

اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در دختران آسیب دیده از رابطه با جنس مخالف

ثنا افشاری^۱، دلارا شعف^۲، مسعود نجاری^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۳. دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هفتم، شماره پنجاه و پنج، سال ۱۴۰۱، صفحات ۳۶۴-۳۵۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۱/۳۱

چکیده

رابطه با جنس مخالف در سنین نوجوانی و جوانی غالباً می‌تواند به برخی آسیب‌های جبران‌ناپذیر برای دختران منجر شود. بر همین اساس پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی تحت نظارت بهزیستی شهر مهاباد جهت دریافت خدمات مشاوره مراجعه کرده و از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۶) بود. گروه آزمایش تحت درمان ذهن آگاهی ویلیامز و سگال (۲۰۰۳) به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ذهن آگاهی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب تفاوت معنی‌داری بر تاب آوری ($p < 0/001$) و تنظیم شناختی هیجان ($p < 0/001$) در دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف معنادار بود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی روش مداخله‌ای مناسبی برای ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف است.

کلیدواژه: درمان ذهن آگاهی، تاب آوری، راهکارهای سازش یافته، راهکارهای سازش نیافته.

مقدمه

در دوره نوجوانی^۱، دختران و پسران تغییرات جسمی، روحی، عاطفی در خلق و خو پیدا می‌کنند. بلوغ می‌تواند در شرایطی زمینه‌ساز حرکت به سوی لغزش‌ها شود. در این مرحله، واردات ذهنی، مخرب، بی‌اثر و خاموش نمی‌مانند؛ بنابراین، ممکن است زمینه‌ساز خطر شوند. تحولات اجتماعی و فرهنگی دهه‌های اخیر، پیدایش بعضی معضلات اخلاقی و ظهور نگرش‌های متنوع و مختلف و گاه معارض درباره روابط دختر و پسر، توجه جدی به این مسئله را از ناحیه جامعه شناسان، روان شناسان و مربیان آشکار می‌کند. گروهی از کارشناسان امور تربیتی و روان‌شناسی آن را مرحله‌ای از بلوغ فکری و رشد شخصیت تعریف می‌کنند که موفقیت در آن مرحله به معنای موفقیت در فرآیند اجتماعی شدن است. برخی از متخصصان علوم اجتماعی معتقدند که روابط آزاد بین دختر و پسر از ویژگی جوامع مدرن یا جوامع در حال گذار به سوی مدرنیته و از امور غیرقابل اجتناب است. بسیاری از والدین، بزرگان و کسانی که دغدغه حفظ سنت‌ها و آموزه‌های اصول دینی- اخلاقی را دارند با نگاهی انتقادی‌تر به این مسئله می‌پردازند (جهان شیلا و سادات سجادی، ۱۳۹۹).

به‌رحال آسیب دیدن نوجوانان و جوانان دختر در این سن می‌تواند مشکلات روان‌شناختی زیادی را با خود به همراه بیاورد. یکی از این مشکلات مربوط به حوزه تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان^۲ این افراد می‌شود. تاب‌آوری^۳ به‌عنوان عاملی برای سازگاری^۴ موفقیت‌آمیز با تغییرات و توانایی مقاومت در برابر مشکلات شناخته‌شده است (آهرن و نوریس^۵، ۲۰۱۱). به فرد این امکان را می‌دهد که بتواند از مهارت سازگاران خود سود جسته و شرایط استرس‌زا را به فرصتی برای یادگیری و رشد تبدیل کند و با تمرکز بر مشکل استرس را در فرد، کنترل کند (ویلکز، ۲۰۰۸ به نقل از جعفر زاده و همکاران، ۱۳۹۴) و یک فرایند پویاست که در آن افراد باوجود تجارب آسیب‌زا یا مصیبت‌بار، سازگاری مثبت نشان می‌دهند (لوتار، سیچتی و بیکر^۶، ۲۰۰۰). علی‌رغم فراوانی پژوهش‌ها در حوزه تاب‌آوری توافق کاملی در مورد تعریف این متغیر به وجود نیامده و تلاش‌های به‌عمل آمده برای تعریف این مفهوم به دلایل مختلف روش‌شناسی هم چنان مبهم باقی مانده است. محققان به‌طور مشترک تاب‌آوری را پیش‌بینی بین سلامت روانی و پیامد ظرفیت کارکردی و کفایت اجتماعی^۷ تعریف کرده‌اند (اولسون^۸، ۲۰۰۳). تاب‌آوری به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی^۹ از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه ازجمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (پینکورات^{۱۰}، ۲۰۰۸). همچنین تاب‌آوری بازگشت به تعادل

1. teenage period

2. Cognitive regulation of emotion

3. Resilience

4. adjustment

5. Ahern & Norris

6. Luthar, Cicchetti & Becker

7. Social adequacy

6. Owlsone

9. social support

10. Pinquart

سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند (کامپفر^۱، ۱۹۹۹). در واقع از عواملی که به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش آور زندگی کمک کرده و افراد را در برابر دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد تاب‌آوری است (راتر، ۱۹۸۵).

یکی از عوامل تاب‌آوری افراد در برابر استرس، مهارت‌های تنظیم هیجان است (محمودی و قائمی، ۱۳۹۶). تنظیم شناختی هیجان^۲ به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فردی از آن به‌منظور افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). برای این‌که تجارب هیجانی ناخوشایند بتوانند برطرف شوند و دیگر تجارب و رفتارها بتوانند پردازش شوند، شخص باید به فرایندهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی اجازه دهد تا با تجربه هیجان همراه شوند (رابرتون و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات پیشین، بین نه راهبرد تنظیم شناختی تمایز قائل شده‌اند که بین این نه راهبرد پنج راهبرد پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی کردن، ارزیابی مجدد مثبت، توسعه دیدگاه سازگارانه هستند و راهبردهای سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگران ناسازگارانه هستند (صدری دمیرچی، اسدی شیشه گران، اسماعیلی قاضی ولویی، ۱۳۹۵). استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عواملی مهم و تأثیرگذار در کاهش سلامت روانی افراد هستند (ساکسنا، دبی و پاندی^۳، ۲۰۱۱). راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی و بهبود ارتباطات رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقا می‌بخشد (دیفندروف، ریچارد و یانگ^۴، ۲۰۰۸). محققان آسیب‌شناسی روانی معتقدند که داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری و خشونت‌ناکشی و احساس شرمندگی و گناه نیز در نتیجه تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌گردد (ساندلر، تین و وست^۵، ۱۹۹۴). بر اساس مطالب اظهارشده در واقع در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ مطالعه‌ای که بتواند تأثیر این درمان را بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف بررسی کند یافت نشد، لذا به سایر مطالعاتی که در زمینه پروتکل درمانی ذهن آگاهی بر روی متغیرهای دیگر صورت گرفته است، اشاره می‌شود.

ثابت فر، مسچی و حسین زاده تقوایی (۱۴۰۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم جویی شناختی هیجانی و رفتارهای خود مراقبتی مبتلایان پرفشاری خون نشان دادند که هشت جلسه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (گروه اول) و ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد (گروه دوم) تأثیر معناداری بر استرس ادراک‌شده و نظم جویی هیجانی دارد. همچنین آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گروه دوم) تأثیر معناداری بر مؤلفه‌های رژیم غذایی و رژیم دارویی داشت. رحمانیان، اورکی و میرزاده اهری (۱۴۰۰) در مطالعه خود تحت عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و وسوسه مصرف سیگار دریافتند که بین نمره های پس‌آزمون گروه‌های آزمون و کنترل در اضطراب و وسوسه مصرف

1. Kumpfer

2. Cognitive Emotion Regulation

3. Saxena, Dubey & Pandey

4. Diefendorff, Richard & Yang

5. Sandler, Tein, & West

6. Mindfulness Therapy

سیگار تفاوت معنادار وجود داشت. به طوری که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب و وسوسه مصرف سیگار در گروه آزمایش گردید. گل پرور و طباطبایی نژاد (۱۳۹۹) در تحقیقی تحت عنوان تأثیر درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر سرمایه عاطفی دانش آموزان دختر افسرده نشان دادند که بین درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در پس آزمون، پس از کنترل پیش آزمون در سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن یعنی عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی تفاوت معنادار وجود دارد. در سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن بین گروه ذهن آگاهی مثبت محور با گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود نداشت، اما گروه ذهن آگاهی مثبت محور با گروه شناختی-رفتاری در سرمایه عاطفی، و دو مؤلفه عاطفه مثبت و احساس انرژی دارای تفاوت معنادار بود. اوسطی و صالحی (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس بر روی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی به این نتیجه رسیدند که تفاوت نمرات پس آزمون و پیش آزمون معنی دار می‌باشد و مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیماران دارای ملال جنسیتی مؤثر بوده است. سبولا^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و پرخاشگری نوجوانان پرداختند. نتایج تحقیق نشان دادند که درمان ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی و کاهش پرخاشگری نوجوانان مؤثر است. ایوتزین^۲ و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر ذهن آگاهی و مثبت نگری بر شاخص‌های بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان پرداختند و نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها نشان داد که ترکیب ذهن آگاهی با مثبت نگری در آموزش و درمان بر افزایش شاخص‌های بهزیستی نظیر شکوفایی و تعالی خود در دانش آموزان مؤثر است. طباطبایی نژاد، آقایی و گل پرور (۱۳۹۷)، پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان دختر افسرده انجام دادند. نتایج نشان داد که بین درمان ذهن آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در پس آزمون پس از کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. آبیاری، مکوندی، بختیارپور، نادری و حافظی (۱۳۹۷)، پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، و ترکیبی (ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش) بر افسردگی انجام دادند. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد بین چهار گروه در نمرات پس آزمون افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش، و ترکیبی بر افسردگی اثر معنی دار داشته است، اما درمان ترکیبی به طور معناداری مؤثرتر از ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بوده است. نتایج همچنین نشان داد که تفاوت بین دو گروه تعهد و پذیرش و ذهن آگاهی، غیر معنادار است، بنابراین تأثیر این روش‌ها بر آزمودنی‌ها، یکسان بوده است.

1. Cebolla

2. Ivztan

بر اساس موارد ذکر شده در بالا تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در دختران آسیب دیده از رابطه با جنس مخالف نپرداخته است. در نهایت هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان در دختران آسیب دیده از رابطه با جنس مخالف بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دختران آسیب دیده از رابطه با جنس مخالف در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی تحت نظارت بهزیستی شهر مهاباد جهت دریافت خدمات مشاوره مراجعه کرده و از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان ذهن آگاهی (ویلیامز، ۲۰۰۳) به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته قرار داده شدند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: رضایت‌نامه کتبی، دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف، داوطلب شرکت در پژوهش و همچنین دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل نبودن به ادامه همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تنظیم شناختی هیجان (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۶) استفاده شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS): کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. این مقیاس شامل ۲۵ گویه می‌باشد و برای هر گویه طیف لیکرت درجه‌بندی شده پنج گزینه‌ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. دامنه‌ی امتیاز قابل کسب بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد و هر چه امتیاز به دست آمده به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده‌ی تاب‌آوری بیشتر است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از سعیدی و همکاران، ۱۳۹۴). جعفر زاده و همکاران (۱۳۹۴) ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. ابوالقاسمی (۱۳۹۱) و محمدی (۱۳۸۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در میان دانشجویان ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۶): این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تهیه شد و دارای ۱۸ گویه می‌باشد. راهکار شناختی تنظیم هیجان به دودسته کلی راهکارهای سازش یافته و راهکارهای سازش نیافته تقسیم می‌شوند. خرده

1. Conner & Davidson

مقیاس‌های راهکارهای سازش یافته شامل پذیرش، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری و خرده مقیاس‌های راهکارهای سازش نیافته شامل نشخوار گری، خود سرزنش گری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری می‌باشد. به سؤالات بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۴۱ تا ۰/۵۹ به دست آمده است (گرانفسکی و کراجی، ۲۰۰۶). در ایران این پرسشنامه توسط بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) هنجاریابی شد. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ایرانی به ترتیب خود سرزنش‌گری (۰/۷۸)، پذیرش (۰/۸۹)، نشخوارگری (۰/۸۳)، تمرکز مجدد مثبت (۰/۸۹)، برنامه‌ریزی (۰/۹۱)، ارزیابی مجدد مثبت (۰/۸۸)، کم‌اهمیت شماری (۰/۸۵)، فاجعه‌نمایی (۰/۹۲) و دیگر سرزنش‌گری (۰/۹۳) محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ی راهکارهای سازش یافته ۰/۷۷ و برای راهکارهای سازش نیافته ۰/۸۰ به دست آمد.

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. در پژوهش حاضر جهت مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طرح درمانی ویلیامز و سگال (۲۰۰۳) استفاده شد؛ که در آن آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. شیوه ارائه مطالب در این برنامه به صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فعالیت‌های انجام‌شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی ذهن آگاهی

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	خوش آمدگویی، بحث درباره مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت‌زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات، معرفی و آشناسازی، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش‌آزمون.
دوم	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با مراجع، توضیح درباره ماهیت الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفضالی، ارائه نمودار آن، بحث و گفتگو درباره الگو، آموزش فن مهار توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف و تأکید بر انجام تکلیف، دریافت پس‌خوراند.
سوم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداري، ارائه تکلیف برای خانه.
چهارم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، بحث پیرامون تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانه، دریافت پس‌خوراند مجدد.
پنجم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف، ارائه تکلیف، دریافت مجدد پس‌خوراند.
ششم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرکز، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.
هفتم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.

دریافت پس‌خوراند از جلسه‌های درمانی، مرور تکالیف و پاسخگویی به سؤال‌ها و اشکال‌ها، تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسه‌های قبل با مشارکت اعضا، بیان ضرورت و لزوم به‌کارگیری فنون آموخته شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث درباره وضعیت روانی فعلی اعضا، پاسخ به سؤال‌های مطرح شده، تعیین جلسه پیگیری، و انجام پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به‌منظور آزمودن فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش‌فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون از روش تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری SPSS23 مورد استفاده قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای دختران آسیب‌دیده از جنس مخالف به ترتیب ۱۷/۳۲ و ۴/۵۹ بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/090$). پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌دهندگان بر حسب سن

گروه	زیرمجموعه	تعداد	درصد
آزمایش	۱۵ تا ۱۸ ساله	۸	۵۳/۳۳
	۱۹ تا ۲۱ ساله	۴	۲۶/۶۶
	۲۲ تا ۲۴ ساله	۳	۲۰
	۱۵ تا ۱۸ ساله	۹	۶۰
کنترل	۱۹ تا ۲۱ ساله	۴	۲۶/۶۶
	۲۲ تا ۲۴ ساله	۲	۱۳/۳۳
جمع کل دو گروه	-	۳۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، داده‌های به‌دست‌آمده از اطلاعات جمعیت شناختی سن مربوط به دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف به تفکیک در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره	سطح معناداری
تاب‌آوری	۰/۹۲۹	۰/۰۸۶
پیش‌آزمون	۰/۹۱۹	۰/۰۷۰
پس‌آزمون	۰/۹۳۳	۰/۰۹۲
راهکار سازش یافته	۰/۹۵۲	۰/۲۱۸
پس‌آزمون	۰/۹۴۰	۰/۱۱۰
راهکار سازش نیافته	۰/۹۲۷	۰/۰۸۱

با توجه به نتایج جدول ۲ در متغیرهای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان (راهکار سازش یافته و راهکار سازش نیافته) مقدار Z به دست آمده معنادار نمی باشد ($p > 0/05$)؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۴. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تاب آوری	گواه	۱۵	۵۵/۵۳	۱۲/۱۵	۵۵/۱۲
	آزمایش	۱۵	۵۵/۸۰	۱۲/۲۷	۶۷/۱۴
راهکارهای سازش یافته	گواه	۱۵	۴/۸۱	۰/۳۹۰	۴/۴۵
	آزمایش	۱۵	۴/۷۶	۰/۳۵۶	۶/۹۰
راهکارهای سازش نیافته	گواه	۱۵	۴/۲۱	۰/۳۲۲	۴/۳۰
	آزمایش	۱۵	۴/۳۳	۰/۳۴۱	۲/۲۷

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین تاب آوری در گروه آزمایش از (۵۵/۸۰) در مرحله پیش آزمون به (۶۷/۱۴) در مرحله پس آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش و میانگین راهکار سازش یافته در گروه آزمایش از (۴/۷۶) در مرحله پیش آزمون به (۶/۹۰) در مرحله پس آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش و میانگین راهکار سازش نیافته در گروه آزمایش از (۴/۳۳) در مرحله پیش آزمون به (۲/۲۷) در مرحله پس آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش یافته است.

جدول ۵. آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
تاب آوری	۴/۲۰	۱	۲۸	۰/۰۶۲
راهکارهای سازش یافته	۳/۳۵	۱	۲۸	۰/۱۸۰
راهکارهای سازش نیافته	۱/۱۵	۱	۲۸	۰/۳۱۰

همچنین، نتایج به دست آمده در جدول ۵ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان (راهکار سازش یافته و راهکار سازش نیافته) برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش آزمون و پس آزمون را تأیید کرده است.

جدول ۶. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
تاب آوری	۱	۱۳۰/۰۷	۰/۸۲	۰/۲۱۸
راهکارهای سازش یافته	۱	۱۰۵/۱۷	۰/۷۳	۰/۱۹۵
راهکارهای سازش نیافته	۱	۱۱۲/۲۰	۰/۷۹	۰/۲۰۳

در جدول ۶ مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان (راهکار سازش یافته و راهکار سازش نیافته) با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه - پیش آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب آوری	۳۲۰/۳۰	1	۳۲۰/۳۰	۲۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
راهکارهای سازش یافته	۳۷۷/۱۱	۱	۳۷۷/۱۱	۲۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۱
راهکارهای سازش نیافته	۳۱۵/۰۹	۱	۳۱۵/۰۹	۲۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۳

بر اساس نتایج جدول ۷ مداخله برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان (راهکار سازش یافته و راهکار سازش نیافته) دختران آسیب دیده از جنس مخالف تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۶۶ درصد از واریانس تاب آوری و همچنین ۷۹ درصد از واریانس راهکارهای سازش یافته و همچنین ۶۱ درصد از واریانس راهکارهای سازش نیافته به وسیله مداخله برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان دختران آسیب دیده در ارتباط با جنس مخالف انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر ارتقای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان دختران آسیب دیده در ارتباط با جنس مخالف اثربخش بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج چراغ پور خنکدار (۱۴۰۰)، گل پرور و طباطبایی نژاد (۲۰۲۱)، ویدها^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، گلدین^۲ و همکاران (۲۰۲۱)، پرینی^۳ و همکاران (۲۰۲۱)، بروتو^۴ و همکاران (۲۰۲۱)، پاردوس گاسکون^۵ و همکاران (۲۰۲۱)، استراوس^۶ و همکاران (۲۰۲۱)، ریتو^۷ و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته اول مبنی بر اثر درمان ذهن آگاهی بر تاب آوری می‌توان بیان کرد که ذهن آگاهی به درک این نکته کمک می‌کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهند، اما جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به فرد این امکان را می‌دهد که به جای پاسخ غیرارادی به رویدادها با تأمل و تفکر پاسخ دهد. در این صورت به جای الگوهای رفتاری خودکار، با درک حضور در زمان حال با همراهی با هیجانات و عدم قضاوت آن‌ها قادر به مدیریت شرایط موجود بوده و استرس کمتری تجربه خواهد شد و تاب آوری و سلامت روان افزایش خواهد یافت (چراغ پور خنکدار، ۱۴۰۰). همچنین در طول جلسات درمان با آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، توضیح درباره ماهیت الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انحصالی، ارائه نمودار آن، بحث و گفتگو درباره الگو، آموزش فن مهار توجه و تمرین آن می‌توان میزان تاب آوری افراد گروه نمونه را ارتقا داد. همچنین در تبیین

1. Widha

2. Goldin

3. Perini

4. Brotto

5. Pardos-Gascón

6. Strauss

7. Ritvo

یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر اثر درمان ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت که مشاهده خالی از قضاوت در ذهن آگاهی می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را کاهش دهد؛ بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر ساخته و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله غیرانطباقی را به دنبال خواهد داشت. با وجود تشابهات هیجانی بین انسان‌ها انتظار می‌رود الگویی که هر فرد برای تنظیم هیجان‌اتش استفاده می‌کند، نتایج هیجانی متفاوتی به دنبال داشته باشد (گودین و کراس، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی، افراد را با نحوه ابراز مناسب هیجان‌ات در موقعیت‌های مختلف آشنا نموده و آن‌ها را پذیرش هیجان‌ات خویش، ابراز به‌موقع و کنترل بعد منفی آن هیجان‌ات، می‌تواند تصور منفی از خود را بهبود بخشد و خود را به‌عنوان فردی مفید تلقی کند. ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (بروان و ریان، ۲۰۰۳ به نقل از یاقوتی و عارفی، ۱۴۰۱). در درمان ذهن آگاهی با آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار می‌توان تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش داد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی داوطلبانه، مکان اجرا و گستره‌ی اجرای پژوهش به شهر مهاباد که احتیاط در تعمیم یافته‌ها را سبب می‌شود. وجود بیماری کرونا و ویروس و نبود وجود مرحله پیگیری به علت خارج شدن تعداد زیادی از افراد نمونه مورد مطالعه در پایان پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد در کنار درمان ذهن آگاهی، برنامه‌های آموزشی و درمان‌های دیگری به‌صورت ترکیبی یا مجزا بر روی افراد گروه نمونه پژوهش کار شود. همچنین اجرای این درمان‌ها بر روی متغیرهای روان‌شناختی دیگر صورت گیرد تا تأثیرات هرکدام از این برنامه‌های آموزشی و درمان‌ها و اجرای آن را در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره عملی نمود. در مطالعات بعدی حتماً مرحله پیگیری نیز لحاظ شود تا روند درمان ذهن آگاهی در طول زمان مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی در شهرها و جامعه‌های آماری متفاوت نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (دختران آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف)، مراکز مشاوره و روان‌درمانی تحت نظارت بهزیستی شهر مهاباد، همچنین استاد گران‌قدر جناب آقای دکتر کیومرث کریمی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود.

منابع

- ابوالقاسمی، علی. (۱۳۹۱). رابطه بین تاب‌آوری، خودکارآمدی و استرس با رضایت از زندگی در دانشجویان با پیشرفت تحصیلی بالا و پایین. مجله مطالعات روان‌شناسی، ۳(۷)، ۱۳۱-۱۵۲.
- اوسطی، کتایون و صالحی، مهدیه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس بر روی بیماران مبتلا به اختلال ملال جنسیتی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۲(۲)، ۶۳-۷۰.
- آبیاری، ذوالفقار؛ مکنونی، بهنام؛ بختیارپور، سعید؛ نادری، فرح و حافظی، فریبا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، و ترکیبی (ذهن‌آگاهی، تعهد و پذیرش) بر افسردگی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۵(۴)، ۲۸-۳۸.
- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۷۰.
- ثابت فر، نیما؛ مسچی، فرحناز و حسین زاده تقوایی، مرجان. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی هیجانی و رفتارهای خود مراقبتی مبتلایان پرفشاری خون. پرستاری مراقبت ویژه، ۱۴(۴)، ۸-۱۹.
- جعفر زاده، ناصر؛ فرخی، نورعلی و سهرابی اسمرود، فرامرز. (۱۳۹۴). رابطه‌ی شیوه‌های فرزند پروری با تاب‌آوری دانش آموزان. فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۱۱(۳۷)، ۸۱-۶۷.
- جهان‌شیل، شرمین و سادات سجادی، مرضیه. (۱۳۹۹). بررسی روابط آزاد دختر و پسر و تأثیرات آن. پژوهش‌های اسلامی جنسیت و خانواده، ۳(۵)، ۴۱-۵۹.
- چراغ‌پور خنکدار، رقیه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و سلامت روان مادران دارای کودک معلول ذهنی. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۴(۳۸)، ۸۳-۹۴.
- رحمانیان، مهدیه؛ اورکی، محمد و میرزاده اهری، فهیمه. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و وسوسه مصرف سیگار. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۵(۲)، ۱۶-۳۰.
- سعیدی، هیوا؛ درتاج، فریبرز و سلیمی، اسامه. (۱۳۹۴). رابطه تاب‌آوری و احساس تنهایی با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان باهنه. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۶(۲)، ۹۴-۸۳.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ اسدی شیشه‌گران، سارا و اسماعیلی قاضی ولویی، فریبا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تنظیم شناختی هیجان، احساس تنهایی و صمیمیت اجتماعی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۵(۲)، ۳۷-۴۶.
- طباطبایی نژاد، فاطمه؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی دانش‌آموزان دختر افسرده. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۷(۳)، ۵-۱۶.
- گل پرور، محسن و طباطبایی نژاد، فاطمه السادات. (۱۳۹۹). تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت محور، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر سرمایه عاطفی دانش‌آموزان دختر افسرده. مجله پرستاری کودکان، ۶(۳)، ۳۰-۳۸.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- محمودی، کاووس و قائمی، فاطمه. (۱۳۹۶). رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در مدیران هلال احمر. پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۱(۳۷)، ۹۳-۱۱۰.

- باقوتی، اسما و عارفی، مختار. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر پردازش شناختی، تنظیم هیجان و بهزیستی روان شناختی معلمان. پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، ۷(۵۵)، ۲۹-۴۱.
- Ahern, N. R., Norris, A. E. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs*, 26(6), 530-40.
 - Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., ... & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), 626.
 - Cebolla, A., Enrique, D., Alvear, J., Soler, and García-Campayo, J. (2017). Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Papeles del psicólogo*, 38, 12-18.
 - Connor, K.M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, 76- 82.
 - Diefendorff, J. M., Richard, E. M., Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior*, 73(20), 498-508.
 - Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
 - Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
 - Goldin, P.R., Gross, J.J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
 - Goldin, P. R., Thurston, M., Allende, S., Moodie, C., Dixon, M. L., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2021). Evaluation of cognitive behavioral therapy vs mindfulness meditation in brain changes during reappraisal and acceptance among patients with social anxiety disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 78(10), 1134-1142.
 - Golparvar, M., & Tabatabaie Nejad, F. A. (2021). The effect of positive mindfulness therapy, mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital of female students with depression. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(3), 30-38.
 - Ivtzan, I., Niemiec, R. M., & Briscoe, C. (2016). A study investigating the effects of Mindfulness-Based Strengths Practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 6(2).
 - Kumpfer, K.L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. New York: Kluwer Academic, 269-77.
 - Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child*.
 - Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C., & Van-der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100197.
 - Perini, F., Wong, K. F., Lin, J., Hassirim, Z., Ong, J. L., Lo, J., ... & Lim, J. (2021). Mindfulness-based therapy for insomnia for older adults with sleep difficulties: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1-11.
 - Piquart M. (2008). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*, 23, 1-8.
 - Ritvo, P., Knyahnytska, Y., Pirbaglou, M., Wang, W., Tomlinson, G., Zhao, H., ... & Daskalakis, Z. (2021). Online mindfulness-based cognitive behavioral therapy intervention for youth with major depressive disorders: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 23(3), e24380.
 - Robertson, T., Daffern, M., Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 72-82.

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sandler, I. N., Tein, J. Y., & West, S. G. (1994). Coping, Stress, and the Psychological Symptoms of Children of Divorce: A Cross sectional and Longitudinal Study. *Child Development*, 65(6), 1744-1763.
- Saxena, P., Dubey, A., Pandey, R. (2011). Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. *J Proj Psy & Ment Health*, 18(2), 147- 54.
- Strauss, C., Gu, J., Montero-Marin, J., Whittington, A., Chapman, C., & Kuyken, W. (2021). Reducing stress and promoting well-being in healthcare workers using mindfulness-based cognitive therapy for life. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100227.
- Widha, L., Rahmat, H. K., & Basri, A. S. H. (2021). A review of mindfulness therapy to improve psychological well-being during the COVID-19 pandemic. In *Proceeding International Conference on Science and Engineering*, 4, 383-386.