام دهید.

جلسه هفتم: چگونه می‌توان از خود به خوبی مراقبت کرد.

جلسه هشتم: جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقی مانده زندگی، تمرین منظم ذهن-آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در بررسی توصیفی، شاخص‌های آماری توصیفی یعنی محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای هر دو گروه (گروه آزمایش و کنترل) انجام گرفته است. در قسمت آمار استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. برای تسریع در نتایج حاصله از نرم افزار spss-21 استفاده می‌شود.

فصل چهارم:

تجزیه و تحلیل داده‌ها

مقدمه

در این فصل به تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی فرضیه‌های ارائه شده در فصول قبل با استفاده از نرم افزار آماری spss پرداخته شد. در تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها، پژوهشگر قصد دارد یافته‌های خام پژوهش را با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی طبقه‌بندی کند و در تجزیه و تحلیل استنباطی به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته شد.

بررسی توصیفی اطلاعات

در این پژوهش که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مورد بررسی قرار می‌گیرد گروه نمونه شامل تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان می‌باشند که از این میان ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. در جداول زیر به بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها پرداخته شده است. جدول ۱-۴ چگونگی توزیع آزمودنی‌ها را در دو گروه مورد نظر ارائه می‌دهد.

جدول ۱-۴: توزیع آزمودنی‌ها در دو گروه			
گروه	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی تجمعی
آزمایش	۱۵	۵۰	۵۰
کنترل	۱۵	۵۰	۱۰۰
مجموع	۳۰	۱۰۰	

همان طور که در جدول ۱-۴ مشاهده می‌شود تعداد آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل برابر

می‌باشد.

در این قسمت اطلاعات حاصل از اجرای پرسش نامه‌های احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه روی اعضای دو گروه مورد تجزیه و تحلیل توصیفی قرار می‌گیرد. اطلاعاتی که در این قسمت ارائه می‌گردد شامل میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای پرسش نامه‌های احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه اعضای گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. این داده‌ها ابتدا به صورت اجمالی با استفاده از جدول توصیفی خلاصه می‌شود و سپس در مرحله تجزیه و تحلیل استنباطی به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول ۴-۲: شاخص‌های توصیفی مربوط به داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	احساس تنهایی	۱۵	۶۸/۱۶	۵/۳۹
گواه	احساس تنهایی	۱۵	۶۷/۷۹	۴/۲۷
آزمایش	احساس تعلق به مدرسه	۱۵	۴۳/۰۵	۴/۲۸
گواه	احساس تعلق به مدرسه	۱۵	۴۱/۱۲	۳/۰۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره احساس تنهایی اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. همچنین میانگین نمره احساس تعلق به مدرسه اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، افزایش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها

در این قسمت اطلاعات حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌های احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی اعضای نمونه مورد تجزیه و تحلیل استنباطی قرار می‌گیرد. جهت سنجش اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه افراد عضو نمونه تحقیق از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌گردد. در تحلیل کوواریانس چندمتغیره، تفاوت گروه‌ها در چند متغیر با کنترل یک یا چند متغیر دیگر که ممکن است بر نتایج اثر

بگذارد، اندازه گیری می شود. برای مقایسه میانگین نمرات احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه آزمودنی های دو گروه در پس آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده می شود، به این صورت که اثرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل می گردد.

در این مرحله به مقایسه میانگین نمرات احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در آزمودنی های دو گروه در پس آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره می پردازیم.

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S)

جدول ۳-۴: بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S)

Z		P		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	متغیرها
۰/۰۸۲	۰/۱۵۴	۰/۲۶	۰/۱۱۶	احساس تنهایی
۰/۰۵۸	۰/۱۰۹	۰/۳۴	۰/۴۱	احساس تعلق به مدرسه

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان می دهد که توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش شامل احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در پیش آزمون و پس آزمون نرمال می باشد بنابراین پیش فرض اول رعایت می گردد.

بررسی همگنی شیب های رگرسیونی و همگنی واریانس ها

در این پیش فرض بررسی می شود که آیا پس آزمون و پیش آزمون متغیرهای پژوهش رابطه خطی وجود دارد یا خیر. همچنین نرمال بودن واریانس داده ها در گروه ها نیز بررسی می شود. نتایج بدست آمده در جدول ۴-۴ ارائه شده است. مشاهده می شود که این دو پیش فرض نیز رعایت شده است. بنابراین اجرای آزمون تحلیل کوواریانس مجاز می باشد.

جدول ۴-۴: نتایج بررسی پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس

همگنی واریانس‌ها		همگنی شیب‌ها	
متغیرها	لوین	سطح معناداری	F
احساس تنهایی	۰/۰۷۱	۰/۳۹	۰/۸۱
احساس تعلق به مدرسه	۰/۵۷	۰/۶۷	۰/۵۷
سطح معناداری			۰/۵۷

با توجه به نتایج فوق، هر چهار متغیر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه ($p > ۰/۰۵$) است. لذا پیش فرض همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌ها رعایت شد.

جدول ۴-۵: آزمون باکس برای اطمینان از همگنی متغیرها

شاخص‌ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ارزش‌ها	۷/۳۳	۱۰	۱۵۴/۰۰۴	۰/۲۵۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که آزمون باکس معنی‌دار نمی‌باشد ($F=۷/۳۳$ ، $P= ۰/۲۵۴$) که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره قابل اجراست. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۴-۶ ارائه شده است.

فرضیه اصلی پژوهش: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

جدول ۴-۶: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیره

نوع آزمون	مقدار	df فرضی	df خطا	F	P
اثر پیلایی	۰/۵۵۲	۳	۲۷	۲۰۹/۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۱۵	۳	۲۷	۲۰۹/۲۳	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲۳/۳۶۶	۳	۲۷	۲۰۹/۲۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۳/۳۶۶	۳	۲۷	۲۰۹/۲۳	۰/۰۰۱

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز^۱، اثر هاتلینگ^۲، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی^۳ و اثر پیلایی^۴ ($F = ۲۰۹/۲۳$ ، $p < ۰/۰۵$) موید این موضوع است که تفاوت معناداری

^۱Wilk's Lambda

^۲ Hotelling's Trace

^۳ Roy's Largest Root

^۴ Pillai's Trace

حداقل در یکی از متغیرهای احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه ایجاد شده است. از این رو هریک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جدول بالا ارائه شده است.

فرضیه فرعی اول: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

جدول ۴-۷: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۲۱۴/۱۸	۱	۱۲۱۴/۱۸	۷/۴۱	۰/۳۳۸	۰/۰۴۱
گروه	۱۰۲۵/۷۷	۱	۱۰۲۵/۷۷	۳۱/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
خطا	۴۱۵/۳۹	۲۸	۴۱۵/۳۹			
کل	۹۷۹/۱۹	۳۰				

چنانچه در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون احساس تنهایی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات احساس تنهایی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کسانی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($P=0/001$)، بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

فرضیه فرعی دوم: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

جدول ۴-۸: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس

تعلق به مدرسه

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲۹۷/۳۳	۱	۲۹۷/۳۳	۶/۷۱۶	۰/۴۲۱	۰/۰۴۹
گروه	۴۸۷/۸۸	۱	۴۸۷/۸۸	۴۸/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲
خطا	۱۰۵/۵۷	۲۸	۱۰۵/۵۷			
کل	۴۸۱/۱۹	۳۰				

چنانچه در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون احساس تعلق به مدرسه در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات احساس تعلق به مدرسه دانش‌آموزانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کسانی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($P=0/001$)، بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

مقدمه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش آموزان در معرض مواد مخدر انجام شد. برای این منظور از بین دانش آموزان نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه مداخله خاصی ارائه نشد. برای سنجش میزان احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسش‌نامه‌های مذکور استفاده گردید و اطلاعات حاصل از این پرسش‌نامه با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. در ادامه نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر به تفصیل ارائه می‌گردد و در ارتباط با دیدگاه‌ها و پژوهش‌های مربوط به بحث گذاشته می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی پژوهش: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه در دانش آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

معنادار شدن شاخص‌های آزمون چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ، بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی روی و اثر پیلایی ($F = 209/23, p < 0/05$) موید این موضوع است که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای احساس تنهایی و احساس تعلق به مدرسه ایجاد شده است. از این رو هریک از این متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی در جدول زیر ارائه شده است.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همخوانی داشته است مانند نتایج پژوهش شیخعلی زاده (۱۳۹۷)، مودودی (۱۳۹۵)، خادمی و حسین زاد (۱۳۹۵)، استاسون و ماهونی (۲۰۱۷) و

این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر می‌شود. به عبارت بهتر دانش‌آموزان با شرکت در جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند احساس‌های منفی خود همچون احساس تنهایی را کاهش داده و احساس‌های مثبت خود مانند احساس تعلق به مدرسه را در خود تقویت نمایند.

از جمله متغیرهایی که پیش‌بینی کننده گرایش دانش‌آموزان به مواد مخدر می‌باشد، بالا بودن احساس تنهایی و پایین بودن احساس تعلق به مدرسه می‌باشد، به عبارتی وقتی دانش‌آموزان ارتباط سازنده‌ای با مدرسه و همسالان ندارند، و دچار خستگی و دلزدگی تحصیلی می‌شوند، به گروه‌ها و محیط‌های درگیر رفتارهای پرخطر همچون مصرف کنندگان سیگار و مواد مخدر روی می‌آورند.

مداخلات روانشناختی همچون درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند روش‌هایی مؤثر جهت کاهش مشکلات روانشناختی نوجوانان باشد. در ذهن آگاهی تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌گردد. ذهن آگاهی با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری و توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نماید. ذهن آگاهی موفقیت‌هایی در زمینه بهبود کیفیت زندگی، تاب‌آوری، کاهش استرس، کسب مهارت‌های خودگردانی و تنظیم هیجانی نشان داده است. همچنین نتایج پژوهش نیز نشان داد که این روش درمانی می‌تواند روشی مؤثر جهت بهبود و ارتقا سلامت روانشناختی افراد باشد. در ادامه به تبیین نتایج پژوهش پرداخته می‌شود.

فرضیه فرعی اول: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون احساس تنهایی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات احساس

تنهایی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کسانی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، افزایش معناداری داشته است ($P=0/001$)، بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

این یافته با بسیاری از پژوهش‌های مشابه همسو بوده است برای مثال نتایج پژوهش زحمتکش، درتاج، صبحی قراملکی و کیامنش (۱۳۹۷)، مودودی (۱۳۹۵)، ترخان (۱۳۹۵)، خادمی و حسین زاد (۱۳۹۵)، گارلاند، ترونیس و کلی (۲۰۱۶) و کاستا و گوئیگان (۲۰۱۴).

تنهایی پدیده‌ای است که انسان‌ها کم و بیش آن را در زندگی خود تجربه می‌کنند. به بیان دیگر بسیاری از افراد در فرهنگ‌ها، نژادها، طبقات اجتماعی و در سنین و زمان‌های مختلف هر یک به نوعی تنهایی را تجربه می‌کنند (برگونیو و همکاران، ۲۰۰۸). تنهایی حالتی ناخوشایند است که از تفاوت در روابط بین فردی که افراد خواهان آن هستند و روابطی که بادیگران در شرایط واقعی دارند، نشأت می‌گیرد. این احساس به این دلیل اهمیت دارد که هم با حالات هیجانی افراد و هم با فقر اجتماعی، رفتار و سلامتی در افراد بالغ، نوجوان و کودک همبسته است (کواتر و همکاران، ۲۰۱۳).

احساس تنهایی را یک هیجان منفی تلقی کنند، آن را تداعی کننده‌ی پاره‌ای از هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی، دوست داشتنی نبودن و مواردی از این دست می‌دانند (رایت، ۲۰۱۲). بر این اساس احساس تنهایی گذرگاهی است برای هجوم آوردن احساسات منفی دیگر که اغلب افراد می‌کوشند به صورت هشیار و ناهشیار از آن‌ها اجتناب کنند به همین دلیل نیز افرادی که احساس تنهایی می‌کنند، عزت نفس پایینی دارند و به ویژه نسبت به توانایی‌های خود، تردید می‌کنند و در رفتارهای بین فردی حالت‌هایی مثل خجالت، شرم، اضطراب، جسارت نداشتن، خطرپذیری کم و درون گرایی از خود نشان می‌دهند (هوروایتز و فرنچ، ۲۰۱۰). احساس تنهایی مستلزم ادراک با ارزیابی از روابط اجتماعی خود و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی مورد نظر خود است.

ذهن آگاهی باعث رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمند، و بودن در لحظه کنونی، در فرد می‌شود، که بودن در لحظه کنونی، پردازش تمام جنبه‌های تجارب بلاواسطه (شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری) را موجب می‌شود. به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی

فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده، رها می‌شود (سگال، ویلیامز، و تیزدل، ۲۰۰۹). علاوه بر کاربرد ذهن آگاهی در مقابله با فشار روانی، اثرات درمانی دیگری نیز از ذهن آگاهی به اثبات رسیده است. این تأثیرات در اثر تمرینات مداوم این روش درمانی حاصل می‌شوند. یکی از این تأثیرات نفوذ یا رخنه ذهن آگاهی نام دارد. این مفهوم در بحث‌های گروهی بیشتر به کار برده می‌شود. نفوذ به عنوان افزایش ذهن آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه زندگی است. به عبارت دیگر، به رشد تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود. این تأثیر به تأثیرات طولانی مدت ذهن آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هر چه تمام‌تر این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره می‌نماید. دیگر جنبه مهم ذهن آگاهی حساسیت مثبت نسبت به دیگران (از طریق هماهنگ شدن با آنها) و دامنه احساسات مثبت نسبت به دیگران است که افراد آن را به صورت طولانی مدت تجربه می‌کنند. این احساسات، شامل احساس تغییر ناپذیر اعتماد در زندگی، عمیق‌تر شدن دلسوزی و احساس عشق واقعی می‌شوند. بنابراین این تغییرات در احساسات، در طول زندگی ماندگار بوده و در مورد اتفاقات ریز و درشت زندگی صدق می‌کند. به عبارت دیگر، افراد مجهز به تمرین ذهن آگاهی که به صورت مداوم از آن استفاده می‌کنند، نسبت به دیگران و احترام گذاشتن به آنها حساس هستند و رابطه دوستانه خود را از دیگران دریغ نمی‌کنند. بنابراین دانش‌آموزان به کمک تکنیک‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، افکار و باورهای مخرب را بهبود بخشیده و با اصلاح آنها، احساسات مثبت‌تری در خود ایجاد نموده و در نتیجه در روابط بین‌فردی خود نیز بهتر عمل کرده در نتیجه احساس تنهایی در آنها کمتر می‌شود.

فرضیه فرعی دوم: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون احساس تعلق به مدرسه در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات

احساس تعلق به مدرسه دانش‌آموزانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به کسانی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است ($P=0/001$)، بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان در معرض مواد مخدر مؤثر است.

این یافته با دیگر پژوهش‌ها همخوانی داشته است مانند نتایج پژوهش اکبری، ارجمندنیا، افروز و کامکار (۱۳۹۶)، پرزور، بابایی، عباسی، پیرانی و میکائیلی (۱۳۹۶)، شجاعیان و ابوالمعالی (۱۳۹۵)، کراتز و زائوترا (۲۰۱۶) و واتسا، چاولا و مارتین (۲۰۱۶).

زندگی اجتماعی بدون همکاری جمعی و مشارکت در انجام وظایف امکان‌پذیر نیست. حفظ ارزش‌ها عمل به هنجارهای مدرسه، رعایت قوانین و مقررات مدرسه، احترام به حقوق و شخصیت سایر دانش‌آموزان، همکاری با مدیر و معلمان مدرسه در اجرا و تحقق برنامه‌های مدرسه‌ها مداخله و مشارکت دانش‌آموزان امکان‌پذیر است. وجود روحیه همکاری و مشارکت در دانش‌آموزان در گروه تحقیق مناسب فرایند اجتماعی شدن در مدرسه است و از جمله شاخص‌های مهم تحقق مناسب، افزایش و تقویت احساس تعلق دانش‌آموزان در مدرسه است (ناطق پور، ۱۳۸۹).

احساس تعلق به مدرسه به عنوان اعمالی که باعث سازگار شدن دانش‌آموز در انجام یک فعالیت یا مکان خاص می‌شود و به دنبال آن احساس وابستگی به افراد، موضوعات و محیط‌های مختلف را در پی دارد تعریف شده است. این اعمال باعث افزایش احساس راحتی، خوب بودن و کاهش اضطراب دانش‌آموز می‌شود (کارچر، ۲۰۰۹). احساس تعلق زمینه ساز تصمیم‌گیری‌های فرد درباره تنظیم ارتباط خود با محیط و یا امر خاصی است. همچنین تعلق زمینه‌های همکاری و مشارکت در تحولات اجتماعی را فراهم می‌آورد. بنابراین احساس تعلق نقطه فرایندی است که طی آن فرد نسبت به مکان، شی، و یا امری احساس تعهد و مسئولیت پیدا می‌کند، به نوعی که موجب احساس مثبت نسبت به محیط و یا امر مورد نظر می‌شود. مهم‌ترین پیامد فرایند رفتن به مدرسه و تعلق داشتن به آن، افزایش مهارت‌های اجتماعی لازم می‌باشد و تعدادی از دانش‌آموزان که در تعاملات اجتماعی با همسالان خود دچار مشکل هستند و به آنها تعلق ندارند در معرض خطر مشکلات عاطفی - اجتماعی و عملکرد تحصیلی ضعیف قرار دارند.

بر اساس گفته‌های ویلیامز، ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شوند بلکه این شیوه واکنش دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها (حالت ذهنی انجامی) است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود. ذهن آگاهی به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند (هایس و همکاران، ۲۰۱۱). از طرفی ذهن آگاهی باعث می‌شود هر فعالیتی که فرد در آن درگیر است به چشم انداز وسیعی در فهم وجود خودش منجر شود. در حالت ذهن آگاهی، تفکرات و احساسات به اندازه موضوعات هشیار حسی، و همچنین بدون واکنش نشان دادن به آنها به شیوه‌های خودکار و عاداتی مشاهده می‌شوند. بنابراین، ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد به موقعیت‌ها با آگاهی پاسخ دهند، و تکنانشی عمل نکنند. بنابراین افراد با آگاهی نسبت به افکار خود، می‌توانند احساسات و هیجانات مثبت و کارآمد خود را بهبود بخشند و با تغییر افکار خود، مشکلات درون‌فردی و بین‌فردی خود را به حداقل برسانند و در نتیجه احساس تعلق بیشتری نسبت به مدرسه و اطرافیان خود خواهند داشت.

محدودیت‌های پژوهش

- پژوهش‌گر در روند پژوهش پیش‌رو با محدودیت‌هایی رو به رو بوده است که ممکن است بر کیفیت پژوهش تأثیر گذاشته باشند. در ذیل به برخی از آنها اشاره می‌گردد:
- نمونه تحقیق حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است. شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند.
 - با توجه به محدودیت‌های زمانی اجرای تکنیک‌ها و آموزش‌ها و بکارگیری فنون آموزشی مورد نیاز برای سایر مشکلات آزمودنی‌ها بعد از پایان دوره درمان و همچنین عدم تداوم ارتباط مناسب اکثر آزمودنی‌ها با پژوهشگر، این تحقیق فاقد اطلاعات مربوط به ارزیابی‌های طول دوره درمان است.

- با توجه به مشکلات فرهنگی و اجتماعی در اجرای این روش‌ها و نیز اشکال در عینی کردن خودپایی‌ها در پژوهش‌های چندموردی، این تحقیق از داده‌های خط پایه و ارزیابی در حین دوره آموزش محروم بوده است و این مسأله برای پژوهش‌هایی از این نوع نقص مهمی محسوب می‌گردد.
- محدودیت‌های اجتماعی - اقتصادی آزمودنی‌ها، باعث عدم پیگیری این آموزش‌ها می‌شود.

پیشنهادهای

پیشنهادهای پژوهشی

- با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود از این مداخله جهت کارآمدی بیشتر برای والدین نوجوانان استفاده شود.
- پیشنهاد می‌شود نتیجه این پژوهش مورد پیگیری‌های شش ماهه و یکساله قرار بگیرد.
- پیشنهاد می‌شود در دیگر پژوهش‌ها درمان‌های دیگر با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مورد مقایسه قرار گیرد.
- همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، نمونه مورد پژوهش افزایش یابد و هر دو جنس مورد مطالعه قرار گیرند، تا تعمیم‌پذیری نتایج بیشتر شود.
- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثر متغیرهای مداخله‌گر مانند بهره‌هوشی و سطح فرهنگی - اقتصادی خانواده کنترل شود.

پیشنهادهای کاربردی

- پیشنهاد می‌شود، از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی، جهت کاهش احساس تنهایی در دانش‌آموزان استفاده گردد.
- همچنین پیشنهاد می‌شود، از مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی، جهت افزایش سازگاری و احساس تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان استفاده گردد.

منابع

منابع فارسی

- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴ (۱)، ۲۳-۳۴.
- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل و اشنایدرمن، نیل (۲۰۰۷). *کتاب کار مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری*. ترجمه: نشاط دوست، حمیدطاهر؛ آل محمد، سیدجواد و جوکار، سولماز (۱۳۸۹). نشر جهاد دانشگاهی. دانشگاه اصفهان.
- ابوالقاسمی، عباس؛ نظری، راضیه؛ زاهد، عادل و نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). نقش هیجانات خواگاه و تعلل ورزی در پیش‌بینی عملکرد و اعتماد به نفس تحصیلی دانشجویان. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۸ (۱)، ۳۲-۹.
- احدی، حسن و رباطی، افشین. (۱۳۸۸). *روانشناسی سلامت (تقابل فرد- محیط)*. کرج. سرافراز.
- احمدوند، زهرا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روان شناختی براساس مولفه‌های ذهن‌آگاهی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱ (۲)، ۶۹-۶۰.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۸۷). *بهداشت روانی*. تهران. انتشارات پیام نور.
- ارژنگ، مجید و عطوفتی، بهناز. (۱۳۹۶). *رابطه احساس تنهایی و سازگاری اجتماعی با اعتیاد به مواد مخدر در جوانان شهرستان یزد*. دومین همایش ملی روانشناسی اجتماعی.
- امیدی، عبدالله. و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۷). آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱ (۱)، ۳۹-۲۹.
- باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان. و هولی، جیل. (۲۰۰۸). *آسیب شناسی روانی*. ویراست سیزدهم. جلد دوم، ترجمه سید محمدی، یحیی. (۱۳۹۲). تهران. نشر ارسباران.

باقری یزدی، سید عباس؛ شمس‌علیزاده، نرگس؛ عابدین، علیرضا؛ مستشاری، گلاره. و وزیریان، محسن. (۱۳۸۹). *راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان (طرح ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه)*. سرپرست نویسندگان و ویراستار: محسن وزیریان. تهران: وزارت بهداشت. درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت.

باوی، ساسان. (۱۳۹۲). *اعتیاد (انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان)*. جلد اول. ویراستار: رضا زارع‌پور. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.

برزآبادی، نرگس و عراقیه، علیرضا. (۱۳۹۴). بررسی اثر تشویق بر افزایش احساس تعلق به مدرسه در دانش آموزان مقطع متوسطه. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی*، ۴ (۱۶)، ۵۱-۳۹.

بک، آرون تی؛ رایت، فردی، نیومن، کوردی اف. و لیس، برون اس. (۲۰۰۶). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه: گودرزی، علی محمد. (۱۳۹۱). شیراز: انتشارات راهگشا.

بلاک، آلن اس. و هرسین، مایکل. (۲۰۰۶). *فرهنگ شیوه های رفتاردرمانی*. مترجمان: سیروس ایزدی، و فرهاد ماهر. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات رشد.

بهاری، فرشاد. و گروسی، کاملیا. (۱۳۹۰). *سوء مصرف مواد، مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار سوء مصرف مواد در معتادان)*. تهران: دانه.

به‌پژوه، احمد؛ سلیمانی، منصور؛ افروز، غلامعلی و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دختران بی سرپرست. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۳۳ (۹)، ۴۸-۳۳.

بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۸). *اعتیاد و فرآیند پیشگیری*. تهران: انتشارات سمت.

بیرامی، منصور. و عبدی، رضا. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. *علوم تربیتی*، ۲ (۲)، ۵۴-۳۵.

پارسا، علی. (۱۳۸۹). عوامل ساختاری و مبانی پیشگیری از اعتیاد و قاچاق مواد مخدر. *نشر آگه*، ۲ (۳)، ۳۰-۴۱.

پاشا میثمی، علی؛ فرامرزی، بیژن. و هلاکویی، کوروش. (۱۳۸۵). معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می‌اندیشند؟ *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۴ (۵)، ۴۳-۳۴.

پشت مشهدی، مرجان؛ احمد آبادی، زهره؛ پناغی، لیلی؛ زاده محمدی، علی و رفیعی، حسن (۱۳۸۹).
 تعلق به مدرسه در گرایش به سوء مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در نوجوانان دبیرستانی شهر تهران.
 نشریه علوم رفتاری، ۸ (۷)، ۶۵-۷۶.

پیمانفر، الیکا؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی و احساس
 معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت. *روانشناسی و دین*، ۵، ۵۲-۴۱.

ترخان، مرتضی. (۱۳۹۵). تأثیر مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمرویی
 دانشجویان. *فصلنامه شناخت اجتماعی*، ۵ (۱۰)، ۹۴-۱۰۶.

حسین یاری، مسعود و خیر، محمد. (۱۳۸۹). بررسی کارآیی یک مقیاس برای سنجش احساس تنهایی
 در دانش‌آموزان. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۱ (۱۹)، ۴۶-۵۹.

خادمی، علی و حسین زاد، آسیه. (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان
 شهر تبریز. سومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه
 شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران.

خالقی، شهناز. و یارمحمدیان، محمدحسین. (۱۳۸۷). مصرف مواد مخدر و برنامه های پیشگیری در
 نوجوانان و جوانان. اصفهان: معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

داجن، چارلزایی. و مایکل شی، دبلیو. (۲۰۰۷). *روان شناسی اعتیاد*. ترجمه رنجگر، بایرامعلی. (۱۳۹۱).
 انتشارات روان.

دستجردی، قاسم؛ ابراهیمی دهشیری، وجیهه؛ خلاصه زاده، گلرسته. و احسانی، فاطمه. (۱۳۸۹). بررسی
 تاثیر داروی متادون بر کاهش رفتارهای پرخطر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)،
 ۶۵-۷۶.

رضوان، حکیم زاده؛ کمال، درانی؛ مهدی، ابوالقاسمی؛ فرهاد، نجاتی (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی احساس
 تعلق به مدرسه با انگیزه‌ی پیشرفت و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه نظری شهر اصفهان.
 مشاور مدرسه، ۲۱ (۸)، ۱۵۱-۱۶۶.

رمضانی، خیرالله. (۱۳۹۴). *راهنمای پیشگیری از گرایش جوانان به مواد مخدر*. قم. بخشایش.

زرنقاش، مریم؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ بشیلده، کیومرث؛ داودی، ایران و مرعشی، سیدعلی. (۱۳۹۵). تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان قطع عضو. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۷ (۲۳)، ۸۳-۱۰۰.

سارافینو، ادوارد. (۲۰۰۶). *روانشناسی سلامت*. ترجمه میرزایی، الهه. (۱۳۹۲). تهران: رشد.

سراجی، ابوالفضل؛ مؤمنی، حمید. و صالحی، اشرف. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر و عود مجدد مصرف در گروه معتادین خودیار شهرستان خمین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۳ (۳)، ۷۵-۶۸.

سرمست، بهرام و متوسلی، محمد مهدی (۱۳۸۹). بررسی و تحلیل نقش مقیاس شهر در میزان احساس تعلق به مکان (مطالعه موردی: شهر تهران). *مدیریت و برنامه ریزی شهری*، ۸ (۲۶)، ۱-۲.

سلیگمن، مارتین ای. پی؛ والکر، الین. و روزنهان، دیوید. (۲۰۰۸). *آسیب شناسی روانی*. (ویراست چهارم) (جلد دوم). ترجمه رستمی، رضا؛ نیلوفری، علی. و قبادی، مینا. (۱۳۹۲). چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

سلیمانی، منصور (۱۳۸۹). ضرورت آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش آموزان کم توان ذهنی و ارائه رویکردی نو در آموزش مهارت‌های اجتماعی. *نشریه تعلیم و تربیت / استثنایی*، ۱۰۳، ۱-۶.

سودانی، منصور؛ شجاعیان، منصور و نیسی، کاظم. (۱۳۹۱). اثر بخشی معنا درمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان باز نشسته. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲ (۲)، ۴۳-۵۴.

شجاعیان، مریم و ابوالمعالی، خریجه. (۱۳۹۵) درباره اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی جانبازان. *فصلنامه طب جانباز*، ۸ (۴)، ۱۹۵-۲۰۲.

شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ رضاماسوله، شادمان؛ خدادادی، نعیم و یزدانی، محمدعلی. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۱ (۲)، ۲۸-۳۴.

شیخ‌علی زاده، سیاوش. (۱۳۹۷). *اثربخشی آموزش فنون ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و سرزندگی تحصیلی با توجه به اثرات تعدیلی اهداف پیشرفت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.

- صادقیه‌ا‌هری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براک، منوچهر؛ امانی، فیروز. و انوشیروان، صدیق. (۱۳۸۹). علل موثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران. فصلنامه مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۴ (۱۲)، ۳۶-۴۱.
- صحرائی، مهدی. (۱۳۸۷). مقایسه ی سبک های مقابله با استرس بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- طالب لو، مهشید. (۱۳۹۵). رابطه ناگویی خلقی و احساس تعلق به مدرسه با گرایش به مواد مخدر در نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور کرمان.
- طباطبایی، هدی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و بهبود روابط بین-فردی در جانبازان و همسران آنها. دومین همایش ملی روانشناسی و سلامت خانواده.
- عزیزی، عبدالرضا. (۱۳۹۳). خصوصیات فردی و محیطی معتادین. قم: انتشارات امید.
- علی مددی، عباس. و نوغانی، علیرضا. (۱۳۸۷). درس نامه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر مطابق با سر فصل ستاد انقلاب فرهنگی. تهران: جامعه نگر.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۵). ارزیابی عوامل آسیب شناسی روانی و علل خودکشی در سربازان : ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۸. مجله طب نظامی، ۳۰ (۴)، ۲۴۵-۲۴۹.
- فرهمندیان، محمد. (۱۳۸۷). نیاز به احساس تعلق داشتن. نشریه پیوند، ۲۷۸، ۳-۱.
- فرهنگی، علی اکبر. (۱۳۹۱). ارتباطات انسانی. جلد اول. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- کرین، ربکا. (۲۰۰۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. ترجمه: خوش‌لهجه صدق، انسی. (۱۳۹۰). چاپ اول. انتشارات بعثت.
- گل پرور، محسن؛ دلاور، علی؛ احدی، حسن. و نفیسی، غلامرضا. (۱۳۸۳). ساخت و اعتباریابی آزمون سنجش انتظارات نسبت به مواد افیونی (OEQ). فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۶ (۲۱)-۲۲، ۱۳-۴۴.

گل پرور، محسن؛ خیاطان، فلور. و کامکار، منوچهر. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای عامیانه درباره نشانه ها، علل، و درمان اعتیاد در میان معتادان خودمعرف، اعضای معتادان گمنام، و غیرمعتادان. فصلنامه پژوهشهای روان شناختی. ۱۱ (۴)، ۴۵-۶۸.

گل محمدی، احمد. (۱۳۸۹). جهانی شدن تعلق و هویت. تهران، نشر نی.

مرادی، محمد؛ حیدر نیا، علیرضا؛ بابایی، غلامرضا. و جهانگیری، مهدی. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر مدل مراحل تغییر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در کارگران پتروشیمی. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد/ اسلامی، ۵۸، ۲۴۶-۲۵۵.

مشکوه، مریم؛ نصیری فیروز، علیرضا. (۱۳۸۸). خودارزشیابی راهکارهای فراشناختی در بالا بردن دانش گرامری دانش آموزان. نشریه علمی - پژوهشی فناوری آموزش، ۴ (۴)، ۱۱۷-۱۰۵.

مطلبی، قاسم، جوان فروزنده، علی. (۱۳۹۰). مفهوم احساس به تعلق و عوامل تشکیل دهنده آن. مجله هویت شهر. ۸ (۵)، ۲۷-۳۷.

مک کوی؛ ک. ب؛ مچ، ل. آر. و اینسیاردی، ج. ای. (۲۰۰۸). سبب شناسی و پیشگیری اعتیاد و سوء مصرف مواد در جوانان و نوجوانان. ترجمه: گل پرور، محسن. و خلتعبیری، جواد. (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران: دواوین.

مکیان، راضیه السادات و کلانتر کوشه، سیدمحمد. (۱۳۹۴). رابطه احساس تعلق به مدرسه با فرسودگی تحصیلی و انگیزش پیشرفت در میان دانش آموزان شهر تهران. فصلنامه اندازہ گیری تربیتی، ۵ (۲۰)، ۱۳۸-۱۱۹.

ملازاده، جواد. و عاشوری، احمد. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دوماهنامه دانشور رفتار، ۳۴، ۱ - ۱۲.

ممتازی، سعیده. (۱۳۹۲). خانواده و سوء مصرف مواد. تهران: مهدیس.

نابدل، یونس. (۱۳۸۹). راهنمای پزشک در درمان وابستگی به مواد. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

ناستی زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه. و ملازهی، اسماء. (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۵ (۴)، ۱۷۴-۱۸۰.

ناطق پور، محمدجواد. (۱۳۸۹). نقش خانواده در تقویت احساس تعلق اجتماعی در فرزندان. نشریه رشد آموزش علوم اجتماعی، ۳۶، ۸۳-۷۰.

نجاتی، وحید. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین ذهن‌آگاهی و عملکردهای اجرایی در جانبازان نابینا. مجله علمی پژوهشی طب جانباز، ۴۸-۴۴.

نوروزی، علیرضا؛ صابری زفرقندی، محمدباقر. و گیلانی پور، مهسا. (۱۳۹۰). راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد/برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد]. چاپ اول، تهران: انتشارات سپیدبرگ.

نوروزی، محمدرضا، نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد. و صفاتیان، سعید. (۱۳۸۴). خودآموز درمان اعتیاد/به سفارش سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران]. چاپ دوم، تهران: نشر پیشگامان توسعه.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۰). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. ویرایش دوم، تهران، انتشارات پرشکوه.

یاراحمدی، مهدی. (۱۳۹۳). رابطه احساس تنهایی و اهمالکاری با فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.

یزدانی، زهرا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی، کنترل درد و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران ام‌اس. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد فردوس.

منابع انگلیسی:

- Altman, I. & Seta, L. (2014). *Place attachment*. plenum Press, New York.
- Anderson, C. A, (2013). *Belief perseverance*. Encyclopedia of social Psychology. Thousand Daks, CA: Sage.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2010). Loneliness and peer relation in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (3), 75-78.
- Baer, R. A. (2012). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinicians Guide to Evidence Base and Application*. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier.
- Beaty, B & Brew, C (2012). Measuring student dense of connectedness with school, development of instrument for use in secondary school, *leading & mamaging*, 2, 30-40.
- Berguno, G., Leroux, P., McAinish, K., & Shaikh, S. (2008). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, 9(3), 483- 499.

- Bishop, F. C., Zack, M. & McMains, S. (2009). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Journal of Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 275-299.
- Black, K. (2013). *Exploring adolescent loneliness and companion animal attachment*. Doctoral Dissertation, University of New Mexico.
- Brown, KW, & Ryan, RM. (2014). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*; 84(4):822-48.
- Brzezowski, KM (2012). *A solution-focused grouped treatment approach for individuals maladaptively expressing anger*. Ohio: Wright state university.
- Comor, F. & Samuel, L. (2015). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on self-concept and life expectancy in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 12 (6), 201-210.
- Costa, C. N. & Guigan, E. (2014). The effectiveness of mindfulness-based therapy on self-concept, self-efficacy and loneliness of divorced women. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 11, 352-373.
- Dionigi (2013). *Hand book Of mindfulness*. New York: Wiley press; 36-65.
- Dunkley, D. M. (2011). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and individual differences*, 40: 665-676.
- Dutton, J. (2011). Organizational images and membership commitment, *Administrative Science Quarterly*, 34, 239-263.
- Elhageen, A. A. M. (2012). *Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among deaf children in Egyptian schools*. Doctoral Dissertation. Eberhard- Karls University.
- Goodenow, C.(2009). The relationship of school belonging and friends Values to academic motivation among urban adolescent students. *Journal of Experimental Education*, 62 60-71.
- Grossman, P., Niemann, U., Schmidt, A. & Walach, U. (2010). Mindfulness Training as an intervention for Fibromyalgia: Evidence of post intervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom*, 76, 226–233.
- Harrington, N. & Pickles, C. (2010). Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy: Are They Compatible Concepts. *J Cogn Psychother*, 23, 315-323.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2011). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York. Guilford Press.
- Henrich, C., Brookmeyer, K. & Shahar, G. (2010). Weapon violence in adolescence: parent and school connectedness development psychology, 2(6), 129-139.
- Henrich, M. L, & Gullone, E. (2011). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695–718.
- Hidalgo, C (2012). Place Attachment: Conceptual Empirical Question, *Journal of psychology*, 21, 273-278.
- Horowitz, L. M, & French, R. S. (2010). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 762-764.
- Ivanovski, B. & Malhi, G. S. (2008). The Psychological and neuropsychological concomitants of mindfulness form meditation. *Act a Neuropsychiatric*; 19: 76-91.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kabat-zinn, J (2010). Effectiveness of a meditationbased stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psyshiatry*, (149), 936- 943.
- Karcher, M.J. (2013). *Connectedness and school violence: a framework for developmental interventions*. In: Gerler ER, editor. *Handbook of School Violence*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Kim, O., Byeon, Y. S., & Kim, J. H. (2009). Loneliness, Depression and Health Status of the Institutionalized Elderly in Korea and Japan. *Journal of Asian Nursing Research*, 3, 63-70.
- Kratz, T. F. & Zautra, L. (2016). Improving social skills and reducing aggression in single-parent students: the study of the effectiveness of mindedness-based cognitive therapy. *The International Journal of Research in Teacher Education*, 7 (2), 9-17.
- Krause-Parello, C. A. (2012). Loneliness in the school setting. *Journal of School Nursing*, 24(2), 66-70.
- Ladd, W. (2010). Continuity and change in early school engagment: predictive of cheldren achievement trajectorries from first to eighth grade? *Jornal of educational psychology*, 101 (1), 190-202.
- Linehan, M. M. (2008). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Mace, C. (2008). Mindfulness in psychotherapy: an introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 147-54.
- McNealy, C. (2012). Promoting school connectedness: evidence from the national longitudinal study of adolescent health, *journal of school health*, April 2002, 72,(4), 138-146.
- Nakatani, Y. (2015). *The effects of awareness – raising training on oral communication strategy use*. Modern language.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (2013). *Perspective on loneliness*. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.
- Peterson C.A. (20014). *Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Qualter, P., Brown, S.L., Rotenberg, K.J., Vanhalst, J., Harris, R.A., Goossens, L., Bangee, M. & Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 15, 1-11.
- Rebekah. C., Lisa, B., Mary, C. & Sheehan, M. (2013). shochet madelin romaniuk. the impact of school connectedness on violent behavior tranport risk-taking behavior and associated injuries in adolescence Queensland university of technology, kelvin grove, Australia. *jornal of school*, 49 (4), 399-410.
- Rickters , John E, (2011). *national institute of mental health*. state university of New York at stony brook.
- Rosenhan, L. D. & Seligman, E. P. M. (2013). *Abnormal psychology*. Third Edition. New york.
- Rosenzweig, S (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29–36.

- Roser, R. (2010). Perception of the school psychological environment and early adolescence. Psychology and behavioral functional in school, the mediating role of goals and belonging. *Journal of educational psychology*, 88, 408-422.
- Rowe, F; Stewart, D & Patterson, C. (2010) Promoting school Connectedness through whole school approaches. *Health Education*, 107 (6), 118-126.
- Schulman, P. (2005). *Depression Prevention in adults*. Schulman@psych.upenn. Edu.
- Sealhof, J. (2009). *Examining the promoting of school connectedness through special educational university of sashatchewan*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press; 121-145.
- Smith E. (2013). The strengths-based counseling model. *Counsel psychol*; 34: 13-79. Smith E. (2013). The strengths-based counseling model. *Counsel psychol*; 34: 13-79.
- Stoeckli, G. (2012). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The journal of educational research*, 103, 28-39.
- Stracuzzi, N. F. & Mills, M. L. (2013). Teachers matter: feelings of school connectedness and positive youth development among Coos County youth. *Psychology in the Schools*, 30, 79-90.
- Tate, R., Wu, J., McQuaid, J.R., Cummins, K., Shriver, C. (2012). Comorbidity of Substance Dependence and Depression: Role of Life Stress and Self-Efficacy in Sustaining Abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22 (1), 47-57.
- Thao, N. L. (2015). Mindfulness-Based adventure camp for military wife. *Journal of Extens* , 52,2.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (UNODC). (2012). *Afghanistan Drug Abuse Survey 2005*. UNODC, Kabul, Afghanistan.
- Wells, A. (2010)" *Middle school Education – Critical Link in Dropout Prevention*" ERIC Accession, No. ED 311148.
- Wright, S.L. (2012). *Loneliness in the workplace*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Canterbury.
- Yuen, M. Lau, P. S. & Lee, Q. (2012). Factors influencing school connectedness: Chinese adolescents' perspectives. *Asia Pacific Education Review*, 13(1), 55-63.

ضمائم

پرسشنامه احساس تعلق به مدرسه (احساس ارتباط با مدرسه)^۱ (بری، بتی، وات^۲، ۲۰۰۴)

دانش آموز گرامی

لطفاً جملات زیر را با دقت بخوانید و یکی از چهار گزینه زیر را که به بهترین وجه ممکن احساسات شما را بیان می‌کند، علامت بزنید. در ضمن این پرسشنامه یک امتحان نمی‌باشد، بنابراین پاسخ درست یا غلط وجود ندارد.

سؤالات	کاملاً موافقم	موافقم	کاملاً مخالفم	مخالفم
۱ احساس می‌کنم جزئی واقعی از این مدرسه هستم.				
۲ بزرگ‌ترها در مدرسه، جامعه و محله با کوچک‌ترها با احترام رفتار می‌کنند.				
۳ در مدرسه وقتی که کار خوبی انجام می‌دهم، مورد توجه اطرافیانم قرار می‌گیرم.				
۴ ارتباط میان موضوعات درسی‌ای که می‌خوانم را متوجه می‌شوم.				
۵ در هنگام نفهمیدن درس به راحتی از معلم سؤال می‌پرسم.				
۶ من به مدرسه‌ام اهمیت می‌دهم				
۷ مطمئنم که معلم‌انم مرا در یادگیری حمایت خواهند کرد.				
۸ تکالیفم را به طور کامل انجام می‌دهم.				
۹ وقتی مشکلی دارم معلم‌انم به من گوش می‌دهند				
۱۰ ای کاش در مدرسه دیگری بودم.				
۱۱ همه تلاشم را برای مشارکت در کارهای گروهی می‌کنم.				
۱۲ در این مدرسه می‌توانم خودم باشم.				
۱۳ بیشتر معلم‌ان به من کمک می‌کنند ارتباط میان موضوعات درسی را درک کنم.				
۱۴ به یادگیری بچه‌های دیگر کمک می‌کنم.				
۱۵ معلم‌ان با من با احترام برخورد می‌کنند.				
۱۶ این مدرسه موقعیت‌های یادگیری برایم ایجاد می‌کند که برایم جالب توجه است.				
۱۷ قوانین این مدرسه باید سختگیرانه تر باشند.				
۱۸ معلم‌انم تمایل دارند با والدینم (یا سرپرستانم) همکاری کنند				
۱۹ برای من همکاری مثبت با مدرسه در اولویت قرار دارد.				

^۱ Students' Sense of Connectedness With School

^۲ Brew, Beatty, Watt

				در هنگام انجام فعالیتهای کلاسی، معلم در صورت لزوم به من کمک می‌کند.	۲۰
				در جامعه و محله‌ام برای انجام کارها داوطلب هستم.	۲۱
				مطمئن هستم که معاونان مدرسه با روی باز به مشکلات من گوش می‌دهند.	۲۲
				من به صورت مفیدی در جامعه و محله‌ام مشارکت دارم.	۲۳
				در این مدرسه انتظاراتی را که از من دارند درک می‌کنم	۲۴
				قوانین این مدرسه همیشه و همواره اجرا می‌شوند	۲۵
				مدرسه‌ام مرا برای دنیای شغلی آینده‌ام به خوبی آماده می‌کند	۲۶
				از من برای شرکت در دوره‌های آموزشی پیشرفته استقبال می‌شود.	۲۷

پیوست ت: مقیاس هیجان خواهی زاکرمن

در زمینه‌های متفاوت دو انتخاب پیشنهاد شده است، الف و ب، هر دو را با دقت بخوانید و آنچه را که با ویژگی‌های شما بیشتر سازگاری دارد، مشخص کنید

عبارات	۳
الف) جشن‌هایی را دوست دارم که مردم سخت سرگرم شوند و هیچ چیزی را ملاحظه نکنند، ب) جشن‌هایی را دوست دارم که مردم راحت باشند و رد مباحث خوب درگیر شوند،	۱
الف) فیلم‌هایی وجود دارد که می‌خواهم دو یا حتی سه بار آن‌ها را ببینم، ب) فیلمی را که قبلاً دیده‌ام، دیگر نمی‌توانم دوباره تماشا کنم،	۲
الف) دوست داشتم کوهنورد می‌شدم، ب) نمی‌توانم بفهمم که مردم چگونه زندگی خود را با کوهنوردی به خطر می‌اندازند،	۳
الف) از هر نوع بوی بدن بدم می‌آید، ب) برخی از بوهای بدن را دوست دارم،	۴
الف) از این‌که هرروز قیافه‌های یکسانی ببینم، کسل می‌شوم، ب) از دیدن قیافه‌های آشنا و عادی خوشحال می‌شوم،	۵
الف) دوست دارم در شهرها و یا در مناطق ناآشنا به‌تنهایی بگردم، حتی اگر امکان گم‌شدن وجود داشته باشد، ب) برای دیدن یک محیط ناآشنا، ترجیح می‌دهم با یک راهنما همراه باشم،	۶

۷	الف) افرادی را که فقط برای شوک وارد کردن به دیگران یا ناراحت کردن آن‌ها حرف می‌زنند، دوست ندارم. ب) پیش‌بینی آن چه دیگران می‌خواهند بگویند یا انجام بدهند، برای من کسل‌کننده است.
۸	الف) معمولاً فیلم یا نمایشی را که بتوانم رویدادهای آن را پیش‌بینی کنم، دوست ندارم. ب) از تماشای فیلم یا نمایشی که بتوانم رویدادهای آن را پیش‌بینی کنم، ناراحت نمی‌شوم.
۹	الف) تابه‌حال حشیش کشیده‌ام یا دوست دارم بکشم. ب) هرگز حاضر نیستم حشیش بکشم.
۱۰	الف) دوست ندارم هر ماده‌ای را که آثار عجیب یا خطرناکی دارد، تجربه کنم. دوست دارم برخی مواد توهّم‌زا را تجربه کنم.
۱۱	الف) افراد منطقی از کارهای خطرناک دوری می‌جویند. ب) گاهی دوست دارم به کارهای کمی خطرناک دست بزنم.
۱۲	الف) از کسانی که هرروز دوست عوض می‌کنند، خوشم نمی‌آید. ب) نمی‌توانم بفهمم که مردم چگونه زندگی خود را با کوهنوردی به خطر می‌اندازند.
۱۳	الف) متوجه شده‌ام که محرک‌ها مرا ناراحت می‌کنند. ب) دوست دارم محرک‌های تازه‌ای تجربه کنم، (مثلاً تریاک بکشم).
۱۴	الف) وقتی به رستوران می‌روم، دوست دارم غذاهایی بخورم که هرگز نخورده‌ام. ب) غذایی را سفارش می‌دهم که می‌شناسم تا پشیمان نشوم.
۱۵	الف) دوست دارم بازی افراد تازه‌کار یا عکس‌های مسافرت را تماشا کنم. ب) نگاه کردن به بازی افراد تازه‌کار یا دیدن عکس‌های مسافرت مرا کسل می‌کند.
۱۶	الف) دوست دارم اسکی روی آب یاد بگیرم. ب) دوست ندارم اسکی روی آب یاد بگیرم.
۱۷	الف) دوست دارم موج‌سواری یاد بگیرم. ب) دوست ندارم موج‌سواری یاد بگیرم.
۱۸	الف) دوست دارم به مسافرت بروم بدون آن که قبلاً مسیر را تعیین کنم یا تقویم داشته باشم. ب) وقتی به مسافرت می‌روم، دوست دارم مسیر و زمان را به دقت تعیین کنم.
۱۹	الف) ترجیح می‌دهم دوستان بسیار عادی داشته باشم. ب) دوست دارم دوستان بسیار سرشناس داشته باشم، مثل خوانندگان و نوازندگان.
۲۰	الف) دوست داشتم کوهنورد می‌شدم. ب) نمی‌توانم بفهمم که مردم چگونه زندگی خود را با کوهنوردی به خطر می‌اندازند.
۲۱	الف) دوست ندارم خلبانی یاد بگیرم. ب) دوست دارم خلبانی یاد بگیرم.
۲۲	الف) دوست دارم حرف‌های افراد همجنس باز را گوش دهم. ب) از هر فرد همجنس باز فرار می‌کنم.
۲۳	الف) دوست دارم سقوط با چتر نجات را تجربه کنم. ب) سقوط از هواپیما را دوست ندارم، چه با چتر نجات چه با وسیله دیگر.
۲۴	الف) دوستانی را ترجیح می‌دهم که اصلاً قابل پیش‌بینی نیستند. ب) دوستانی را ترجیح می‌دهم که قابل اعتماد هستند و رفتارشان قابل پیش‌بینی است.

۲۶	الف) هنر واقعی را در وضوح، تقارن شکل و هماهنگی رنگ‌ها می‌دانم، ب) زیبایی را در استفاده از رنگ‌های تند، برای ایجاد شکل‌های نامنظم می‌دانم.
۲۷	الف) دوست دارم اوقات فراغت خود را در اطراف خانه بگذرانم، ب) این‌که مدت زیادی در اطراف خانه بمانم، خسته می‌شوم.
۲۸	الف) شیرجه رفتن در آب را خیلی دوست دارم، ب) از شیرجه رفتن در آب هیچ لذتی نمی‌برم.
۲۹	الف) دوست دارم با افرادی قدم بزنم که ظاهر بسیار جذابی دارند، ب) دوست دارم با افرادی قدم بزنم که ظاهرشان مثل خودم است.
۳۰	الف) معتقد هستم که باید در عروسی‌ها و جشن‌ها نیز باید به اندازه معقول شادی کرد، ب) باید در عروسی‌ها و جشن‌ها رودربایستی را کنار گذاشت و حسایی لذت برد.
۳۱	الف) بدترین نقص اجتماعی، بی‌ادبی است، ب) بدترین نقص اجتماعی، کسل بودن است.
۳۲	الف) هر فرد باید، پیش از ازدواج، بارها مصاحبت با جنس مخالف را تجربه کند، ب) دونفری که باهم ازدواج می‌کنند، باید اولین باری باشد که با جنس مخالف روبرو می‌شوند.
۳۳	الف) حتی اگر پول داشتیم، با افرادی که قمار می‌کنند، تریاک می‌کشند و بی‌خیال هستند، رفت‌وآمد نمی‌کردم، ب) دوست دارم با کسانی که قمار می‌کنند، تریاک می‌کشند و بی‌خیال هستند، همراه باشم.
۳۴	الف) افراد سرزنده و شوخ را دوست دارم، هرچند که گاهی به دیگران توهین می‌کنند، ب) از کسانی که دیگران را مسخره می‌کنند نفرت دارم.
۳۵	الف) دوست ندارم به فیلم‌های خلاف عفت عمومی نگاه کنم، ب) مشاهده فیلم‌های غیراخلاقی برایم جالب است.
۳۶	الف) دوست دارم چیزهایی بخورم یا بنوشم که آگاهی مرا تغییر می‌دهند، ب) از کسانی که دنبال مشروب یا مواد مخدر می‌روند ف دوری می‌جویم.
۳۷	الف) مردم باید طبق هنجارهای حاکم بر اجتماع لباس بپوشند، ب) مردم باید به شیوه متمایز لباس بپوشند، حتی اگر پیامد ناگوار داشته باشد.
۳۸	الف) به نظر من، دورتر از ساحل شنا کردن، احمقانه است، ب) دوست دارم شنا بلد باشم و تا دورها شنا کنم.
۳۹	الف) افراد کند و کسل‌کننده حوصله‌ام را سر می‌برند، ب) با هرکسی که ملاقات می‌کنم، چیز تازه‌ای در او تشخیص می‌دهم.
۴۰	الف) به هنگام کوهنوردی، عبور از مسیرهای ناشناخته را جایز نمی‌دانم، ب) به هنگام کوهنوردی، دوست دارم مسیرهای تازه کشف کنم.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-based therapy on loneliness and feeling of belonging to school in students exposed to narcotic drugs. The statistical population of this study included all male high school students of Tabatkan region (suburb of mashhad city) which according to the education department were 14000 students. With a multistage cluster sampling from the 76 schools one school selected. then, among that school students 30 students exposed to narcotic drugs were identified by zuckerman's excitement questionnaire. they were divided into two groups of 15 experimental and control groups the loneliness questionnaire (Russell, 1995) and the sense of belonging to the school questionnaire (Berry, Betty and Wat, 2004) in the pre-test phase were done. The experimental group received cognitive-mindedness therapy and the control group on the waiting list did not receive any treatment. Also, multivariate covariance analysis and SPSS-22 software were used to analyze the data. The results of this study indicated that cognitive-based cognitive-mindedness therapy led to a decrease in loneliness and increased sense of belonging to school in drug-addicted students. In other words, students' feelings of loneliness in the experimental group were significantly lower and the feeling of belonging to the school was higher than the control group.

Keywords: Mental awareness-based cognitive therapy, loneliness, feeling of belonging to school, drugs



Islamic Azad university

Kashmar unit

Thesis of: “M.A”

On: Clinical Psychology

Subject:

Effect of cognitive-mindedness-based therapy on loneliness and feeling of belonging to school in students exposed to drugs in Mashhad (Tabadkan)

Thesis Guide:

Ali Akbar Modares Moghaddam (Ph.D)

By:

Parisa Jalali

Winter 2019

این پایان نامه مورد حمایت
ستاد مبارزه با مواد مخدر
ریاست جمهوری
قرار گرفته است.