SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2026;13(1):67-77
DOI: 10.22034/13.1.67
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Training on Rumination, Self-Efficacy, and Quality of Life in Orphaned and Maltreated Children in Sanandaj, Iran

Seif Allah Rahmani[1*], **Aishe Zandkarimi**[2]

[1] Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.
[2] MA. in General Psychology, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Article history:
Received: 29 August 2025
Revised: 16 April 2026
Accepted: 11 May 2026

***Corresponding author:** Seif Allah Rahmani, Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.

E-mail: Rahmaniseifola@gmail.com

Abstract

Background and Aim: As a vulnerable group in any society, orphaned and maltreated children face numerous psychological challenges, including excessive rumination, low self-efficacy, and low quality of life, which can have long-term effects on their lives. The present study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness training based on cognitive therapy (MBCT) on rumination, self-efficacy, and quality of life among orphaned and abused children in Sanandaj, Iran.

Materials and Methods: This research was applied in nature and, in terms of implementation, was quasi-experimental, using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all children living in centers for orphaned and maltreated children in Sanandaj city during 2023-2024. The total number was 60 children, 30 of whom were selected as a sample using the available sampling method and were randomly divided into two experimental groups and a control group (each 15). To collect data, the Nolen-Hoeksema Rumination Questionnaire (1991), the Scherer Self-Efficacy (1982), and the quality-of-life (1996) measures were used. Descriptive statistics and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data in SPSS software (version 21).

Results: After controlling for the pre-test effect as a covariate, the mean post-test scores differed significantly ($P<0.05$), indicating the effects of the mindfulness training program based on cognitive therapy on reducing rumination ($P = 0.001$ and $F = 55.130$), increasing self-efficacy ($P = 0.001$ and $F = 19.164$), and improving quality of life (p-value = 0.001 and $F = 47.203$).

Conclusion: The results indicate that mindfulness training based on cognitive therapy not only helps reduce negative psychological symptoms but also effectively plays a role in strengthening internal resources and improving the overall psychological well-being of orphaned and maltreated children. Therefore, it is recommended that these interventions be included in support and empowerment programs for this group of children to sustainably and comprehensively improve their quality of life.

Keywords: Mindfulness, Orphaned and Maltreated Children, Quality of Life, Rumination, Self-Efficacy

Please cite this article as follows: Rahmani SA, Zandkarimi A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Training on Rumination, Self-Efficacy, and Quality of Life in Orphaned and Maltreated Children in Sanandaj City. SJPP. 2026;13(1):67-77.

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱،فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات: ۷۷-۶۷
DOI: 10.22034/13.1.67
https://sjku.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) بر نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج

سیف‌الله رحمانی[1*]، عایشه زندکریمی[2]

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۷
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

*نویسنده مسئول: سیف‌الله رحمانی، استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

ایمیل:
Rahmaniseifola@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در هر جامعه‌ای، با چالش‌های متعدد روان‌شناختی، مانند نشخوار فکری زیاد، خودکارآمدی و کیفیت زندگی پایین، مواجه هستند و این مشکلات می‌تواند تأثیرات بلندمدتی در زندگی آن‌ها داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کاربردی و از نظر شیوهٔ اجرا، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری تمام کودکانی بود که در مراکز نگهداری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر سنندج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ زندگی می‌کردند. تعداد آن‌ها برابر با ۶۰ کودک بود که سی نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری نولن ـ هوکسما (۱۹۹۱)، خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و کیفیت زندگی (۱۹۹۶) استفاده شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان کووریت، میانگین نمرات مشارکت‌کنندگان در پس‌آزمون تفاوت معنادار دارد ($p<۰/۰۵$) که همین موضوع تأثیر برنامهٔ آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی را در کاهش نشخوار فکری ($p\text{-value}=۰/۰۰۱$ و $F=۵۵/۱۳۰$)، افزایش خودکارآمدی ($p\text{-value}=۰/۰۰۱$ و $F=۱۹/۱۶۴$) و کیفیت زندگی ($p\text{-value}=۰/۰۰۱$ و $F=۴۷/۲۰۳$) نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان کرد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی نه‌تنها به کاهش علائم منفی روانی کمک می‌کند، بلکه نقش مؤثری در تقویت منابع درونی و بهبود کلی رفاه روانی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست ایفا می‌کند. لذا، توصیه می‌شود این مداخلات در برنامه‌های حمایتی و توانمندسازی این گروه از کودکان گنجانده شود تا به بهبود پایدار و جامع کیفیت زندگی آنان کمک کند.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، ذهن‌آگاهی

استناد: رحمانی، سیف‌الله؛ زندکریمی، عایشه. اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) بر نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج. مجله علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛۱۳(۱):۶۷-۷۷.

مقدمه

در جوامع امروزی، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست از جمله اقشار آسیب‌پذیر به شمار می‌روند که بیشتر از دیگر هم‌سالان خود در معرض آسیب‌های روانی، اجتماعی و رفتاری قرار دارند. شرایط زندگی این کودکان، ازجمله فقدان حمایت عاطفی، بی‌ثباتی محیط خانوادگی و تجربه‌های مکرر طرد و بی‌توجهی، زمینه‌ساز بروز مشکلات متعددی در حوزه‌های هیجانی و شناختی است (شونکاف،

بویکی و مک‌ایون[1]، ۲۰۱۲). یکی از رایج‌ترین مشکلات شناختی در این گروه، نشخوار فکری یا تفکر وسواسی مکرر دربارهٔ وقایع منفی است که می‌تواند زمینه‌ساز افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی شود (نولِن ـ هویکسیما، ویسکو و لیبومیرسکی[2]، ۲۰۱۸).

نشخوار فکری تمایل به تمرکز بر علائم دردناک فرد و علل و پیامدهای احتمالی آن‌ها به‌جای راه‌حل‌هاست. بنابراین، به‌عنوان راهبرد مقابلهٔ شناختی ناکارآمد دیده می‌شود که نشان‌دهندهٔ پایداری بیش از حد و تهاجمی دربرابر تجربیات و احساسات منفی است (گائو و دوو[3]، ۲۰۲۵). نشخوار فکری حوزه‌های فکری زیادی را درگیر می‌کند، رفتارهای متفاوتی را برمی‌انگیزد و به‌عنوان نوعی سبک ناکارآمد مقابله‌ای، نه‌تنها مانع از حل مسئله می‌شود، بلکه موجب تشدید احساسات منفی و کاهش خودکارآمدی در افراد می‌شود (واتکینز[4]، ۲۰۱۸؛ دیوتایوتی و همکاران، ۲۰۲۲).

نشخوار فکری، به‌عنوان نوعی سبک ناکارآمد مقابله‌ای، نه‌تنها مانع از حل مسئله می‌شود، بلکه موجب تشدید احساسات منفی و کاهش خودکارآمدی در افراد می‌شود (واتکینز، ۲۰۱۸). در کودکان و نوجوانانی که فاقد حمایت‌های محیطی لازم هستند، این الگوهای تفکر منفی می‌تواند به اختلالات هیجانی مزمن منجر شود. از سوی دیگر، خودکارآمدی، که به معنای باور به توانایی‌های خود برای سازمان‌دهی و اجرای مسیر عمل مورد نیاز برای مدیریت موقعیت‌های آینده است، یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌های روانی محسوب می‌شود (تاشنر، دیکه، راینهولد و هولزبرگر[5]، ۲۰۲۵؛ بندورا[6]، ۱۹۹۷). در این زمینه، تقویت خودکارآمدی می‌تواند در بهبود سلامت روان کودکان آسیب‌پذیر نقش مهمی ایفا کند.

در دهه‌های اخیر، روان‌شناسی مثبت‌گرا و رویکردهای مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی توجه زیادی به خود جلب کرده‌اند. ذهن‌آگاهی، به‌عنوان توانایی آگاه‌بودن از لحظهٔ حال بدون قضاوت، ابزاری قدرتمند برای کاهش نشخوار فکری و افزایش انعطاف‌پذیری روانی تلقی می‌شود (کابات ـ زین[7]، ۲۰۲۳). در این میان، رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT) ترکیبی از اصول شناخت‌درمانی و تمرینات ذهن‌آگاهی است که با هدف پیشگیری از بازگشت افسردگی و کاهش افکار منفی توسعه‌یافته است (سِگال، ویلیامز و تیسادلی[8]، ۲۰۲۲).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که MBCT می‌تواند به‌طور مؤثری در کاهش نشخوار فکری و بهبود تنظیم هیجانی افراد مؤثر باشد. برای مثال، کویکین، وارِن، تیلور[9] و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعهٔ تصادفی کنترل‌شده‌ای گزارش کردند که MBCT در کاهش نشخوار فکری و شدت علائم افسردگی نقش چشمگیری دارد. همچنین، یافته‌های دیگری نشان داده‌اند که MBCT می‌تواند خودکارآمدی افراد را از طریق افزایش خودآگاهی و پذیرش ارتقا دهد (وان‌در ویلدین، کویکین، واتار[10] و همکاران، ۲۰۱۵).

در کنار کاهش نشخوار فکری و افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی نیز یکی دیگر از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شود. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت[11] به درک فرد از سلامت و تأثیر آن در کیفیت کلی زندگی او اشاره دارد. این مفهومی چندبعدی است که شامل ابعاد مختلف سلامت، ازجمله سلامت عمومی، عملکرد جسمی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و عملکرد نقش می‌شود (کانگوارانراتانکول[12]، ۲۰۲۵) که کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست معمولاً در همهٔ این ابعاد با کاستی‌هایی مواجه هستند. مداخلاتی که بر بهبود آگاهی، پذیرش و تنظیم هیجانی تمرکز دارند، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی این گروه کمک کنند (زوگمان، گلدبر، هویت و میلر[13]، ۲۰۱۵).

در سنندج، یکی از شهرهای غربی ایران با ترکیب جمعیتی خاص و مسائل اجتماعی متنوع، تعداد قابل‌توجهی از کودکان در وضعیت بی‌سرپرستی یا بدسرپرستی زندگی می‌کنند. این گروه، به‌دلیل شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، نیازمند مداخلات روان‌شناختی هدفمند هستند. با توجه به اثربخشی اثبات‌شدهٔ برنامه‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کشورهای دیگر، بررسی و بومی‌سازی این مداخلات در بافت فرهنگی ایران، به‌ویژه مناطق کُردنشین، اهمیت زیادی دارد.

از طرفی، اجرای برنامه‌های MBCT در مراکز نگهداری یا حمایت از کودکان بی‌سرپرست می‌تواند زمینه‌ساز بهبود سلامت روانی و ارتقای تاب‌آوری آن‌ها شود. این رویکرد، با آموزش پذیرش تجربه‌های درونی بدون قضاوت، به کودکان می‌آموزد که چگونه با افکار و احساسات منفی خود به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مواجه شوند. همچنین، با افزایش آگاهی لحظه‌ای، به آن‌ها کمک می‌کند تا در تعاملات اجتماعی و تحصیلی عملکرد بهتری داشته باشند (اسکونِرت ـ ریچل و لاولور[14]، ۲۰۲۰).

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش MBCT در سه متغیر مهم روان‌شناختی، یعنی نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی، در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج انجام می‌شود. این مطالعه می‌تواند اطلاعات ارزشمندی دربارهٔ قابلیت اجرایی و اثربخشی این مداخله در بافت فرهنگی ایران فراهم آورد و به تدوین سیاست‌های حمایتی و آموزشی در حوزهٔ سلامت روان کودکان آسیب‌پذیر کمک کند.

[1] Shonkoff, Boyce & McEwen
[2] Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky
[3] Gao & Du
[4] Watkins
[5] Täschner, Dicke, Reinhold & Holzberger
[6] Bandura
[7] Kabat-Zinn
[8] Segal, Williams & Teasdale
[9] Kuyken, Warren, Taylor
[10] van der Velden, Kuyken, Wattar
[11] Health-Related Quality of Life (HRQoL)
[12] Kangwanrattanakul
[13] Zoogman, Goldberg, Hoyt & Miller
[14] Schonert-Reichl & Lawlor

با توجه به رشد روزافزون مسائل روانی در بین کودکان بی‌سرپرست، نیاز به مداخلات علمی و مبتنی‌بر شواهد ضروری است. آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی، با قابلیت اجرا در محیط‌های گروهی و هزینهٔ نسبتاً کم، می‌تواند به‌عنوان رویکرد پیشگیرانه و درمانی مؤثر در دستور کار متخصصان روان‌شناسی کودک و نوجوان قرار گیرد. لذا، بررسی علمی این روش در بستر فرهنگی و اجتماعی خاص شهر سنندج، گام مهمی در ارتقای سلامت روان جامعه خواهد بود.

روش کار

طرح پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوهٔ اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست در مراکز نگهداری بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهر سنندج در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل می‌دهد که طبق گزارش بهزیستی، برابر با پنجاه نفر بودند و سی نفر از آن‌ها به‌عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) تقسیم شدند. نخست برای افراد جامعهٔ پژوهش علاوه‌بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، دربارهٔ رعایت نکات اخلاقی اطمینان‌خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامهٔ شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. پس از انتخاب گروه آزمایش و کنترل، در شرایط یکسان، هم‌زمان و قبل از هرگونه مداخله، همهٔ سؤال‌های پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی برای بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست دو گروه قرائت شد تا آن‌ها پرسش‌نامه مربوط به خود را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمایند. پس از آن، بچه‌های گروه آزمایش تحت آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) قرار گرفتند و در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسه‌ها، شرکت‌کنندگان در این آزمایش مقیاس‌های نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. پس از پایان پژوهش و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دوازده تا هجده ساله بودن، ثبت‌نام در مراکز بهزیستی سنندج به‌عنوان بی‌سرپرست یا بدسرپرست، کسب نمرهٔ بالاتر از ۲۵ در پرسش‌نامهٔ نشخوار فکری (Nolen-Hoeksema)، کسب نمرهٔ خودکارآمدی پایین‌تر از ۵۰ در مقیاس شرر، کسب نمرهٔ کیفیت زندگی پایین‌تر از ۶۰ در پرسش‌نامهٔ WHOQOL، رضایت آگاهانهٔ سرپرست قانونی، توانایی شرکت در هشت جلسهٔ گروهی هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) و ملاک‌های خروج شامل مبتلانبودن به اختلالات عصبی ـ رشدی (مانند اوتیسم) یا ناتوانی ذهنی، غیبت بیش از دو جلسه از مداخله، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی حاد (مانند افسردگی شدید یا روان‌پریشی) در حین مطالعه، مصرف هم‌زمان داروهای روان‌گردان یا مشارکت در مداخلات روان‌شناختی دیگر بود. برای جمع‌آوری مبانی نظری از منابع کتابخانه‌ای، اینترنتی، پایان‌نامه‌ها، کتاب‌ها و مقالات و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های نشخوار فکری نولن ـ هوکسما و مارو[15] (۱۹۹۱)، خودکارآمدی شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنتیک ـ دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) و کیفیت زندگی (۱۹۹۶) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی بررسی شد و در بخش توصیف از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، توزیع‌های پراکندگی و نمودارها و در بخش استنباطی نیز از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. همچنین، به‌منظور تجزیه‌وتحلیل این داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده شد.

ابزار

پرسش‌نامهٔ نشخوار فکری[16]: این پرسش‌نامهٔ ۲۲ سؤالی را نولن ـ هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ ساخته‌اند. این پرسش‌نامه سه مؤلفه دارد: بروزدادن (بازتاب)[17] (سؤالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱)، در فکر فرورفتن[18] (سؤالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶) و افسردگی[19] (سؤالات ۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲). سؤالات در مقیاسی چهاردرجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شوند و یک نمرهٔ کل می‌دهد که دامنهٔ نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ هست و نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ نشخوار فکری بالاتر است و بالعکس. نولن ـ هاکسما و مارو روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب ارزیابی کرده‌اند. پایایی این مقیاس را به شیوهٔ بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند و اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند (نولن ـ هاکسما و مارو، ۱۹۹۱). در مطالعهٔ فرخی و همکاران، روایی سازه و تحلیل عامل آن تأیید شد و پایایی به روش بازآزمایی برای این مقیاس ۰/۸۵ و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین، در پژوهش جودکی و همکاران پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ خودکارآمدی[20]: این مقیاس را شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنتیک ـ دون، جاکوبس و راجرز (۱۹۸۲) اول با این هدف که ابزاری برای پژوهش‌های بعدی تهیه شود و دوم اینکه ابزاری برای تعیین سطوح مختلف خودکارآمدی عمومی افراد تهیه شود ساخته‌اند. نسخهٔ اصلی آزمون شامل ۳۶ سؤال بود که سازندگان آن براساس تحلیل‌های انجام‌شده، سؤالاتی را نگه داشتند که بار ۴۰/۰ را در هریک از عوامل اجتماعی و عمومی داشتند. بر این اساس، سیزده سؤال، که

[15] Nolen-Hoeksema & Morrow
[16] Ruminative Response Scale
[17] Reflection
[18] Brooding
[19] Depression-Related
[20] The Self-Efficacy Scale

این ویژگی را نداشتند، حذف شدند و آزمون به ۲۳ سؤال کاهش یافت. از این ۲۳ سؤال ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۹۹/۵۷ و انحراف معیار ۰۸/۱۲ می‌سنجند. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده‌مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به‌دست آمد (شرر، مادوکس، مرکاندانت، پرنتیک- دون، جاکوبس و راجرز، ۱۹۸۲). این مقیاس سه مؤلفهٔ آموزشی، شغلی و اجتماعی دارد. شیوهٔ نمره‌گذاری براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم= ۵) انجام می‌شو، اما نمره‌گذاری در سؤالات شمارهٔ ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ معکوس است. این مقیاس را حقایق و همکاران (۱۳۸۹) هنجاریابی کردند. جامعهٔ پژوهشی او را دانش‌آموزان سوم دبیرستان نظام جدید تشکیل می‌داد. برای بررسی میزان روایی و پایایی، آزمون روی ۱۰۰ نفر انجام شد. هم‌بستگی به‌دست‌آمده از دو مقیاس عزت‌نفس و خودارزیابی با مقیاس خودکارآمدی در جهت تأیید روایی سازهٔ مقیاس بود. همچنین، ضریب پایایی از طریق اسپیرمن ـ براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه‌کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ بود. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات نیز ۰/۷۹ گزارش شد. علاوه‌بر این، در پژوهش عباسی شورباخلو و همکاران (۱۴۰۳) میزان آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤالات ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی[21]: سازمان بهداشت جهانی به‌منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسش‌نامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی صدسؤالی بود (WHOQOL-100). چند سال بعد، برای استفادهٔ آسان‌تر از این پرسش‌نامه، فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی (WHOQOL-BREF) پرسش‌نامه‌ای ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. در سال ۱۹۹۶، گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی با تعدیل گویه‌های فرم صدسؤالی این پرسش‌نامه، این مقیاس را ساختند. این مقیاس به نوزده زبان مختلف ترجمه شده است و در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را بین‌فرهنگی می‌داند و به همین دلیل، در فرهنگ‌های مختلف از آن استفاده می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵).

این پرسش‌نامه چهار زیر مقیاس و یک نمرهٔ کلی دارد. زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمرهٔ کلی. در ابتدا، نمرهٔ خامی برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان‌دهندهٔ همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر، تحلیل عاملی در ۲۶ گویهٔ این مقیاس مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیرمقیاس، یعنی سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی بودند، وجود دارند که نشان‌دهندهٔ روایی ساختاری آن است. همچنین، برای بررسی روایی و پایایی این پرسش‌نامه پژوهشی روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ (نصیری، ۱۳۸۵).

برنامه‌های آموزشی

به‌منظور اجرای مداخلات، گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) را در هشت جلسه و طی چهار هفته و هر هفته دو جلسهٔ نوددقیقه‌ای دریافت کردند. خلاصهٔ اجرای جلسات آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی.

جلسه	هدف	شرح جلسات
اول	ارائهٔ توضیحاتی دربارهٔ هدف درمان	اجرای پیش‌آزمون، اشاره به عادی‌بودن و قابل‌دسترس‌بودن درمان‌های کوتاه‌مدت، مشخص‌کردن اهداف و انتظارات مراجعان از درمان، آموزش و تمرین تکنیک‌های خوردن یک کشمش همراه با ذهن‌آگاهی، آموزش و تمرین تکنیک تن‌آرامی عضلانی.
دوم	رفع موانع	تمرین تکنیک مراقبه و وارسی بدنی، آموزش و تمرین ده دقیقه تنفس همراه با ذهن‌آگاهی، تفکر دربارهٔ تمرین‌ها و فکرکردن دقیق دربارهٔ هریک از آن‌ها، بیان مشکلات در حین انجام تکالیف و موانع، احساسات و افکار در حین انجام تکالیف منزل و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجعین، جمع‌بندی نهایی و بازخورد.
سوم	تنفس با ذهن‌آگاهی	انجام تکنیک تن‌آرامی عضلانی، تمرین منبسط‌کردن و تنفس، گسترده نگهداشتن افکار و ذهن از طریق تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن. این تمرین می‌توان با یک تفکر ذهن‌آگاهی کوتاه‌مدت دیدن یا شنیدن آغاز شود.

[21] Quality of Life Questionnaire

		آشنایی با مفهوم ذهن سرگردان و پی‌بردن به کنترل آن از طریق تنفس و وارسی بدنی. تمرین تکنیک تنفس سه‌دقیقه‌ای، کشف تجارب خوشایند روزانه.
چهارم	ماندن در لحظهٔ حاضر	آموزش تمرین تکنیک مراقبه به‌همراه وارسی بدنی، تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای، ارائهٔ تمرین‌های الگوبرداری‌شده در زمان‌هایی که دچار احساسات دشوار می‌شویم. در انتهای جلسه نیز قدم‌زدن ذهن آگاه تمرین شد.
پنجم	پذیرش و اجازه‌دادن	تمرین تن‌آرامی و مدیتیشن نشسته، تنفس عادی به‌مدت سه دقیقه، آموزش تمرین کشف واکنش به الگوهای عادی‌شده و کاربرد استعدادهای بالقوه مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای آسان‌سازی واکنش به تجارب زمان حال. پذیرش افکار و احساسات و ایجاد رابطهٔ متفاوت با تجربه و ارائهٔ راهکار برای آمادگی برای آینده.
ششم	تفکرات منشأ واقعی ندارد	مرور مشکلات مراجعان در طول تکالیف منزل و احساسات و هیجانی در حین انجام تمرینات، مرور مبحث افکار واقعی نیستند و روش‌هایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را به‌نحو متفاوتی دید، توضیح و گفت‌وگو دربارهٔ خلق منفی و افکار منفی که همراه آن می‌آیند و توانایی ما را در جهت ارتباط متفاوت کاهش می‌دهند.
هفتم	چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	انجام تمرینات مدیتیشن (آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات). کشف رابطه بین خلق و فعالیت، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های روزانه که احساس مطلوب فرد می‌دهد و فعالیت‌هایی که احساس نامطلوبی به فرد می‌دهند. بحث دربارهٔ این‌که چگونه به بهترین نحو تحرک و نظم ایجاد شود که رویدادهای خوشایند ادامه یابد.
هشتم	چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده	تمرین تکنیک وارسی بدن، تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای، مرور آنچه در جلسات فراگرفته شده است. اجرای پس‌آزمون.

نتایج

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی‌بر اثر آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در کاهش نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی، از روش مانکوا استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می‌شود. پیش از گزارش تحلیل، ابتدا متغیرهای جمعیت‌شناختی و نیز نتایج بررسی پیش‌فرض‌ها ارائه می‌شود. جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای موردبررسی در گروه کنترل و آزمایش و به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مربوط به دو گروه کنترل و آزمایش و به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون به این صورت بود که از مجموع ۳۰ نفر، ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش مشارکت داشته‌اند. در گروه کنترل ۸ دختر و ۷ پسر و در گروه آزمایش ۶ دختر و ۹ پسر قرار گرفتند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای موردبررسی در گروه کنترل و آزمایش و به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

			میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	چولگی	کشیدگی
نشخوار فکری	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۳۹/۹۳۳	۳/۸۸	۲۴	۳۷	-۰/۵۲۲	۰/۱۸۵
		پس‌آزمون	۴۳	۳/۷۰	۳۷	۵۲	۱/۲۰	۰/۷۴
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳۱	۴/۱۶	۲۱	۳۸	۲/۳۶۲	-۱/۰۳۸
		پس‌آزمون	۴۲/۵۳	۴/۰۵	۲۵	۳۷	-۱/۴۸۱	-۰/۰۲۵
خودکارآمدی	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۴۶۶	۳/۲۲	۱۰	۲۲	-۰/۳۵۷	۰/۱۷۵
		پس‌آزمون	۱۴/۵۳۳	۲/۳۸	۱۰	۱۸	-۰/۷۲۷	-۰/۵۲۱
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۳۳۳	۲/۰۲	۱۱	۱۸	-۰/۳۴۲	-۰/۱۶۸
		پس‌آزمون	۱۹/۶۰	۳/۸۳	۱۴	۲۶	-۰/۷۹۱	۰/۲۶۶
کیفیت زندگی	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۴/۴۶۶	۲/۹۷	۹	۲۰	۰/۰۶۸	-۰/۴۸۹
		پس‌آزمون	۱۵	۲/۴۴	۱۱	۱۸	۱/۰۵۹	-۰/۲۳۶
	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳۳	۲/۲۸	۱۲	۱۹	-۰/۶۷۸	۰/۶۲۸
		پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۱/۹۵	۱۷	۲۴	-۰/۴۳۶	۰/۲۷۲

با توجه به نتایج جدول ۲، که آماره‌های توصیفی متغیرهای موردبررسی در دو گروه کنترل و آزمایش و به‌تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد، میانگین نشخوار فکری در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر با ۳۹/۹۳۳ و ۴۳، در خودکارآمدی برابر با ۱۵/۴۶۶ و ۱۴/۵۳۳ و در کیفیت زندگی به‌ترتیب برابر با ۱۴/۴۶۶ و ۱۵ است. همچنین، مقادیر t به‌دست‌آمده برای سه متغیر در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۰/۲۰۶، ۰/۷۶۰ و ۰/۴۲۳ است که هیچ‌کدام در سطح ($p<۰/۰۵$) معنادار نشده‌اند و در گروه کنترل، بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه متغیر مورد بررسی، تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد.

همچنین، میانگین نشخوار فکری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر با ۳۱ و ۴۲/۵۳، در خودکارآمدی برابر با ۱۴/۳۳ و ۲۰/۴۰ و در کیفیت زندگی به‌ترتیب برابر با ۱۴/۷۳ و ۱۵ است. همچنین، مقادیر t به‌دست‌آمده برای سه متغیر در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۸/۲۰۲-، ۳/۸۶۰- و ۸/۱۵۸- است که هر سه در سطح (p<۰/۰۵) معنادار شده‌اند و در گروه آزمایش بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه متغیر مورد بررسی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک را دربارهٔ طبیعی‌بودن توزیع داده‌ها نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آن، معنادارنشدن آزمون شاپیرو ـ ویلک برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر سه متغیر موردبررسی و در دو گروه کنترل و آزمایش، نرمال‌بودن توزیع داده‌ها را نشان داد (p<۰/۰۵). همچنین، به‌منظور بررسی اثر تعامل کووریت با متغیر مستقل (نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی) از آزمون F استفاده شد که مقدار آن برای سه متغیر مورد بررسی به‌ترتیب برابر با ۳/۳۴، ۲/۱۴ و ۰/۲۱۷ شد که هر سه در سطح p<۰/۰۵ معنادار نشده است. این موضوع رعایت پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی را نشان داد.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک دربارهٔ طبیعی‌بودن توزیع داده‌ها.

گروه		گروه کنترل		گروه آزمایش	
متغیر	آماره	S	p-value	S	معناداری
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۰/۹۱۶	۰/۸۵۰	۰/۹۴۵	۰/۸۵۶
	پس‌آزمون	۰/۹۴۱	۰/۸۵۴	۰/۹۴۱	۰/۸۹۷
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۰/۹۴۴	۰/۸۴۱	۰/۹۷۹	۰/۹۵۹
	پس‌آزمون	۰/۹۴۴	۰/۸۵۶	۰/۹۳۷	۰/۹۴۱
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۶۶	۰/۷۹۱	۰/۹۵۹	۰/۶۹۹
	پس‌آزمون	۰/۸۳۵	۰/۸۱۱	۰/۹۱۷	۰/۸۷۳

جدول ۴. آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها.

	آزمون F	درجهٔ آزادی ۱	درجهٔ آزادی ۲	p-value
نشخوار فکری	۰/۴۰۲	۱	۲۸	۰/۵۳۱
خودکارآمدی	۱/۷۲۵	۱	۲۸	۰/۲۰۰
کیفیت زندگی	۰/۵۰۳	۱	۲۸	۰/۴۸۴

جدول ۴ آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس گروه‌ها را نشان می‌دهد. آزمون F برای سه متغیر نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی برابر با ۰/۴۰۲، ۱/۷۲۵ و ۰/۵۰۳ شد که هیچ‌کدام معنادار نشدند. معنادارنشدن آزمون لون رعایت‌شدن پیش‌فرض همگنی واریانس بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. پس از اطمینان از رعایت پیش‌فرض‌ها، اثر آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در کاهش نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بررسی شد. جدول ۴ آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول ۵ که ارزیابی ماتریس‌های واریانس کواریانس با آزمون اِم ـ باکس را نشان می‌دهد، مقدار آن برابر با ۴/۵۹۸ بود و در سطح (p<۰/۰۵) معنادار نشده است. پس می‌توان اظهار کرد ماتریس کوواریانس متغیرهای موردبررسی در دو گروه با هم برابر بودند و تفاوتی معناداری با هم ندارند.

جدول ۵. ارزیابی ماتریس‌های واریانس کواریانس با آزمون اِم-باکس.

اِم ـ باکس	آمارهٔ F	درجهٔ آزادی ۱	درجهٔ آزادی ۲	معناداری
۴/۵۹۸	۰/۶۷۷	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۶۶۹

جدول ۶. نتایج آزمون اثر بین‌گروهی برای بررسی اثر آموزش ذهن‌آگاهی (MBCT) در متغیر های موردبررسی.

	متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازهٔ اثر
گروه	نشخوار فکری	۹۰۲/۴۲۶	۱	۹۰۲/۴۲۶	۵۵/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
	خودکارآمدی	۱۵۸/۳۸۱	۱	۱۵۸/۳۸۱	۱۹/۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴

	کیفیت زندگی	۲۰۳/۷۳۴	۱	۲۰۳/۷۳۴	۴۷/۲۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
	نشخوار فکری	۴۰۹/۲۳۰	۲۵	۱۶/۳۶۹			
خطا	خودکارآمدی	۲۰۶/۶۱۶	۲۵	۸/۲۶۵			
	کیفیت زندگی	۱۰۷/۹۰۳	۲۵	۴/۳۱۶			
	نشخوار فکری	۴۳۰۷۲	۳۰				
کل	خودکارآمدی	۹۲۱۶	۳۰				
	کیفیت زندگی	۵۵۹۷	۳۰				

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، نتایج به‌دست‌آمده از مانکوا نشان می‌دهد که مقدار F برای نشخوار فکری برابر با ۵۵/۱۳۰، برای خودکارآمدی برابر با ۱۹/۱۶۴ و برای کیفیت زندگی برابر با ۴۷/۲۰۳ است که هر سه در سطح (P<۰/۰۵) معنادار شده‌اند. معنادارشدن این آزمون مؤید این مسئله است که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی این کودکان مؤثر بوده است. اندازهٔ اثر این آموزش بر نشخوار فکری ۰/۶۸۸، خودکارآمدی ۰/۴۳۴ و نیز کیفیت زندگی برابر با ۰/۶۵۴ است. به این معنا که ۶۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری، ۴۳ درصد در خودکارآمدی و ۶۵ درصد در کیفیت زندگی مربوط به تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) بوده است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در کاهش نشخوار فکری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج است. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون به‌عنوان کووریت، تفاوت نمرات پس‌آزمون ناشی از تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) است. بنابراین، آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) به کاهش نشخوار فکری، افزایش خودکارآمدی و نیز کیفیت زندگی منجر می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش متفاوتی برای بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در کاهش نشخوار فکری (مائو، لی، وو و هو[22]، ۲۰۲۳؛ لوبرز[23] و همکاران، ۲۰۲۲؛ مرادی، احمدیان، محمدی و قویدل‌کلور، ۱۴۰۲؛ شریفی‌درآمدی و قاسم‌پور، ۱۴۰۲؛ جودکی، مهرداد و احدی، ۱۴۰۰؛ پاشا و سراج‌خرمی، ۱۳۹۷؛ جاین، ۲۰۲۴ و فروستیدور ودورجی، ۲۰۱۹)، افزایش خودکارآمدی (عباسی‌شورباخلو و خضری، ۱۴۰۳؛ علوی، الهی‌نژاد و خان‌محمدی، ۱۴۰۳؛ توکلی و ابراهیمی، ۱۴۰۱؛ توکلی و ابراهیمی، ۱۳۹۹؛ فدایی‌وطن و همکاران، ۱۳۹۸؛ هینین، لاینگ، اسکافیلر و همکاران، ۲۰۲۴؛ چان، یو و لی، ۲۰۲۱؛ باتلر، ۲۰۲۱ و آزیویدو و مینیزیس، ۲۰۲۰) و نیز افزایش کیفیت زندگی (جانعلی‌پورامرئی و همکاران، ۱۴۰۳؛ ملک‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ افشارشاندیز و همکاران، ۱۴۰۲؛ نیک‌کردار، ۱۴۰۲؛ محمدپور و همکاران، ۱۳۹۹؛ سوخویی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۲ و تاجیک و همکاران، ۲۰۲۰) همسو است.

از منظر نظری، MBCT با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناخت‌درمانی، تمرکز خود را بر شناسایی و بازسازی الگوهای فکری ناکارآمد معطوف می‌کند و درعین‌حال، با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، افراد را به حضور در لحظهٔ حال دعوت می‌کند که این دورویهٔ ترکیبی باعث کاهش آثار منفی نشخوار فکری می‌شود (سِگال، ویلیامز و تسادال[24]، ۲۰۱۸). در کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، که اغلب به‌دلیل فقدان حمایت‌های عاطفی و اجتماعی دچار اختلالات هیجانی و رفتاری می‌شوند، این آموزش می‌تواند موجب افزایش خودآگاهی و تنظیم هیجان‌ها شود. مطالعات نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانانی که آموزش‌های MBCT دریافت کرده‌اند، توانسته‌اند سطح اضطراب و افسردگی خود را به میزان قابل‌توجهی کاهش دهند. در نتیجه، نشخوار فکری که معمولاً زمینه‌ساز این اختلالات است نیز به میزان قابل‌توجهی کاهش یافته است (زوگمان[25] و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین، می‌توان بیان کرد که این روش آموزشی، با ترکیب اصول شناخت‌درمانی و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، چهارچوب جامعی برای تغییر نگرش‌ها و باورهای فرد دربارهٔ توانمندی‌های شخصی فراهم می‌آورد که به‌ویژه برای کودکان و نوجوانانی که در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی ناشی از فقدان خانواده قرار دارند، بسیار حیاتی است. در واقع، این کودکان به‌دلیل فقدان حمایت‌های عاطفی، محیطی غیرثابت و فشارهای روانی متعددی که تجربه می‌کنند، معمولاً دچار کاهش خودکارآمدی و احساس ناتوانی در مواجهه با مشکلات می‌شوند (زایمر ـ گیمیک و اسکاینر[26]، ۲۰۱۱). آموزش MBCT با تمرکز بر افزایش آگاهی لحظه‌به‌لحظه و پذیرش بدون قضاوت، به کودکان کمک می‌کند تا شناخت بهتری از واکنش‌های هیجانی و افکار خود داشته باشند که این موضوع به کاهش نشخوارهای فکری منفی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی

[22] Mao, Li, Wu, Luo & Hu
[23] Lubbers
[24] Segal, Williams, & Teasdale
[25] Zoogman
[26] Zimmer-Gembeck & Skinner

منجر می‌شود (بائر[۲۷]، ۲۰۰۳؛ کارماندی و بائر[۲۸]، ۲۰۰۸).

علاوه‌بر این، این مداخلهٔ روان‌شناختی جامع با ترکیب مهارت‌های آگاهی لحظه‌به‌لحظه و بازشناسی الگوهای فکری منفی، شرایط روانی و اجتماعی این گروه آسیب‌پذیر را بهبود می‌بخشد. از منظر نظری، MBCT می‌تواند به‌عنوان مداخلهٔ چندبعدی به کودکان کمک کند تا نه‌تنها شناخت خود را از تجربیات درونی افزایش دهند، بلکه به شیوه‌ای مؤثرتر با استرس‌ها و چالش‌های محیطی مقابله کنند (شاپیرو[۲۹] و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد براساس تمرین‌های ذهن‌آگاهی، امکان پذیرش بدون قضاوت افکار و احساسات را فراهم می‌آورد؛ موضوعی که برای کودکان محروم از حمایت خانواده بسیار حیاتی است؛ زیرا اغلب دچار احساسات تنهایی، اضطراب و افسردگی هستند (برایتون[۳۰] و همکاران، ۲۰۱۴).

مطالعات جدید نشان داده‌اند که MBCT از طریق تقویت مهارت‌های شناختی و هیجانی، توانایی کودکان در مدیریت هیجانات منفی و افزایش حس امنیت روانی را به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای ارتقا می‌دهد (هارنت و داوو[۳۱]، ۲۰۱۲). این موضوع به‌ویژه در محیط‌های پراسترس و بی‌ثبات، که کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست تجربه می‌کنند، به افزایش رضایت از زندگی و سلامت روانی منجر می‌شود. براساس پژوهش‌های مبتنی‌بر شواهد، مداخلات ذهن‌آگاهی علاوه‌بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب، به افزایش انعطاف‌پذیری روانی و احساس کنترل بر شرایط زندگی منجر می‌شود (کوکین[۳۲] و همکاران، ۲۰۱۶). چنین بهبودی‌هایی مستقیماً با کیفیت زندگی بهتر، رضایت بیشتر از زندگی اجتماعی و بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی مرتبط هستند.

به‌طور خاص، آموزش شناخت‌درمانی، که در قالب MBCT ارائه می‌شود، باعث می‌شود کودکان بتوانند الگوهای منفی و خودانتقادی را شناسایی و با آن‌ها مقابله کنند. این موضوع موجب کاهش نگرش‌های منفی و افزایش امید و انگیزه می‌شود. این تغییرات شناختی و هیجانی به افزایش سطح خودارزشمندی و بهبود رفتارهای مقابله‌ای منجر می‌شود که از عوامل کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی کودکان به شمار می‌آیند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی (MBCT) در کاهش نشخوار فکری، افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بچه‌های بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج تأثیرگذارند. بنابراین، اجرای آموزش‌های ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی در مراکز حمایتی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست شهرستان سنندج می‌تواند به‌عنوان مداخلهٔ مؤثر و راهبردی برای ارتقای سلامت روان، توانمندسازی روانی و افزایش خودکارآمدی این گروه آسیب‌پذیر استفاده شود. مطالعات آتی باید آثار بلندمدت این آموزش‌ها، چگونگی تطبیق آن با فرهنگ محلی و تأثیرات احتمالی در دیگر جنبه‌های روانی و اجتماعی کودکان را بررسی کنند تا اثربخشی این مداخلات به شکل جامع‌تر ارزیابی شود. انجام این پژوهش اگرچه با همکاری بسیار زیاد ادارهٔ بهزیستی شهر سنندج، مراکز حمایتی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و نیز کودکانی همراه بود که در این مراکز حضور داشتند، محدودیت این پژوهش به کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست سنندج، نبود دوره‌های پیگیری، استفادهٔ صرف از پرسش‌نامه و نبود مصاحبهٔ بالینی با کودکان، تا حدودی این پژوهش و نتایج آن را با محدودیت‌های مواجه کرد.

باوجود این مشکلات می‌توان اذعان کرد اهمیت آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی در سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی کودکان، به‌ویژه کودکان آسیب‌دیده، لزوم اجرای برنامهٔ آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی‌بر شناخت‌درمانی را به‌طور گسترده در مراکز حمایتی و بهزیستی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و نیز برگزاری دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت، لزوم برگزاری آموزش‌های تخصصی و کارگاه‌های مهارتی برای مربیان و روان‌شناسان شاغل در این مراکز را تأیید می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های مختلف با نمونه‌های گوناگون از شهرها و مراکز مختلف انجام شود، در انجام پژوهش‌های جدید دوره‌های طولانی پیگیری مدنظر قرار گیرد و از روش‌های چندوجهی مانند مصاحبه‌های عمیق، مشاهدهٔ رفتاری و شاخص‌های فیزیولوژیکی در کنار پرسش‌نامه‌های خودگزارشی استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده تأثیرات جانبی و ابعاد روانی، اجتماعی و تحصیلی این مداخلات را بررسی کنند تا رویکردهای جامع‌تر و مؤثرتری برای توانمندسازی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست ارائه شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند. نویسندگان شخصاً تمامی مراحل پژوهش را انجام داده‌اند.

تضاد منافع

مقالهٔ حاضر هیچ‌گونه تعارض منافع و منابع مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد و با تأییدیهٔ اخلاقی از کمیتهٔ اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج (IR.IAU.SDJ.REC.1402.053) اجرا شده است.

[27] Baer
[28] Carmody & Baer
[29] Shapiro
[30] Britton
[31] Harnett & Dawe
[32] Kuyken

REFERENCES

1. Abbasi Shorbakhloo A, Khezri H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety, cognitive flexibility, and self-efficacy in boys with no parental care and maltreatment. In: Proceedings of the 5th International Conference on Health, Educational Sciences and Psychology; 2024. Link
2. Afshar Shandiz H, Rahimian Boogar I, Talepasand S. Comparison of Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Brief Solution-Focused Therapy on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis. J Psychol Sci. 2023;22(125):881-898. Link
3. Alavi S, Elahinejad M, Khan Mohammadi A. The Effectiveness of Group Interventions Based on Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy in Enhancing Social Self-Efficacy, Self-Regulation, and Improving Communication Skills among Girls Aged 16 to 19. JNIP. 2024;21 (25):1-15. Link
4. Azevedo MLD, Menezes CB. Effects of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program on Stress, Self-Efficacy and Mindfulness in University Students. SMAD Rev Eletronica Saude Ment Alcool Drog. 2020;16(3):44-54. DOI: 10.11606/ISSN.1806 6976.SMAD.2020.165513
5. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. Clin Psychol Sci Pract. 2003;10(2):125-143. DOI: 10.1093/CLIPSY.BPG015
6. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman. 1997. Link
7. Britton WB, Lepp NE, Niles HF, Rocha T, Fisher NE, Gold JS. A Randomized Controlled Pilot Trial of Classroom-Based Mindfulness Meditation Compared to an Active Control Condition in Sixth-Grade Children. J Sch Psychol. 2014;52(3):263-278. DOI: 10.1016/J.JSP.2014.03.002
8. Butler N. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Efficacy in People with Migraine. New York: Yeshiva University; 2021. Link
9. Carmody J, Baer RA. Relationships Between Mindfulness Practice and Levels of Mindfulness, Medical and Psychological Symptoms and Well-Being in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. J Behav Med. 2008;31(1):23-33. DOI: 10.1007/S10865 007 9130 7
10. Chan SH, Yu CKC, Li AW. Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Counseling Self-Efficacy: A Randomized Controlled Crossover Trial. Patient Educ Couns. 2021;104(2):360-368. DOI: 10.1016/J.PEC.2020.07.022
11. Diotaiuti P, Girelli L, Mancone S, Corrado S, Valente G, Cavicchiolo E. Impulsivity and Depressive Brooding in Internet Addiction: A Study With a Sample of Italian Adolescents During COVID-19 Lockdown. Front Psychiatry. 2022;13:941313. DOI: 10.3389/FPSYT.2022.941313
12. Fadaei Vatan Zahra, ESTAKI MAHNAZ, Ghanbari Panah Afsaneh, Kochakentezar Roya. Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Reconstructing Training Effectiveness on Social and Emotional Self-Efficacy in Students with Learning Problems. Psychol Except Individ. 2019;9(35):169-192. Link
13. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Compassion Focused Therapy on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. Front Psychol. 2019;10:1099. DOI: 10.3389/FPSYG.2019.01099
14. Gao F, Du X. A Meta-Analysis of Rumination and Digital Addiction. Pers Individ Dif. 2025;238:113074. DOI: 10.1016/J.PAID.2025.113074
15. Haghayegh A, Ghasemi N, Neshardoost HT, Kajbaf MB, Khanbani M. Psychometric Properties of Diabetes Management. Iran J Endocrinol Metab. 2010;12(2):111-115. Link
16. Harnett PH, Dawe S. The Contribution of Mindfulness-Based Therapies for Children and Families and Proposed Conceptual Integration. Child Adolesc Ment Health. 2012;17(4):195-208. DOI: 10.1111/J.1475-3588.2011.00643.X
17. Heinen JM, Laing EM, Schäffeler N, Bäuerle A, Krakowczyk JB, Schug C, et al. How Do Mindfulness-Based Interventions Promote Coping and Self-Efficacy in Patients With Cancer: A Systematic Review. Psychooncology. 2024;33(5):e6350. DOI: 10.1002/PON.6350
18. Janalipouramrei D, Khatibi SM, Tatari A, Monsef H, Khojasteh-e-Mottaghi M, Moeini F. Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Improving Depressive Symptoms, Quality of Life and Resilience in Depressed Spouses of Veterans. Payashahr. 2023;6(61):143-152. Link
19. Jodaki H, Sabet M, Ahadi H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Fatigue in Patients with Cervical Cancer. Iran J Rehabil Nurs. 2022;8(2):1-11 Link
20. Kabat-Zinn, J. (2023). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144–156. http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016
21. Kangwanrattanakul K. Validation of the Thai WHOQOL-OLD Among Thai Older Adults: Rasch Analysis. Sci Rep. 2025;15:12978. DOI: 10.1038/S41598-025-97824-4
22. Kuyken W, Warren F, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2016;73(6):565-574. DOI: 10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2016.0076\
23. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, Vicary R, Motton N, Burnett R, et al. Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-Randomised Controlled Feasibility Study. Br J Psychiatry. 2016;208(2):126-138. DOI: 10.1192/BJP.BP.113.126649
24. Lubbers J, Geurts D, Hanssen I, Huijbers M, Spijker J, Speckens A, Cladder-Micus M. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination in Bipolar Disorder. Int J Bipolar Disord. 2022;10:22. DOI: 10.1186/S40345 022 00269 1
25. Malekzadeh L, Nikkho F, Tarkhan RA, Najafi-Pazuki M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Resilience and Quality of Life of Mothers of Children With Learning Disabilities. Q J Appl Psychol Res. 2013;14(4):223-238 DOI :10.22059/japr.2023.341919.644242
26. Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions for Ruminative Thinking: A Systematic Review and Meta-Analysis of

Randomized Controlled Trials. J Affect Disord. 2023;321:83-95. DOI: 10.1016/J.JAD.2022.10.022
27. Mohammadpour M, Rafi'inia P, Sabahi P, Najafi M. Comparison of the Effectiveness of MBCT and ACT on Quality of Life in Patients With Focal Epilepsy. Q J New Psychol Res. 2020;15(57):1-18. Link
28. Moradi A, Ahmadian A, Mohammadi A, Ghavidel-Klor R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. J Mod Psychol Res. 2023;18(72):249-256. DOI: 10.22034/jmpr.2024.17336
29. Nasiri HA. Validity and Reliability Study of the WHO Quality of Life Scale and Preparation of Its Iranian Version. Natl Semin Stud Ment Health. 2006. Link
30. Nikkerdar F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Dysfunctional Attitudes, Death Anxiety and Quality of Life of Elderly People With Depression. 10th Natl Conf Positive Psychol. 2023. Link
31. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. J Pers Soc Psychol. 1991;61(1):115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115. DOI: 10.1037/0022-3514.61.1.115
32. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After the 1989 Loma Prieta Earthquake. J Pers Soc Psychol. 1991;61(1):115-121. DOI: 10.1037/0022-3514.61.1.115
33. Pasha R, Sarraj Khorami A. The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Dysfunctional Attitudes in Patients With MDD and OCD. Psychol Adv. 2018;4(1):93-112. DOI: 10.22055/psy.2018.21336.1764
34. Schonert-Reichl KA, Lawlor MS. The Effects of a Mindfulness-Based Education Program on Pre- and Early Adolescents' Well-Being and Social Emotional Competence. Mindfulness. 2010;1(3):137-151. DOI: 10.1007/S12671 010 0011 8
35. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2018. Link
36. Shapiro SL, Brown KW, Thoresen C, Plante TG. The Moderation of MBSR Effects by Trait Mindfulness. J Clin Psychol. 2011;67(3):267-277. DOI: 10.1002/JCLP.20761
37. Sharifi-Daramady P, Ghasempour F. The Effectiveness of Mindfulness Training Based on Cognitive Therapy on Coping with Rumination and Test Anxiety. Educ Psychol. 2013;19(69):164-198. DOI: 10.22054/jep.2024.71725.3773.
38. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. Psychol Rep. 1982;51(2):663-671. DOI: 10.2466/PR0.1982.51.2.663
39. Shokouhi Nejad N, Bayat MR, Zanganeh Motlagh F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Female Patients with Fibromyalgia. J Iran Med Counc. 2022;5(4):589-599. DOI: 10.18502/JIMC.V5I4.11331
40. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. JAMA. 2009;301(21):2252-2259. DOI: 10.1001/JAMA.2009.754
41. Tajik R, Shahed Hagh Ghadam H, Rahnejat AM. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Improving Adaptive Behaviors and Quality of Life of Students with Mild Depression. Int J Behav Sci. 2020;13(4):142-146. DOI: 10.30491/IJBS.2020.104085
42. Täschner J, Dicke T, Reinhold S, Holzberger D. "Yes, I Can!" A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions Promoting Teacher Self-Efficacy. Rev Educ Res. 2025;95(1):3-52. DOI: 10.3102/00346543231221499
43. Tavakoli, O. and Ebrahimi, S. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on academic motivation, self-efficacy and academic procrastination of students. Monthly Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education, 3(28), 54-66. (in Persian). https://civilica.com/doc/1500992/
44. Tavakoli O, Ebrahimi S. The Effectiveness of MBCT on Academic Motivation, Self-Efficacy and Academic Procrastination of Students. New Adv Psychol Educ Sci. 2019;3(28):54-66. Link
45. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review. Clin Psychol Rev. 2015;37:26-39. DOI: 10.1016/J.CPR.2015.02.001
46. Watkins E. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. Psychol Bull. 2008;134(2):163-206. DOI: 10.1037/0033-2909.134.2.163
47. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-1409. DOI: 10.1016/0277 9536(95)00112 K
48. Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. The Development of Coping Across Childhood and Adolescence: An Integrative Review. Int J Behav Dev. 2011;35(1):1-17. DOI: 10.1177/0165025410384923
49. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness Interventions With Youth: A Meta-Analysis. Mindfulness. 2015;6(2):290-302. DOI: 10.1007/S12671-013-0260-4