

The effect of mindfulness-based cognitive therapy on assertiveness and self-esteem of adolescent girls who were victims of bullying

Maryam Mahmoodi¹ , Saeed Ariapooran^{2*} , Hooshang Jadidi³

1. PhD Student, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literatures and Humanistic Sciences, Malayer University, Malayer, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Abstract

Received: 23 Oct. 2025

Revised: 29 Nov. 2025

Accepted: 30 Nov. 2025

Keywords


Adolescent girls
Assertiveness
Mindfulness-based cognitive therapy
Self-esteem
Victim of bullying

Corresponding author

Saeed Ariapooran, Associate Professor in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Malayer University, Malayer, Iran

Email: S.ariapooran@malayeru.ac.ir



 doi.org/10.30514/icss.27.3.76

Introduction: Adolescents who are victims of bullying experience psychological problems; therefore, therapeutic interventions to improve these consequences should be effective. The present study aimed to investigate the effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on assertiveness and self-esteem in adolescent girls who are victims of bullying.

Methods: The research method was an experimental design with pretest, posttest, and follow-up (3 months) with a control group. The statistical population of this study consisted of adolescent girls who were victims of bullying in Kermanshah city, Iran. The statistical sample included 32 adolescent girls who were randomly assigned to the experimental and control groups. The Adolescent Bullying Scale (Shaw et al., 2013), Assertiveness Scale (Sherer, 1980), and Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) were used to collect data. The data were analyzed using mixed analysis of variance.

Results: The results revealed that MBCT was effective in increasing the assertiveness and self-esteem scores of adolescent girls who were victims of bullying, and the persistence of the therapy effect was significant in both variables.

Conclusion: Based on the findings, MBCT enhances moment-to-moment awareness, promotes emotional acceptance, and reduces self-criticism, thereby improving assertiveness and self-esteem in adolescent girls. Therefore, using this approach in school-based interventions and counseling centers can be an effective strategy for enhancing the mental health of adolescents affected by bullying.

Citation: Mahmood M, Ariapooran S, Jadidi H. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on assertiveness and self-esteem of adolescent girls who were victims of bullying. *Advances in Cognitive Sciences*. 2025;27(3):76-89.

Extended Abstract

Introduction

Bullying is a common issue in schools, involving repeated aggressive behaviors toward more vulnerable individuals, often where a power imbalance exists. Victims, usually children or adolescents, suffer physical,

psychological, and academic consequences, significantly affecting their well-being. Bullies may harass others due to feelings of superiority, using verbal or physical aggression. Bullying is prevalent among girls and is

linked to psychological problems, such as anxiety, depression, and hopelessness. It also lowers self-esteem and assertiveness—skills that help individuals express themselves, maintain personal respect, and resist unreasonable demands. Reduced self-esteem increases vulnerability to psychological distress, while victims often experience depression, low self-worth, suicidal thoughts, and other mental health challenges. In addition, the negative impact extends beyond victims, affecting bullies and bystanders. Overall, bullying is a pervasive problem with serious emotional, social, and academic consequences, highlighting the importance of preventive measures and supportive interventions to protect adolescents' mental health and promote positive school environments.

Given the high prevalence and negative consequences of bullying, psychological interventions are crucial to reduce its impact. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is an effective approach for adolescents, involving meditation, breathing exercises, and body scans to increase awareness of thoughts, emotions, and behaviors. MBCT enhances emotional regulation, self-control, resilience, and can reduce aggressive behaviors and shyness while boosting self-esteem. These practices strengthen adolescents' psychological capacities and protect against the mental health effects of bullying. However, research on MBCT's effectiveness in improving assertiveness and self-esteem specifically among adolescent girls who are victims of bullying is limited. Implementing such interventions can inform evidence-based therapeutic strategies, provide practical guidance to schools and counselors, and mitigate the psychological consequences of bullying. Investigating MBCT's effects on self-expression, self-esteem, and assertiveness in this group addresses a critical research gap. It offers strategies to enhance adolescents' mental health, social competencies, and overall well-being.

Methods

This quasi-experimental study used a pretest-posttest-follow-up design with a control group to examine the effects of MBCT on assertiveness and self-esteem among adolescent girls. The population included female students aged 13-15 in lower secondary schools in Kermanshah, Iran. Initially, 500 students from grades seven to nine were selected via multistage cluster sampling from nine schools and completed the Adolescent Bullying Scale. After removing incomplete data, 469 responses were analyzed, of which 103 scored above 20 on the bullying victim subscale. Following interviews, 83 students were confirmed as bullying victims, and 49 students scoring one standard deviation below the mean on assertiveness were considered eligible. After explaining the study objectives to students and mothers, 45 agreed to participate and were randomly assigned to an experimental group ($n=22$) and a control group ($n=23$). After excluding absentees, both groups had 16 participants each. Inclusion criteria were age 13-15, confirmed bullying victimization, low assertiveness, consent from the student and mother, and no concurrent therapy. Exclusion criteria included incomplete questionnaires, absences, or non-cooperation. Measures included the Shaw Adolescent Bullying Scale ($\alpha=0.73$), Sherer Assertiveness Scale ($\alpha=0.84$), and Rosenberg Self-Esteem Scale ($\alpha=0.87$). The MBCT intervention involved eight 90-minute sessions over four weeks, based on the official manual, including present-moment awareness, breathing exercises, body scans, meditation, and cognitive restructuring to enhance emotional regulation, self-esteem, and assertiveness among adolescent girls who had experienced bullying.

Results

The data for assertiveness and self-esteem were normally distributed at pretest, posttest, and follow-up, as indicated by skewness and kurtosis values within ± 2 . Box's M

test confirmed the homogeneity of variance-covariance matrices for assertiveness ($F=1.49$, $P=0.97$) and self-esteem ($F=6.78$, $P=0.42$). Mauchly's test of sphericity supported the equality of within-group variances for assertiveness ($\chi^2=2.14$, $P>0.34$) and self-esteem ($\chi^2=0.86$, $P>0.65$), allowing a repeated-measures ANOVA to be conducted. Levene's test further confirmed equality of between-group variances for assertiveness (pretest $F=0.005$, $P=0.94$; posttest $F=0.78$, $P=0.38$; follow-up $F=0.29$, $P=0.59$) and self-esteem (pretest $F=2.06$, $P=0.16$; posttest $F=1.36$, $P=0.25$; follow-up $F=1.69$, $P=0.20$). **Table 3** presents the repeated-measures ANOVA results, with the "time" section reflecting within-subject effects and the "group" section reflecting between-group effects,

confirming that the ANOVA assumptions were met.

The results revealed significant differences between the MBCT and control groups in assertiveness and self-esteem across pretest, posttest, and follow-up. Both the group \times time interaction and main group effects were significant. Effect sizes for assertiveness were 0.22 (time), 0.15 (group \times time), and 0.29 (group), and for self-esteem were 0.14, 0.33, and 0.54, respectively. Bonferroni analysis indicated significant increases in assertiveness and self-esteem in the experimental group at posttest and follow-up, while the control group showed no changes. These findings suggest that MBCT effectively improved assertiveness and self-esteem in adolescent girls who experienced bullying, with effects maintained over time.

Table 3. Mixed ANOVA for comparison of dependent variables in experimental and control groups

Variable	Source of variation	SS	df	MS	F	P	Effect size	Power
Assertiveness	Within-group (Time)	320.006	1	320.006	8.52	0.007	0.22	0.81
	Group \times Time	198.282	1	198.282	5.28	0.029	0.15	0.60
	Between-group (Group)	693.684	1	693.684	12.32	0.001	0.29	0.92
Self-esteem	Within-group (Time)	61.400	1	61.400	5.07	0.032	0.14	0.59
	Group \times Time	180.691	1	180.691	14.91	0.001	0.33	0.96
	Between-group (Group)	451.832	1	451.832	35.85	0.001	0.54	1.00

Conclusion

This study examined the effectiveness of MBCT on assertiveness and self-esteem in adolescent girls who were victims of bullying. The findings showed that MBCT significantly improved assertiveness, with effects maintained at follow-up. While previous research had not specifically studied bullying victims, MBCT has been shown to enhance assertiveness in other adolescent groups by increasing moment-to-moment awareness and acceptance of thoughts and emotions. Strengthening emotion regulation and self-management helps reduce anxiety

and depression, enabling healthier assertive behaviors. By improving attention and reducing negative rumination, adolescents develop resilience and respond more constructively to bullying. MBCT encourages mindful awareness, reducing automatic and irrational reactions in stressful situations.

The intervention also effectively enhanced self-esteem, with gains sustained over time. Mindfulness exercises, such as controlled breathing, body scans, and meditation, reduce negative rumination and replace maladapt-

tive self-schemas with positive self-perceptions. Group activities, including role-playing and practicing assertive communication, reinforce self-confidence and interpersonal skills.

Overall, MBCT improves both assertiveness and self-esteem in adolescent girls by fostering mindfulness, modifying negative cognitive patterns, and providing experiential social-emotional practice. These benefits persist post-intervention due to the consolidation of adaptive cognitive and emotional patterns. While the findings are promising, they are limited to female adolescents. MBCT is recommended as a practical intervention for school counselors and psychologists to enhance psychological outcomes and resilience in bullying-affected adolescents.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University, Sanandaj Branch (IR.IAU.SDJ.REC.1404093). Before the research commenced, participants completed a consent form and were assured that their information would remain confidential. During the study, participants were assigned codes to ensure ano-

nymity and could withdraw at any time. Additionally, to uphold ethical principles, the intervention was provided to the control group after the final analysis.

Authors' contributions

All authors actively participated in the conceptualization, study design, execution, data collection, analysis, and interpretation, and they take full responsibility for the accuracy and integrity of the content.

Funding

This research received no financial support from governmental or non-governmental organizations.

Acknowledgments

This article is derived from the first author's doctoral dissertation in the Counseling Department at Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Iran. The authors sincerely thank all the adolescent students who participated in this study.

Conflict of interest

The authors declared no conflicts of interest.

اثر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری

مریم محمودی^۱، سعید آریاپوران^{۲*}، هوشنگ جدیدی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران
 ۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، گروه روان‌شناسی، ملایر، ایران
 ۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران

چکیده

مقدمه: نوجوانان دختر قربانی قلدری، مشکلات روان‌شناسی زیادی را تجربه می‌کنند؛ از این رو، مداخلات درمانی برای بهبود این مشکلات مؤثر خواهد بود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را دختران نوجوان قربانی قلدری در شهرستان کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۳۲ دختر نوجوان بود که به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس قلدری نوجوانان (Shaw و همکاران، ۲۰۱۳)، مقیاس جرات‌مندی (Sherer، ۱۹۸۰) و مقیاس عزت نفس (Rosenberg، ۱۹۶۵) استفاده شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که MBCT بر افزایش نمرات جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری اثر داشته است و ماندگاری اثر درمان در هردو متغیر معنادار بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی با تقویت آگاهی لحظه‌ای، پذیرش هیجان‌ها و کاهش خودانتقادگری، به بهبود جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان کمک می‌کند. بنابراین، استفاده از این رویکرد در مداخلات مدرسه‌ای و مراکز مشاوره می‌تواند راهکاری مؤثر برای ارتقای سلامت روان نوجوانان آسیب‌دیده از قلدری باشد.

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۹/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۰۹

واژه‌های کلیدی

جرات‌مندی

دختران نوجوان

عزت نفس

ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی

قربانی قلدری

نویسنده مسئول

سعید آریاپوران، دانشیار روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، گروه روان‌شناسی، ملایر، ایران

ایمیل: S.ariapooran@malayeru.ac.ir



doi.org/10.30514/ics.27.3.76

مقدمه

قربانی وارد می‌کند (۳). قربانیان قلدری معمولاً کودک یا نوجوانانی‌اند که ناخواسته هدف رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌گیرند (۴). برخی دانش‌آموزان به دلیل احساس برتری، دیگران را به صورت فیزیکی یا کلامی آزار می‌دهند و این رفتارها سلامت جسمی، روانی و عملکرد تحصیلی قربانیان را تضعیف می‌کند (۱). شیوع انواع قلدری در دختران بین ۴/۹ تا ۱۶/۹ درصد گزارش شده و با مشکلات روانی ارتباط دارد

بسیاری از جوامع با قلدری (Bullying) مواجه‌اند و گزارش‌های متعددی از آن در مدارس وجود دارد؛ در قلدری فردی با رفتارهای پرخاشگرانه به کسی که ضعیف‌تر است آسیب می‌رساند (۱). در محیط مدرسه، قلدری شامل تکرار رفتارهای آزاردهنده بین همسالان است که در آن عدم توازن قدرت میان قلدر و قربانی وجود دارد و قلدر از قدرت بیشتری برخوردار است (۲). قلدری آسیب قابل توجهی به

(۵). همچنین، نرخ کلی قلدری ۱۱/۵۹ درصد برآورد شده است که شامل ۴/۰۴ درصد جسمانی، ۳/۳۷ درصد سایبری و ۴/۱۸ درصد ترکیبی است (۶). قلدری آثار روانی گسترده‌ای دارد و قربانیان، قلدرها و تماشاگران را درگیر مشکلات کوتاه‌مدت و بلندمدت از جمله اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و رفتارهای خودکشی می‌کند (۳، ۷).

قربانی قلدری شدن در مدرسه می‌تواند بر میزان جرات‌مندی (Assertiveness) دختران نوجوان اثر بگذارد. جرات‌مندی مهارتی است برای رد درخواست‌های غیرمنطقی، ابراز صادقانه خود و حفظ احترام شخصی در تعامل با دیگران (۸). این مهارت در نوجوانی نقش محافظتی در برابر قلدری دارد و از مهارت‌های حیاتی رشد محسوب می‌شود (۹، ۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که قربانیان قلدری معمولاً جرات‌مندی پایین‌تری دارند و این امر آنان را در معرض افسردگی پس از تجربه قلدری قرار می‌دهد (۷). علاوه بر تأثیرگذاری روی جرات‌مندی، قربانی قلدری شدن می‌تواند کاهش عزت نفس (self-esteem) دختران نوجوان را به دنبال داشته باشد. عزت نفس به میزان ارزشی گفته می‌شود که فرد برای خود قائل است و نشان‌دهنده نگرش کلی او نسبت به خویشتن، احساس شایستگی، ارزشمندی و رضایت از خود است؛ به بیان دیگر، عزت نفس عبارت است از «قضاوت فرد درباره ارزش خود به عنوان یک انسان» (۱۱). بین رفتار قلدری و عزت نفس رابطه منفی معناداری وجود دارد (۱۲).

با توجه به شیوع بالای قلدری در مدارس، به ویژه قلدری کلامی و رابطه‌ای در میان دختران (۵، ۱۳) و مشکلات روان‌شناختی قربانیان قلدری از جمله جرات‌مندی (۷) و عزت نفس پایین (۱۴)، توجه به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش آثار روان‌شناختی منفی قربانیان قلدری ضروری است. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ((Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)) یکی از درمان‌هایی است که برای نوجوانان استفاده و اثربخشی آن تأیید شده است. رویکرد MBCT شامل اعمال مختلفی مانند مراقبه نشسته، بازنگری بدن و تمرینات تنفسی با هدف افزایش آگاهی فرد از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود است (۱۵). MBCT توسط Segal و همکاران (۲۰۰۲) توسعه داده شد (۱۶). این درمان ابتدا بر استفاده از عناصر درمان شناختی در ترکیب با تمرین‌های ذهن‌آگاهی برای کمک به رفع مشکلات سلامت روان متمرکز بود و نوعی درمان شناختی-رفتاری است که بر پذیرش لحظه حال بدون تصورات و قضاوت‌های از پیش تعیین‌شده و زندگی در لحظه تمرکز دارد؛ MBCT به جای نگاه کردن به محرک خاص یا هیجان‌های منفی با هدف تغییر آنها، بر تغییر رابطه با خود فکر با بررسی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای یک رویکرد

جامع‌تر در جهت دستیابی و حفظ نتایج مثبت تمرکز می‌کند (۱۶). MBCT به افراد کمک می‌کند تا واکنش‌های خود را بهبود بخشند و از رفتارهای پرخاشگرانه جلوگیری کنند (۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که برنامه‌های MBCT در مدارس می‌توانند رفتارهای پرخاشگرانه و قلدری را کاهش دهند (۱۸). این مداخله موجب بهبود تنظیم هیجان، خودکنترلی و تاب‌آوری دانش‌آموزان می‌شوند (۱۹، ۲۰) و در کاهش کم‌رویی دختران نوجوان نیز مؤثر بوده‌اند (۲۱). همچنین MBCT باعث افزایش اعتماد به نفس در دانش‌آموزان خانواده‌های از هم گسیخته (۲۲) و جرات‌ورزی در افراد دارای اضطراب اجتماعی شده است (۲۳)، (۲۴). با این حال، هیچ مطالعه‌ای به طور مستقیم اثربخشی MBCT را بر جرات‌مندی و عزت نفس قربانیان قلدری بررسی نکرده است و در این زمینه خلأ پژوهشی وجود دارد؛ اما پژوهش‌های همبستگی رابطه ذهن‌آگاهی را با عزت نفس نوجوانان تأیید کرده‌اند (۲۵).

قلدری اغلب در نوجوانان اتفاق می‌افتد و دختران نسبت به آن آسیب‌پذیری بیشتری دارند (۵) و پیامدهای منفی از جمله اضطراب، افسردگی، سوءمصرف مواد و رفتارهای خودکشی را به همراه دارد (۳، ۷). بنابراین، اجرای مداخلات درمانی مانند MBCT برای کاهش پیامدهای منفی قلدری در دختران نوجوان قربانی آن ضروری است. همچنین، این مطالعه نقش مهمی در توسعه چارچوب‌های درمانی مبتنی بر شواهد متناسب با نیازهای دختران نوجوان قربانی قلدری دارد و می‌تواند توصیه‌هایی کاربردی برای مدارس، درمانگران و سیاست‌گذاران ارائه دهد. به این ترتیب، روان‌شناسان و مشاوران با بهره‌گیری از یافته‌های این پژوهش می‌توانند مداخلات هدفمندتری برای کاهش پیامدهای روانی قلدری به کار گیرند. همچنین این پژوهش به پر کردن خلأ پژوهشی موجود کمک کرده و پژوهشگران را به بررسی اثربخشی درمان‌های مرتبط با قلدری در دختران نوجوان قربانی قلدری تشویق می‌کند. از این رو، پرسش اصلی این پژوهش این است که «آیا MBCT بر جرات‌ورزی و عزت نفس در دختران نوجوان قربانی قلدری مؤثر است یا خیر؟».

روش کار

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۵ ساله دوره متوسطه اول در شهرستان کرمانشاه را در بر داشت. با توجه به هدف مطالعه که تمرکز بر دانش‌آموزان دختر قربانی قلدری بود، ابتدا ۵۰۰ نفر از دانش‌آموزان پایه‌های هفتم تا نهم از اوایل اردیبهشت تا اواسط خرداد سال ۱۴۰۴ به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای

منفی داشت. همچنین، بعد ارتکاب به قلدری با مشکلات تکانه‌ای رابطه مثبت و با رفتار جامعه‌یاری رابطه منفی نشان داد است؛ میزان رابطه‌ها بین ۰/۳۱ تا ۰/۴۶ بوده است (۲۶). در ایران آریاپوران (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌های قربانی قلدری شدن و ارتکاب به قلدری به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۶ گزارش شده است؛ همچنین، در بررسی روایی هم‌گرای این مقیاس نشان داده شده که همبستگی معناداری ($r=0/45$) بین دو زیرمقیاس قربانی قلدری شدن و ارتکاب به قلدری وجود دارد (۲۸). در پژوهش حاضر و نمونه ۴۶۹ نفری (مرحله غربال‌گری)، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس قربانی قلدری ۰/۷۳ بود.

مقیاس جرات‌مندی (Assertiveness Scale): این مقیاس توسط Sherer (۱۹۸۰) برای سنجش میزان جرات‌ورزی ساخته شده و دارای ۳۲ گویه است؛ نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ است. نمرات این مقیاس بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده جرات‌مندی بالاتر است. پایایی این مقیاس را از طریق ضریب آلفا ۰/۹۰ و از طریق بازآزمون ۰/۷۷ گزارش شده است؛ همچنین در بررسی اعتبار میزان همبستگی این آزمون با پرسشنامه‌های جرات‌ورزی Wolpe و Lazarus ($r=0/73$) و جرات‌ورزی Rathus ($r=0/69$) معنادار گزارش شده است (۲۷). در ایران پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۸ و روایی آن از طریق همبستگی آن با پرسشنامه جرات‌ورزی راتوس ۰/۶۹ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر و نمونه ۴۶۹ نفری (مرحله غربال‌گری)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ بود.

مقیاس عزت نفس (Self-Esteem Scale): این مقیاس توسط Rosenberg (۱۹۶۵) ساخته شده است و دارای ۱۰ گویه است. شیوه پاسخ‌دهی به گویه‌های این مقیاس براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است: کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، موافق=۳ و کاملاً موافق=۴؛ دامنه نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ است. روزنبرگ پایایی بازآزمایی این مقیاس را ۰/۹۰ و گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برای مردان ۰/۸۷ و برای زنان ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۱). Greenberger و همکاران (۲۰۰۳) همبستگی مقیاس عزت نفس Rosenberg با مقیاس رضایت از زندگی در نوجوانان ۰/۴۳ و در دانشجویان ۰/۵۸ گزارش کردند که نشان از روایی مناسب این مقیاس است (۳۰). در ایران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است و در بررسی میزان روایی این مقیاس گزارش کردند که بین این مقیاس با مقیاس افسردگی بک رابطه معنادار ($-0/41$) وجود داشت (۳۱). در پژوهش حاضر و نمونه ۴۶۹ نفری (مرحله غربال‌گری)، ضریب

از ۹ مدرسه انتخاب شدند؛ به طوری که از هر مدرسه یک کلاس از هر پایه وارد مطالعه شد. این دانش‌آموزان به مقیاس‌های قلدری نوجوانان (۲۶)، جرات‌مندی (۲۷) و عزت نفس (۱۱) پاسخ دادند. پس از حذف داده‌های ناقص، اطلاعات ۴۶۹ نفر تحلیل شد که از این میان ۱۰۳ نفر در خرده‌مقیاس قربانی قلدری (با نمره بالاتر از ۲۰)، تجربه حداقل هر چند هفته یکبار قربانی شدن را گزارش کردند. در ادامه، از این افراد مصاحبه اولیه در مورد قلدری و تجربه آن به عمل آمد که بر اساس آن، ۸۳ نفر واجد شرایط قربانی قلدری بودن تشخیص داده شدند.

با توجه به این که متغیر جرات‌مندی یکی از متغیرهای وابسته بود، غربال‌گری بر اساس نمرات یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین ($96/97 \pm 11/23$) یعنی نمرات پایین‌تر از ۸۵/۷۴ در مقیاس جرات‌مندی Sherer (۲۷) انجام شد. بر این اساس، ۴۹ نفر واجد شرایط بودند. سپس هدف پژوهش به صورت حضوری برای نوجوانان و تلفنی برای مادرانشان توضیح داده شد و ۴۵ نفر به همراه مادرانشان موافقت کردند در جلسات MBCT شرکت کنند. این ۴۵ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۲ نفر) و کنترل (۲۳ نفر) تقسیم شدند. بعد از برگزاری جلسات، ۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم حضور مداوم (حداقل دو جلسه پشت سر هم) حذف شدند. برای توازن نمونه، در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها ۶ نفر به صورت تصادفی از گروه کنترل نیز حذف شدند و تعداد نهایی هر گروه به ۱۶ نفر رسید.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۳ تا ۱۵ سال، کسب نمره ۲۰ و بالاتر در خرده‌مقیاس قربانی قلدری، انتخاب بر اساس مصاحبه اولیه، کسب نمره بک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در مقیاس جرات‌مندی، رضایت آگاهانه نوجوان و مادر از شرکت در پژوهش و عدم شرکت در جلسات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، شرکت نکردن متوالی در جلسات، عدم همکاری در جلسات و در انجام تکالیف خانگی.

ابزارها

مقیاس قلدری نوجوانان (Bullying Scale for Adolescents): مقیاس قلدری نوجوانان توسط Shaw و همکاران (۲۶) طراحی شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه و دو زیرمقیاس قربانی قلدری (۱۰ گویه) و ارتکاب به قلدری (۱۰ گویه) است. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت از هرگز=۰ تا چند بار در هفته=۴ نمره‌گذاری است. نمرات بین ۰ تا ۴۰ برای هر زیرمقیاس منظور می‌شود؛ روایی و پایایی مقیاس در پژوهش اصلی Shaw و همکاران (۲۰۱۳) تأیید شده است؛ به گونه‌ای که خرده‌مقیاس قربانی قلدری شدن با اضطراب، افسردگی و علائم هیجانی ارتباط مثبت و با حمایت همسالان ارتباط

آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ بود.

درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی «(۱۶)» استفاده شد که در ۸ جلسه ۱/۵

(هر هفته دو جلسه) اجرا شد. شرح جلسات در جدول ۱ آورده شده

روش مداخله

برای گروه آزمایش اول MBCT بر اساس راهنمای کتاب «شناخت» است:

جدول ۱. خلاصه جلسات MBCT (۱۶)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف منزل
نخست	معرفی، آشنایی و تبیین مفهوم هدایت خودکار	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی با مفاهیم آموزش ذهن‌آگاهی و لزوم آموزش ذهن‌آگاهی، توضیح پیرامون هدایت خودکار و مراقبه خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واریسی بدن و تنفس آگاهانه.	تمرین واریسی بدن
دوم	رویارویی با موانع	مورد تکالیف هفتگی گذشته (انجام مراقبه واریسی بدن و بحث در مورد این تجربه)، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن و تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس، بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مراقبه در حالت نشسته.	تمرین ۱۵-۱۰ دقیقه‌ای مراقبت نشسته
سوم	آگاهی از تنفس یا تنفس آگاهانه	تمرین دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، انجام تمرین‌های حرکات یوگا.	ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»
چهارم	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار (که مراقبه نشسته چهار بعدی نیز نامیده می‌شود) آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه.	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، تمرین تنفس و اجرای تمرین خانگی تن‌آرامی
پنجم	اجازه/مجوز حضور (پذیرش افکار و احساسات)	مرور تکالیف هفته گذشته، تبیین مفهوم پذیرش، انجام مراقبه نشسته، آگاهی و حضور ذهن از تنفس، صداها، افکار و احساسات. ارائه و اجرای حرکات یوگای مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها، بدن و افکار که مراقبه نشسته چهار بعدی نیز نامیده می‌شود (آموزش نحوه ماندن در زمان حال، مفهوم به تمرکز توجه)	تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»
ششم	افکار حقایق نیستند	تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند	تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟	مراقبه نشسته و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود. ارائه تمرینی جهت تهیه لیستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی، تجربه آگاهی و پذیرش بدون قضاوت مورد آنها	نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آنها
هشتم	پذیرش و تغییر و جمع‌بندی جلسات	مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	تکرار تمرینات هفته قبل

روش اجرا

تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت دو ماه از اواسط تیر ماه تا اواسط شهریور ۱۴۰۴، تحت مداخله MBCT در ۸ جلسه قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از انجام مداخله، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه پس از پایان جلسات انجام شد. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس آمیخته بهره گرفته شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 و با میزان خطای کمتر از ۰/۰۵ انجام شد. در زمان برگزاری جلسات

پژوهشگر پس از کسب اجازه از آموزش و پرورش شهرستان کرمانشاه، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از هر مدرسه سه کلاس هفتم، هشتم و نهم را از اوایل اردیبهشت تا اواسط خرداد سال ۱۴۰۴ پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (n=۴۶۹). پس از انجام غربال‌گری با استفاده از مقیاس‌های قلدری نوجوانان (۲۶)، جرات‌مندی (۲۷) و عزت نفس (۱۱) و مصاحبه اولیه، افراد واجد شرایط به صورت

تجربه شده در گروه آزمایش ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) قلدری فیزیکی، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) قلدری کلامی، ۸ نفر قلدری ارتباطی (۵۰/۰ درصد)، ۱ نفر (۶/۲۵ درصد) قلدری سایبری و ۱ نفر (۶/۲۵ درصد) قلدری ترکیبی را تجربه کرده بودند. در گروه کنترل نیز ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) قلدری فیزیکی، ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) قلدری کلامی، ۸ نفر قلدری ارتباطی (۵۰/۰ درصد)، ۱ نفر (۶/۲۵ درصد) قلدری سایبری و ۱ نفر (۶/۲۵ درصد) قلدری ترکیبی را تجربه کرده بودند. میانگین سن در گروه مداخله MBCT و گروه کنترل به ترتیب $۱۴/۰ \pm ۰/۸۱۶$ و $۱۳/۹۳ \pm ۰/۷۷۱$ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار و میزان کشیدگی و چولگی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان گفت که مقادیر مربوط به کشیدگی و چولگی مربوط به جرات‌ورزی و عزت نفس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال بوده است؛ زیرا مقادیر آنها بین $+۲$ و -۲ بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش کنترل

متغیر	دوره	MBCT			کنترل				
		میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	چولگی
جرات‌مندی	پیش‌آزمون	۸۲/۷۷	۶/۷۳	۰/۳۷	-۰/۷۳	۸۲/۰۱	۷/۰۹	-۰/۸۷۱	۰/۷۲۰
	پس‌آزمون	۹۰/۰۹	۶/۱۹	-۰/۰۶	-۰/۴۰	۸۲/۵۱	۷/۴۳	-۰/۴۳۲	-۰/۷۹۸
	پیگیری	۹۰/۷۵	۶/۶۱	-۰/۹۷	۰/۴۹۲	۸۲/۹۶	۸/۲۰	۰/۸۷۵	-۰/۱۳۶
عزت نفس	پیش‌آزمون	۱۷/۷۹	۳/۱۷	۰/۷۰۱	۰/۷۷۹	۱۷/۷۵	۴/۱۴	-۰/۰۹۴	-۰/۲۱۵
	پس‌آزمون	۲۳/۸۱	۲/۸۱	-۰/۲۴۰	-۰/۶۳۸	۱۷/۵۷	۳/۸۱	-۰/۳۳۸	-۰/۶۶۵
	پیگیری	۲۳/۱۰	۲/۵۸	۰/۰۳۱	۰/۵۲۰	۱۶/۳۵	۳/۵۵	۰/۲۵۰	-۰/۴۹۸

و پیگیری ($F=۱/۶۹$ ؛ $P=۰/۲۰$) عزت نفس برابری واریانس‌های بین‌گروهی را تأیید کرد؛ زیرا سطح معناداری این متغیرها کمتر از $۰/۰۵$ بوده است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس آمیخته را نشان می‌دهد. بخش دوره مربوط به اثرات درون‌آزمودنی، بخش گروه نیز مربوط به اثرات بین‌گروهی است.

بر اساس جدول ۳ بین میانگین جرئت‌ورزی و عزت نفس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله MBCT با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. اثر گروه*زمان و اثر گروه بر دو متغیر و ابعاد آنها معنادار بوده است. اندازه اثر زمان، گروه*زمان و گروه بر جرات‌ورزی به ترتیب $۰/۲۲$ ، $۰/۱۵$ و $۰/۲۹$ و بر عزت نفس به ترتیب $۰/۱۴$ ، $۰/۳۳$ و $۰/۵۴$ بود. جدول ۳ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون،

برای گروه آزمایش، برای گروه کنترل دو جلسه توجیحی در مورد فرایند پژوهش و نقش قلدری و قربانی شدن قلدری در سلامت روان صحبت شد؛ لازم به ذکر است در این جلسات هیچ صحبتی در مورد راهکارهای مقابله با قلدری انجام نشد. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، جهت رعایت اخلاق برای گروه کنترل نیز MBCT در ۸ جلسه اجرا شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در میان دختران نوجوان گروه مداخله MBCT ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) پایه هفتم و سیزده سال، ۶ نفر (۳۷/۵۰ درصد) پایه هشتم و چهارده سال و ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) پایه نهم و پانزده سال بودند. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) پایه هفتم و سیزده سال، ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) پایه هشتم و چهارده سال و ۴ نفر (۲۵/۰ درصد) پایه نهم و پانزده سال بودند. از نظر نوع قلدری

برای بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد؛ نتایج آن حاکی از این بود که برای جرات‌ورزی ($F=۱/۴۹$ ؛ $P=۰/۹۷$) و عزت نفس ($F=۶/۷۸$ ؛ $P=۰/۴۲$) این شرط رعایت شد؛ زیرا سطح معناداری در آزمون باکس بیشتر از $۰/۰۵$ بوده است. نتایج آزمون کرویت‌موجلی برای جرات‌ورزی ($X^2=۲/۱۴$ ؛ $P<۰/۳۴$) و عزت نفس ($X^2=۰/۸۶$ ؛ $P<۰/۶۵$) برابری واریانس‌های درون‌گروهی را تأیید کرد. بنابراین می‌توان آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را انجام داد.

نتایج آزمون لوین در پیش‌آزمون ($F=۰/۰۰۵$ ؛ $P=۰/۹۴$)، پس‌آزمون ($F=۰/۷۸$ ؛ $P=۰/۳۸$) و پیگیری ($F=۰/۲۹$ ؛ $P=۰/۵۹$) جرات‌ورزی و پیش‌آزمون ($F=۲/۰۶$ ؛ $P=۰/۱۶$)، پس‌آزمون ($F=۱/۳۶$ ؛ $P=۰/۲۵$)

پس‌آزمون و پیگیری جرات‌ورزی و عزت نفس را در گروه آزمایش و کنترل نشان داده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته برای مقایسه متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
جرات‌مندی	درون گروهی	زمان	۱	۳۲۰/۰۰۶	۸/۵۲	۰/۰۰۷	۰/۲۲	۰/۸۱
	برون گروهی	گروه*زمان	۱	۱۹۸/۲۸۲	۵/۲۸	۰/۰۲۹	۰/۱۵	۰/۶۰
		گروه	۱	۶۹۳/۶۸۴	۱۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۲
عزت نفس	درون گروهی	زمان	۱	۶۱/۴۰۰	۵/۰۷	۰/۰۳۲	۰/۱۴	۰/۵۹
	برون گروهی	گروه*زمان	۱	۱۸۰/۶۹۱	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۶
		گروه	۱	۴۵۱/۸۳۲	۳۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰

پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود نداشت. از این رو، می‌توان گفت که مداخله MBCT بر افزایش نمرات جرات‌ورزی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری اثربخش بوده است و اثر درمان در هر دو متغیر ماندگار بوده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری، میانگین جرات‌ورزی عزت نفس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش داشته است. اما در گروه کنترل بین پس‌آزمون و پیگیری با

جدول ۴. آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جرات‌مندی و عزت نفس

متغیر	گروه	دوره	اختلاف میانگین‌ها
جرات‌مندی	MBCT	پیش‌آزمون	-۷/۳۳°
		پس‌آزمون	-۰/۶۶۶
	کنترل	پیش‌آزمون	-۰/۹۵۲
		پس‌آزمون	-۰/۴۴۹
عزت نفس	MBCT	پیش‌آزمون	-۵/۳۲°
		پس‌آزمون	-۰/۱۲۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۱/۴۰
		پس‌آزمون	۰/۱۲۲

P<۰/۰۵*

این درمان بر جرات‌ورزی دختران نوجوان قربانی قلدری پژوهشی تا به حال چاپ نشده است؛ اما نتایج پژوهش‌های مشابه در گروه‌های دیگر حاکی از آن است که MBCT در بهبود جرات‌ورزی افراد دارای علائم اضطراب و دختران نوجوان (۲۲-۲۴) اثربخش بوده است. از این رو می‌توان گفت این نتیجه در راستای آن یافته‌های قبلی است. هر چند

بحث

هدف پژوهش حاضر اثر MBCT بر جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری بود. نتایج نشان داد که مداخله MBCT بر افزایش نمرات جرات‌ورزی دختران نوجوان قربانی قلدری اثربخش بوده است و اثر درمان در دوره پیگیری ماندگار بوده است. در مورد اثربخشی

بازخورد، تمرین بیان دیدگاه، گفتن «نه» با احترام و مدیریت هیجان‌ها می‌پردازند (۳۵). بنابراین می‌توان گفت که این تجربه عملی، عزت نفس را بهبود می‌بخشد.

در دختران نوجوان قربانی قلدری، مداخله MBCT با افزایش ذهن‌آگاهی، اصلاح طرحواره‌های منفی و تمرین نقش‌آفرینی گروهی (۳۵) به تدریج عزت نفس و قدرت جرات‌ورزی را افزایش می‌دهد. این تغییرات، به صورت پایدار پس از پایان درمان نیز ادامه می‌یابند، چرا که به احتمال زیاد شناخت‌ها و مهارت‌های ذهنی جدید در ذهن آنها تثبیت می‌شود. بر اساس نظریه شناختی-رفتاری و درمان شناختی-رفتاری (۳۶) می‌توان گفت، افراد دارای جرات‌ورزی عزت نفس پایین، دارای افکار خودکار منفی، باورهای ناکارآمد و طرحواره‌های منفی درباره خود (مانند «من بی‌ارزشم») هستند. MBCT به مدد تمرین‌های ذهن‌آگاهی، افکار خودکار منفی را شناسایی می‌کند و با فاصله‌گیری شناختی کمک می‌کند فرد آنها را واقعی و مسلم فرض نکند؛ بنابراین، در جلسات درمانی، نوجوانان یاد می‌گیرند که افکارشان را مشاهده کنند بدون آن که با آنها یکی شوند (مثلاً به جای گفتن «من شکست خورده‌ام»، بگویند «این فکر من است که احساس می‌کنم شکست خورده‌ام»); در نتیجه با انجام روش‌های این درمان، قدرت افکار منفی کاهش و کنترل شناختی افزایش می‌یابد که منجر به بهبود جرات‌ورزی و عزت نفس می‌شود. ماندگاری اثر درمان نیز می‌تواند ناشی از تغییرات بنیادینی باشد که MBCT در الگوهای شناختی و هیجانی افراد ایجاد می‌کند؛ به عبارتی، این مداخله فراتر از تسکین موقت، باعث ایجاد مهارت‌های پایدار در مدیریت هیجان و تفکر خود می‌شود که در طول زمان به حفظ و تثبیت نتایج مثبت کمک می‌کند (۱۶).

به صورت کلی می‌توان گفت سازوکار اثر MBCT بر بهبود جرات‌مندی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری از طریق سه مسیر اصلی عمل می‌کند؛ نخست، این رویکرد با افزایش «آگاهی لحظه‌ای» و ایجاد فاصله از افکار و هیجان‌های منفی، نشخوار ذهنی و خودانتقادگری را کاهش می‌دهد (۱۶). دوم، MBCT با تقویت «پذیرش هیجانی» و «خودمهربانی» به نوجوانان کمک می‌کند تا نگرش مثبت‌تری نسبت به خود داشته باشند و احساس ارزشمندی بیشتری را تجربه کنند (۳۰). سوم، این مداخله از طریق بهبود «تنظیم هیجان» و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، توان نوجوانان را برای مواجهه سازگارانه با موقعیت‌های اجتماعی دشوار و پاسخ جرات‌مندانه افزایش می‌دهد (۳۲). در مجموع، می‌توان گفت MBCT با کاهش فرآیندهای شناختی منفی و تقویت خودمهربانی و تنظیم هیجان (۳۷)، زمینه ارتقای عزت نفس و جرات‌مندی نوجوانان دارای تجربه قربانی بودن را فراهم می‌کند.

نمونه آنان دختران نوجوان قربانی قلدری نبوده است. MBCT از طریق افزایش آگاهی لحظه به لحظه و پذیرش غیرقضاوتی تجربیات هیجانی و شناختی (۱۶)، به نوجوانان کمک می‌کند تا واکنش‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کرده و از چرخه واکنش‌های خودکار و اجتنابی دور شوند. این دوری از چرخه‌های خودکار و اجتنابی، فضای روان‌شناختی لازم را برای انتخاب پاسخ‌های آگاهانه و سازنده، از جمله ابراز وجود به شیوه‌ای سالم، فراهم می‌کند. علاوه بر این، MBCT با تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان (۳۲) موجب کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌شود (۳۳) که خود از موانع اصلی جرات‌ورزی سالم به شمار می‌آیند. با کاهش این موانع، زمینه برای بروز رفتارهای قاطعانه بیشتر می‌شود. همچنین، این مداخله با بهبود توجه و کاهش نشخوار فکری و افکار منفی مزمن (۳۴)، نوجوانان را قادر می‌سازد تا موقعیت‌های قلدری را با وضوح بیشتری ارزیابی کرده و به جای واکنش‌های ترس‌محور یا پرخاشگرانه، رفتارهای جرئت‌ورزانه سازنده‌تری از خود نشان دهند. در مجموع، می‌توان استدلال کرد که MBCT با هدف قرار دادن هسته اصلی مشکلات هیجانی-شناختی قربانیان، نه تنها به کاهش پریشانی می‌پردازد، بلکه سکوی پرتابی برای رشد مهارت‌های بین‌فردی ضروری مانند جرات‌ورزی سالم ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که مداخله MBCT بر افزایش نمرات عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری اثربخش بوده است و اثر درمان در دوره پیگیری ماندگار بوده است. در مورد اثربخشی این درمان بر عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری پژوهش تا به حال چاپ نشده است؛ اما نتایج پژوهش‌های مشابه در گروه‌های دیگر حاکی از آن است که MBCT در بهبود اعتماد به نفس دانش‌آموزان خانه‌های از هم گسیخته (۲۲) اثربخش بوده است؛ بنابراین می‌توان گفت که یافته این پژوهش در راستای یافته‌های قبلی است؛ هرچند نمونه آنان دختران نوجوان قربانی قلدری نبوده است.

MBCT با تمرین‌های ذهن‌آگاهی مانند تنفس آگاهانه و کنترلی، بازنگری بدن و مراقبه، توجه را به لحظه حال می‌آورد؛ این باعث می‌شود نوجوانان کمتر در تفکرات منفی و نگرانی‌های گذشته یا آینده گرفتار شوند و واکنش‌های خودکار کاهش بیابد (۳۳). علاوه بر این، MBCT با استفاده از بخش شناختی خود، به شفافیت طرحواره‌های منفی درونی و خودگویی‌های افراطی (مثل «من بی‌ارزشم») کمک می‌کند و به تدریج این طرحواره‌ها را به نگرش‌هایی مانند «من می‌توانم» تغییر می‌دهد (۳۵) و همین امر می‌تواند افزایش عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری را به همراه داشته باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت در برنامه‌های MBCT نوجوانان در جلسات گروهی به ایفای نقش، ارائه

نتیجه‌گیری

نتایج اثر مداخله MBCT بر جرات‌ورزی و عزت نفس دختران نوجوان قربانی قلدری را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأیید کرد. اما این پژوهش با وجود این نتایج ارزنده سه محدودیت داشت؛ نخست، نمونه این پژوهش دختران نوجوان قربانی قلدری بود و تعمیم نتایج به نوجوانان پسر و سایر گروه‌های نوجوانان در معرض خطر با احتیاط همراه است و منوط به تکرار پژوهش در میان آنان است. دوم، در این پژوهش اثربخشی مداخله MBCT با درمان دیگر مقایسه نشده است؛ از این رو، مقایسه اثربخشی این درمان با درمان‌های دیگر، پیشنهاد می‌شود. سوم، به دلیل محدودیت زمانی، جلسات MBCT هفتگی و هر هفته دو جلسه برگزار شد که می‌تواند تعمیم نتایج را با احتیاط همراه کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه هر جلسه در یک هفته برگزار شود. با توجه به این محدودیت‌ها، استفاده از مداخله MBCT برای بهبود پیامدهای روان‌شناختی دختران قربانی قلدری در مدرسه پیشنهاد می‌شود؛ همچنین انجام کارگاه‌های آموزشی در زمینه این مداخله برای روان‌شناسان بالینی و مشاوران و روان‌شناسان مدارس دخترانه می‌تواند مؤثر واقع شود؛ زیرا آنان می‌توانند با بهره‌گیری از روش‌های این درمان به دختران نوجوان قربانی قلدری در بهبود پیامدهای روان‌شناختی قلدری از جمله جرات‌ورزی و عزت نفس پایین کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مقاله دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد

سنندج بوده است (IR.IAU.SDJ.REC.1404093). قبل از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را تکمیل کردند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند. در فرایند پژوهش افراد کدگذاری شدند. شرکت‌کنندگان هر زمان که خواستند می‌توانستند از گروه خارج شوند. همچنین، برای رعایت اصول اخلاقی، مداخله پس از تحلیل نهایی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در شکل‌گیری ایده اولیه، طراحی مطالعه، اجراء جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشته و مسئولیت کامل صحت و درستی محتوای آن را می‌پذیرند.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از سازمان‌ها یا نهادهای دولتی و غیردولتی انجام شده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده نخست در گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، ایران است. بدینوسیله از تمامی دانش‌آموزان نوجوان که در پژوهش شرکت کردند سپاسگزاری می‌کنیم.

تعارض منافع

بر اساس نظر نویسندگان مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافع مرتبط با تهیه، نگارش، یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

References

1. Bakar AYA. A systematic literature review on the effects of bullying at school. *SCHOULID: Indonesian Journal of School Counseling*. 2021;6(1):35-39.
2. Olweus D. School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013;9(1):751-780.
3. Han ZY, Ye ZY, Zhong BL. School bullying and mental health among adolescents: A narrative review. *Translational Pediatrics*. 2025;14(3):463-472.
4. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000;41(4):441-455.
5. Kallmen H, Hallgren M. Bullying at school and mental health problems among adolescents: A repeated cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2021;15:74.

6. Li J, Sha S, Luo W, Zhou W, Dong Y, Zhang S. Prevalence and associated factors of bullying victimization among Chinese high school students in Shandong, China. *Journal of Affective Disorders*. 2023;323:667-674.
7. Franzen M, van Duijn MA, de Jong PJ, Veenstra R, aan het Rot M. How do victims of bullying develop depression? Testing interpersonal style to explain the victimization-depression link. *Journal of Research on Adolescence*. 2024;34(4):1391-1402.
8. Sodikin MA, Keliat BA, Wardani IY. The effects of cognitive behaviour therapy and assertiveness training in chronic low self-esteem clients. *Enfermeria Clinica*. 2021;31:S96-S99.
9. Lima SLPd, Simeao SdSS, Silva WAD, Galdino MKC. Adolescent assertiveness assessment scale: Evidence of content validity. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2024;40:e40403.
10. Adiawaty S. Social anxiety among bullying victims: A case study on the role of assertive behavior and self regulation. *Sinergi International Journal of Psychology*. 2025;3(2):97-110.
11. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, New Jersey:Princeton University Press;1965.
12. Abd ES, Allah A, Hafez Afify Barakat A, Mohamed Fahmy A, Saied Adam S. Bullying behaviors and self-esteem of nursing students in clinical education. *Egyptian Journal of Health Care*. 2025;16(3):352-365.
13. Turner M, Exum M, Brame R, Holt T. Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *Journal of Criminal Justice*. 2013;41(1):53-59.
14. Skhail TS, Aldoori NM. Bullying behaviors among adolescents about their self-esteem. *International Journal of Body, Mind & Culture*. 2025;12(5):145-152.
15. Mak WW, Tong AC, Yip SY, Lui WW, Chio FH, Chan AT, et al. Efficacy and moderation of mobile app-based programs for mindfulness-based training, self-compassion training, and cognitive behavioral psychoeducation on mental health: Randomized controlled noninferiority trial. *JMIR Mental Health*. 2018;5(4):e8597.
16. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York:Guilford Press;2012.
17. Bryant RA, Azevedo S, Yadav S, Cahill C, Kenny L, Mac-callum F, et al. Cognitive behavior therapy vs mindfulness in treatment of prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2024;81(7):646-654.
18. Long R, Kennedy M, Spink KM, Lengua LJ. Promoting college student and staff well-being through a mindfulness-based coping program. *Obm Integrative and Complementary Medicine*. 2023;8(3):1-41.
19. Madigan DJ, Kim LE, Glandorf HL. Interventions to reduce burnout in students: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*. 2024;39(2):931-957.
20. Peter A, Srivastava R, Agarwal A, Singh AP. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and resilience of the school going early adolescents with anxiety. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*. 2022;18(2):176-185.
21. Mehri Nejad SA. Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to reduce shyness and increase the assertiveness puberty girls. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2018;8(29):97-111. (Persian)
22. Sari RK, Abdillah B, Hadi A, Faisal F. The effect of mindfulness-based cognitive behavior therapy in improving self-confidence of broken home students. *AL-ISHLAH: Jurnal Pendidikan*. 2022;14(2):1231-1240.
23. Arab Ghaeni M, Mojtabaei M, Aghabeiki A. The effect of mindfulness training (MBSR) on the increasing assertiveness among anxious students. *Studies in Medical Sciences*. 2017;28(2):119-129. (Persian)
24. Mirsyfi Fard La-S, Akhbari F. The effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program in improving mindfulness and assertiveness in students with social anxiety. *Biquarterly Journal of studies and Psychological news in Adolescents and Youth*. 2021;2(1):83-95. (Persian)
25. Chatterjee A, Baid M, Sinha P, Golechha S, Akshaya I.

- Influence of mindfulness on self-esteem and psychological well-being—a study on young adults. In: Sustainable digital technology and ethics in an ever-changing environment. Vol 1. Cham, Switzerland:Springer Nature Switzerland;2025. pp. 513-521.
26. Shaw T, Dooley JJ, Cross D, Zubrick SR, Waters S. The Forms of Bullying Scale (FBS): Validity and reliability estimates for a measure of bullying victimization and perpetration in adolescence. *Psychological Assessment*. 2013;25(4):1045-1057.
27. Sherer M. Assertiveness Scale [Unpublished psychological test]. 1980.
28. Ariapooran S. Advance psychology. Tehran:Arjmand Publication;2021.
29. Khalatbari J, Ghorbanshiroudi S, Rahbar Taromsari K, Keikhayfarzaneh MM. Comparing the effectiveness of social skills training on self-assertiveness and mental health among mentally-retarded students. *Journal of Educational Psychology*. 2011;1(4):71-86.
30. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter?. *Personality and individual differences*. 2003;35(6):1241-1254.
31. Boshlideh K, Yoosefi N, Haghighi J, Behrooziy N. Study of the factor structure of Rosenberg Self-Esteem Scale with three forms of wording: Positive, negative, and half of the items positive and half negative in students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Educational Psychology Studies*. 2012;9(15):42-66. (Persian)
32. Aluintany VG, Wijayati N, Sumartiningsih S, Yuwono A. The role of mindfulness in student emotional regulation and academic achievement: A review of the literature. *Journal of English Language and Education*. 2025;10(4):511-515.
33. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):169-183.
34. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(6):763-771.
35. Carlton CN, Sullivan-Toole H, Stregre MV, Ollendick TH, Richey JA. Mindfulness-based interventions for adolescent social anxiety: A unique convergence of factors. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1783.
36. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(4):597-609.
37. Wei S, Qin W, Yu Z, Cao Y, Li P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and related psychological indicators: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*. 2025;13(1):968.