

# اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر انگیزش تحصیلی و

## خودکارآمدی دانش آموزان

امید توکلی<sup>۱</sup>، دکتر صدیقه ابراهیمی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی، آمل، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت الله آملی، آمل، ایران (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۱۷۱-۱۸۱

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی دانش آموزان انجام گرفت. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهر چمستان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. نمونه های پژوهش شامل ۳۰ آزمودنی که به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شده بودند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه هایی که جهت جمع آوری اطلاعات از گروه نمونه در نظر گرفته شده بود، عبارت بودند از: مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲). برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین های نمرات انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک روش مؤثر در افزایش انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی دانش آموزان است.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی.

## مقدمه

آموزش و پرورش به عنوان یکی از مهم ترین نهادهای یک جامعه است که می تواند زمینه رشد همه جانبه افراد را فراهم کند. به طور کلی، پرورش استعداد های فردی و تحکیم پایه های زندگی جمعی و ایجاد تفاهم میان افراد انسانی در سایه آموزش و پرورش صورت می گیرد (کالن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). زندگی تحصیلی از مهم ترین دوره های زندگی فرد است که بر تربیت و یادگیری ثمربخش و موفقیت آمیز فرد تأثیر می گذارد و در آنجا لیاقت ها و توانایی ها به بار می نشیند و پیشرفت های علمی حاصل می شود. همان طور که می دانیم، بهبود کیفیت آموزشی و سرمایه گذاری بر روی منابع آموزشی و انسانی از عوامل مؤثر در توسعه همه جانبه کشورها محسوب می شود؛ زیرا دانش آموزان به واسطه پیشرفت تحصیلی به جایگاهی دست می یابند که از استعدادها و توانایی هایشان برای دستیابی به اهداف آموزش عالی استفاده نموده و شرایط اجتماعی موفقیت آمیزی را ایجاد می کنند؛ اما در زندگی روزانه تحصیلی، دانش آموزان با انواع چالش ها، موانع و فشارهای خاص این دوره (از جمله نمرات ضعیف، سطوح استرس، تهدید اعتماد به نفس در نتیجه عملکرد، کاهش انگیزش و تعامل و ...) مواجه می شوند؛ بنابراین، یافتن شرایط، عوامل و روش های مؤثر در جهت پیشرفت تحصیلی و نیز مجهز ساختن دانش آموزان به انواع توانمندی ها و امکانات که آن ها را در برخورد با این چالش ها یاری رساند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در همین راستا، متغیرهایی مانند انگیزش تحصیلی از جمله عواملی هستند که توجه متخصصان آموزش و پرورش و روان شناسان را به خود جلب کرده اند (آدولف و برگر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

انگیزش تحصیلی به عنوان یک متغیر محوری و اساسی در آموزش و پرورش، همواره مورد توجه پژوهشگران و متخصصان روان شناسی تربیتی بوده است؛ زیرا میزان تلاش و فعالیت هر دانش آموز در مسیر موفقیت به میزان و کیفیت انگیزش او بستگی دارد (دسی و رایان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). از طرفی، باورهای خودکارآمدی که رفتارهای فرد برای سازگاری با موقعیت های ناشناخته و میزان مقاومت فرد در مواجهه با مشکلات و شکست ها را تحت تأثیر قرار می دهد (ژاکل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲)، پایه اصلی و محور انگیزه انسان محسوب می شوند و به میزان بهره مندی افراد از این باورها، احتمال موفقیت آن ها را در انجام کارها بالا می برد (خواجه و حسین چاری، ۱۳۹۰). لذا با توجه به اهمیت موضوع و نقش آن در توسعه همه جانبه کشورها، استفاده از روش های درمانی که در افزایش انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی دانش آموزان مؤثر افتد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. یکی از این روش های درمانی که اثربخشی آن در درمان های اضطراب، افسردگی (الهای، لوین، اوبرین و آرمیور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ بوتلر، بودن، اولینو، موریسون، هیمبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸؛ هافمن و گومز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷؛ اسپیک و همکاران، ۲۰۱۳؛ طالبی زاده و همکاران، ۲۰۱۳، ۱۳۹۱)، کاهش استرس (کورنر و وایت، ۲۰۱۴)، شناخت، عملکرد تحصیلی، رفتار و کارکرد اجتماعی - هیجانی دانش آموزان (برندی، میچل، ورنیکا و کریستین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵؛ زمانی امیر زکریا،

<sup>1</sup> Cullen,<sup>2</sup> Adolph, & Berger<sup>3</sup> Deci & Ryan<sup>4</sup> Jaekel<sup>5</sup> Elhai, Levine, O'Brien & Armour<sup>6</sup> Butler, Boden, Olino, Morrison & Heimberg<sup>7</sup> Hofmann & Gómez<sup>8</sup> Brandy, Michael, Veronica & Kristen

فضیلت پور و توحیدی، ۱۳۹۷) به اثبات رسیده است، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اصطلاحی است برای روش‌های درمانی مبتنی بر فنون شکل‌دهی رفتار و همچنین، رویه‌هایی برای تغییر باورهای غیر انطباقی (کارول<sup>۱</sup> و اون کن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آن‌ها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آن‌ها معمولاً برمی‌انگیزانند، جدا کند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد (سگال<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

اثربخشی این روش در طی پژوهش‌های منصوری (۱۳۹۷) که به پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی، اهمال‌کاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان؛ شاه مرادی طباطبایی و انصاری شهیدی (۱۳۹۶) که پژوهشی با هدف اثربخشی ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه؛ سپهری شاملو، هامپا، مشهدی و برومند (۱۳۹۵) که پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش گروهی آگاهی از خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی تجربه‌های مثبت؛ کرامتی و معرفتی (۱۳۹۵) با پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان؛ رضایی تپه (۱۳۹۵) با پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی عمومی و اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستانی؛ محمدی (۱۳۹۲) با پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر هیجانات تحصیلی دانش‌آموزان؛ برندی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر شناخت، عملکرد تحصیلی، رفتار و عملکرد اجتماعی - هیجانی دانش‌آموزان؛ بریتون، شاهار، سزیپسین ول و جاکوب<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) که به پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر واکنش‌های عاطفی در استرس اجتماعی پرداختند، مؤثر افتاده و به اثبات رسیده است؛ بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر از طریق اجرای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی و تعلل ورزی تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوره دوم شهر چمرستان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ هستند. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای است؛ یعنی افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند؛ به این صورت که ابتدا شهر چمرستان به پنج ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم گشته و از هر ناحیه یک مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس، به صورت تصادفی انتخاب و از هر کلاس ۲۰ نفر گزینش می‌شوند. سپس، پرسشنامه‌های انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی بر روی آن‌ها اجرا و تعداد

<sup>1</sup> Carroll

<sup>2</sup> Onken

<sup>3</sup> Segal

<sup>4</sup> Brandy

<sup>5</sup> Britton, Shahar, Szepeswol & Jacobs

۳۰ نفر از آن‌ها که نمرات یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی کسب نموده‌اند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین می‌شوند. گروه آزمایش به مدت دو ماه (۸ جلسه دوساعته (هفته‌ای یک جلسه)) در دوره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) شرکت کردند، درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل دست‌نخورده باقی ماندند. بعد از اتمام شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) برای گروه آزمایش، هر دو گروه آزمایش و کنترل توسط پرسشنامه‌هایی که جهت سنجش متغیر وابسته (انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی) به‌عنوان پیش‌آزمون داده‌شده بود، مجدداً پس‌آزمون گردیدند.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از مقیاس انگیزش تحصیلی والرند و همکاران (۱۹۹۲) و پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

**مقیاس انگیزش تحصیلی:** مقیاس انگیزش تحصیلی یک ابزار خود گزارشی است که توسط والرند<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری انگیزش تحصیلی دانشجویان و دانش‌آموزان، بر اساس نظریه خود تعیین‌گری دسی و رایان<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۸ گویه و سه خرده مقیاس انگیزش درونی<sup>۳</sup>، انگیزش بیرونی<sup>۴</sup> و بی‌انگیزشی<sup>۵</sup> است. والرند و همکاران (۱۹۹۲) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و با استفاده از روش بازآزمایی با ارزش ۰/۷۹ تأیید کرده‌اند. همچنین، روایی سازه‌ای<sup>۶</sup> این مقیاس نیز از روش تحلیل عاملی تأییدی، بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

**پرسشنامه باورهای خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲):** نسخه اصلی آزمون ۳۶ ماده بوده که بر اساس تحلیل‌های انجام‌شده، ماده‌هایی که هر یک از عوامل اجتماعی و عمومی بار ۰/۴۰ را داشتند، حذف نشدند و باقی ماندند. براین اساس، ۱۳ ماده که دارای این ویژگی نبودند، حذف و آزمون به ۲۳ ماده کاهش یافت. از این ۲۳ ماده، ۱۷ ماده خودکارآمدی عمومی را می‌سنجید که میانگین آن‌ها ۱۲/۰۸ بود. ضریب قابلیت اعتماد از طریق آلفای کرونباخ، برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ به دست آمد (مژدهی، ۱۳۸۲).

### اجرای مراحل درمانی MBCT

روش مداخله‌ی محقق در پژوهش حاضر بر محتوای جلسات الگوی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۲) استوار بود.

**جلسه اول (هدایت خودکار):** خوردن کشمش ذهن آگاه، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاه یک فعالیت روزمره به مدت شش روز در هفته و تمرین واریسی بدنی هرروز.

<sup>1</sup> Vallerand

<sup>2</sup> Deci & Ryan

<sup>3</sup> Intrinsic Motivation

<sup>4</sup> Extrinsic Motivation

<sup>5</sup> Demotivation

<sup>6</sup> Construct

جلسه دوم (رویارویی با موانع): تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند.

جلسه سوم (تکنیک تنفس): تمرین مراقبه نشسته، راه رفتن ذهن آگاه، تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند، تمرین تنفس و کشش در روزهای فرد هفته و تمرین حرکت باحالت ذهن آگاهانه در روزهای زوج هفته.

جلسه چهارم (ماندن در زمان حال): مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته، تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.

جلسه پنجم (مجوز حضور): مراقبه نشسته، تکلیف خانگی: تمرین مراقبه‌ی نشسته هدایت‌شده.

جلسه ششم (افکار حقایق نیستند): مراقبه نشسته تجسم، تمرین تغییر خلق و افکار، تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.

جلسه هفتم (مراقبت از خود): مراقبه نشسته، اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت، تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز، بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.

جلسه هشتم (استفاده از آموخته‌ها): تمرین واریسی بدنی، بازنگری مطالب گذشته، برنامه‌ریزی برای آینده و ... .

## یافته‌ها

نتایج حاصل از اجرای پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر روی دو گروه کنترل و آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به شرح زیر ارائه شده است. در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس به کمک نرم‌افزار آماری SPSS-22 استفاده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی

متغیرها		گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
				میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
انگیزش درونی		آزمایش	۱۵	۲۰/۰۶	۴/۸۳	۳۹/۹۳	۱۰/۳۰
		کنترل	۱۵	۲۲/۸۰	۵/۸۸	۲۴/۳۳	۶/۷۱
انگیزش بیرونی		آزمایش	۱۵	۲۵/۲۰	۵/۴۹	۳۳/۶۶	۶/۵۵
		کنترل	۱۵	۲۲/۲۰	۶/۹۷	۲۲/۴۰	۷/۱۳
بی انگیزشی		آزمایش	۱۵	۱۴/۴۶	۲/۰۶	۹/۴۰	۴/۷۹
		کنترل	۱۵	۱۳/۸۶	۳/۱۵	۱۴/۲۶	۳/۱۹
خودکارآمدی		آزمایش	۱۵	۲۷/۳۳	۷/۰۰۶	۳۹/۲۶	۹/۹۸
		کنترل	۱۵	۲۵/۷۳	۴/۹۹	۲۶/۲۰	۵/۵۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید، در پیش‌آزمون، نمرات مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی در دو گروه تفاوت چندانی ندارند. همچنین، مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش، در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، میانگین نمرات مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی تغییر قابل‌ملاحظه‌ای داشته است، درحالی‌که میانگین این نمرات در گروه کنترل، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت چشمگیری نداشته است.

یکی از پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک، فرض نرمال بودن توزیع نمرات نمونه در جامعه است. در این پژوهش، برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> استفاده گردید. از آنجاکه سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده در آزمون شاپیرو-ویلک، در متغیرهای پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد، درنتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای موردبررسی در نمونه آماری، داری توزیع نرمال می‌باشد و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. قبل از به‌کارگیری این آزمون، مفروضه‌های این آزمون به‌وسیله همگنی شیب رگرسیون، آزمون ام‌باکس و آزمون لوین موردبررسی قرار گرفت.

نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی) و وابسته (پس‌آزمون مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان داد که تعامل پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی در گروه معنی‌دار نیست؛ بنابراین، فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. سطح معنی‌داری آزمون همگنی شیب رگرسیون برای مؤلفه انگیزش درونی ( $F=0/616$  و  $P=0/549$ )، انگیزش بیرونی ( $F=0/352$  و  $P=0/707$ ) و بی انگیزشی ( $F=0/943$  و  $P=0/943$ ) بود. همچنین، برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی در گروه‌های موردپژوهش نیز از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج حاصله از آزمون باکس، دارای مقدار سطح معناداری  $0/684$  ( $P>0/05$ ) می‌باشد که نشان می‌دهد شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به‌خوبی رعایت شده است ( $F=0/657$  و  $P>0/05$ ). برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی در گروه‌های موردپژوهش نیز، از آزمون لوین استفاده شد. براساس آزمون لوین، فرض صفر برای برابری واریانس‌های نمرات دو گروه در مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی در پس‌آزمون تأیید می‌شود؛ یعنی پیش‌فرض برابری واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون برای مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی تأیید شد. سطح معنی‌داری آزمون لوین برای مؤلفه انگیزش درونی ( $F=2/555$  و  $P=0/121$ )، انگیزش بیرونی ( $F=3/662$  و  $P=0/066$ ) و بی انگیزشی ( $F=0/113$  و  $P=0/740$ ) بود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون‌های باکس، لوین و آزمون همگنی شیب رگرسیون، تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت.

<sup>1</sup> Shapiro-Wilk

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۳۰	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
لامبدای ویلکز	۰/۲۷۰	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
اثر هتلینگ	۲/۶۹۸	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۶۹۸	۲۰/۶۸۷	۲۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های سه گانه انگیزش تحصیلی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ )؛ بنابراین، برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج حاصل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های انگیزش تحصیلی در دو گروه

منابع	پس‌آزمون	SS	df	MS	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	انگیزش درونی	۲۲۰۶/۷۲۸	۱	۲۲۰۶/۷۲۸	۵۱/۲۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۱/۰۰۰
	انگیزش بیرونی	۴۱۹/۵۳۹	۱	۴۱۹/۵۳۹	۳۵/۸۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹	۱/۰۰۰
	بی انگیزشی	۱۶۲/۷۲۸	۱	۱۶۲/۷۲۸	۵۲/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹	۱/۰۰۰
خطا	انگیزش درونی	۱۰۷۵/۸۲۹	۲۵	۴۳/۰۳۳	-	-	-	-
	انگیزش بیرونی	۲۹۲/۳۳۲	۲۵	۱۱/۶۹۳	-	-	-	-
	بی انگیزشی	۷۶/۸۱۶	۲۵	۳/۰۷۳	-	-	-	-

همان‌طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین میانگین‌های نمرات انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و بی انگیزشی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ )؛ بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) موجب افزایش انگیزش درونی، انگیزش بیرونی و کاهش بی انگیزشی شده است. میزان تأثیر انگیزش درونی ۶۷/۲ درصد، انگیزش بیرونی ۵۸/۹ درصد و بی انگیزشی ۶۷/۹ درصد در مرحله پس‌آزمون بوده است.

جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. قبل از به‌کارگیری این آزمون، مفروضه‌های این آزمون به‌وسیله آزمون همگنی شیب رگرسیون و آزمون لوین موردبررسی قرار گرفت. نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون خودکارآمدی) و وابسته (پس‌آزمون خودکارآمدی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) نشان داد که تعامل گروه با پیش‌آزمون به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین، از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نکرده ایم. سطح معنی‌داری آزمون همگنی شیب رگرسیون برای متغیر خودکارآمدی ( $F = ۰/۲۲۸$  و  $P = ۰/۶۳۷$ ) بود. هم‌چنین، برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس

خودکارآمدی در گروه‌های موردپژوهش نیز، از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس این آزمون مقدار سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد که از مفروضه برابری واریانس تخطی نکرده ایم. با توجه به همگنی شیب رگرسیون و برابری واریانس، می‌توان از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد. سطح معنی‌داری آزمون لوین برای متغیر خودکارآمدی ( $F=4/061$  و  $P=0/054$ ) بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات خودکارآمدی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۴۰۹/۲۸۲	۱	۱۴۰۹/۲۸۲	۹۰/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۹۲۳/۸۱۶	۱	۹۲۳/۸۱۶	۵۹/۰۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱/۰۰۰
خطا	۴۲۲/۰۵۲	۲۷	۱۵/۶۳۲	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین میانگین نمرات خودکارآمدی برحسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(1, 27)} = 59/099$  و  $P < 0/01$ )؛ بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) موجب افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان شده است. میزان این تأثیر در مرحله پس‌آزمون ۶۸/۶ درصد بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی دانش‌آموزان انجام گرفت و نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش انگیزش تحصیلی و خودکارآمدی دانش‌آموزان شده است که در زیر به تبیین هر یک از موارد فوق می‌پردازیم.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی شامل تمرین مؤلفه‌هایی است که بیماران را در جهت تمرکززدایی سوق می‌دهد. بیماران در برنامه ذهن‌آگاهی، تمرکززدایی از افکار و هیجانات (یا هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند. این جلسات، شخص را قادر می‌سازد تا تمرکززدایی را در یک محیط کنترل‌شده، معمولاً در حالت نشسته با چشم‌های بسته در فضایی آرام تمرین کند. وقتی مهارت تمرین شود، پذیرش تسهیل می‌گردد (بائر و همکاران، ۲۰۰۶) و در نتیجه، موجب بهبود انگیزش تحصیلی می‌گردد. هم‌چنین، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه نیز تبیین کرد که ذهن‌آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است؛ زیرا روشی مؤثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشد؛ بنابراین، اهمیت مدیریت کردن بر ذهن بیش‌ازپیش نمایان می‌شود. ذهن‌آگاهی راه‌کاری مؤثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. ذهن‌آگاهی یا حضور ذهن به معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌ها است، به‌طوری‌که بهتر بتوانیم آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنیم.

در تبیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تعلل ورزی تحصیلی دانش‌آموزان می‌توان گفت که اثر آموزش توجه آگاهی بر خودکارآمدی به‌طور واضحی همخوان با این عقیده است که اصلاح مستقیم پردازش‌های توجهی می‌تواند، منجر به تغییرات

هم‌زمان در باورهای ناکارآمد شود. این اثر به‌طور روشنی به دیدگاه پویای شناخت در اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود. چندین مکانیسم می‌توانند زیربنای اثربخشی بالینی آموزش کنترل توجه شوند که شامل کم رنگ شدن توجه متمرکز بر خود، قطع راهبردهای پردازش مبتنی بر نگرانی و نشخوار فکری، افزایش کنترل اجرایی بر پردازش و توجه و تقویت شیوه فراشناختی پردازش هستند. کم شدن توجه متمرکز بر خود در اختلال‌های هیجانی، احتمالاً به این دلیل مفید خواهد بود که شدت پاسخ‌های جسمانی و عاطفی درک شده را کاهش می‌دهد. استفاده از رویکردهای توجهی مثل آموزش کنترل توجه، نشان می‌دهد که چنین پاسخ‌هایی بدون خطر هستند و بایستی نادیده گرفته شوند. این رویکرد نه‌تنها توجه را از حالت جسمانی و هیجانی دور می‌سازد، بلکه در حالت‌های هیجانی، توجه انتخابی به افکار منفی را نیز کاهش می‌دهد. آموزش کنترل توجه، اثرات درمانی خود را از طریق قطع فعالیت‌های پردازشی مداوم نگرانی و نشخوار فکری اعمال می‌کند. قطع این پردازش‌ها فوایدی در بردارد. اولاً؛ نگرانی و نشخوار فکری ممکن است با حفظ الگوهای ناکارآمد توجه و بازیابی حافظه ارتباط داشته باشند و موجب حفظ ارزیابی‌های تهدید و باورهای منفی شوند. نشخوار فکری در مورد جنبه‌های ناتمام موقعیت فعلی فرد، ممکن است با بازیابی و یادآوری شکست‌ها و ناکامی‌های گذشته همراه شود؛ بنابراین، پردازش‌های مبتنی بر نشخوار فکری و نگرانی ممکن است موجب گیر افتادن فرد در درون شکل‌بندی‌های پردازشی منفی شوند که باورها و تفسیرهای منفی را حفظ می‌کنند. ثانیاً؛ قطع پردازش مداوم توسط آموزش کنترل توجه، فرایند چرخه‌ای این پردازش‌ها را از بین می‌برد و باعث آزادسازی ظرفیت توجهی برای دیگر عملیات‌های پردازشی می‌گردد که برای شکل‌گیری پردازش‌های کنترل اجرایی، ایجاد اطلاعات عدم‌تأییدی بالقوه و جدید لازم هستند. احتمالاً تحت چنین شرایطی توجه، انعطاف‌پذیرتر می‌شود و کمتر به الگوهای خاص دانش ناکارآمد محدود می‌گردد. کنترل بهبودیافته به شخص اجازه می‌دهد که دانش ناکارآمد خود را اصلاح کند و محرک‌های بالقوه تهدیدکننده را پردازش کند، بدون آن‌که شکل‌گیری ناکارآمد شناختی و یا پردازش‌های شناختی سوء گیرانه ایجاد شود (ولز، ۲۰۰۰؛ ترجمه بهرامی و رضوان، ۱۳۸۵).

در حالت کلی، در ذهن آگاهی شخص آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال حاضر معطوف می‌سازد. زمانی که فرد در حال حاضر حضورداشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و درمی‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت‌ها و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد، سوء گیری‌های شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس را در فرد ایجاد و یا تشدید می‌کند. در ذهن آگاهی فرد با دقت بیشتری به افکار خود توجه می‌کند و بدون بیزاری یا قضاوت، آن‌ها را موردبررسی قرار می‌دهد و علت وجود آن‌ها را درمی‌یابد. تمرین حضور ذهن این توانایی را به فرد می‌دهد که در یابد «افکار صرفاً افکار هستند» و زمانی که می‌فهمد افکارش ممکن است حقیقت نداشته باشند، راحت‌تر می‌تواند آن‌ها را رها کند. علاوه براین، با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای درون باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه، رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد را کنار بگذارد و به رهایی برسد.

## منابع

- رضایی تپه، خلیل (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی عمومی و اضطراب امتحان دانش آموزان دبیرستانی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- شاه مرادی طباطبایی، طاهره سادات؛ و مجتبی، انصاری شهیدی (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر انگیزش پیشرفت دختران دوره متوسطه. کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب شناسی روانی و تربیت دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین.
- کرامتی، معصومه؛ و معرفتی، خدیجه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان. سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰)، ۲۴-۳۴.
- محمدخانی، پروانه؛ و خانی پور، حمید (۱۳۹۱). درمان های مبتنی بر حضور ذهن. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدی، فاطمه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر هیجانات تحصیلی دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- منصوری، جمیله (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان. روانشناسی اجتماعی، ۶(۴۸)، ۶۷-۷۶.
- Adolph, K. E., & Berger, S. E. (2015). Physical and motor development. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook*, (7th, pp. 261-333). New York: *Psychology Press/Taylor & Francis*.
- Brandy, R. M., Michael, S., Veronica, M., & Kristen, E. B. (2015). Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior and socio-emotional functioning of primary and secondary students. *Campbell Systematic Reviews*, 13, 45-57.
- Britton, W. B., Shahr, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 2, 365-380.
- Butler, R. M., Boden, M. T., Olino, T. M., Morrison, A., & Heimberg, R. G. (2018). Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 31-38.
- Cullen, K. (2011). *Child psychology* (1st). Published in the UK by Icon Books Ltd, Omnibus Business Centre, North Road, London.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, Vol. 38. Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln: *University of Nebraska Press*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739-749.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: *Guilford press*, 121-145.

- Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high-school drop out. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1161–1176.