



مقایسه اثربخشی آموزش تاب آوری و آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری نوجوانان تک سرپرست ناشی از کووید-۱۹

مهسا محسنی^۱، حسن توزنده جانی^۲، احمد زنده دل^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۳. استادیار، گروه آمار، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده	نوع مقاله: پژوهشی اصلی
مقدمه همه گیری کووید-۱۹ با بر جای گذاشتن شمار قابل توجهی از خانواده های تک سرپرست، پیامدهای عمیقی بر سلامت روان نوجوانان برجای گذاشت. نوجوانان تک سرپرست در معرض آسیب های هیجانی، رفتاری و اجتماعی گسترده تری قرار دارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو مداخله «آموزش تاب آوری» و «آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی» بر سازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری نوجوانان تک سرپرست ناشی از کووید-۱۹ انجام شد. مواد و روش ها این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بر ۴۵ نوجوان تک سرپرست انجام شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه اول در ۱۰ جلسه آموزش تاب آوری و گروه دوم در ۸ جلسه آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین) شرکت کردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های مشکلات رفتاری آنبخاخ و سازگاری اجتماعی بل جمع آوری شد و تحلیل ها با آزمون واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون توکی انجام گرفت. یافته ها نتایج نشان داد مداخله ها در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود سازگاری اجتماعی نوجوانان مؤثر بودند ($P < 0.05$). آموزش تاب آوری بیشترین تأثیر را در کاهش مشکلات درون ریزی شده (اضطراب و افسردگی) داشت، در حالی که آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بیش از سایر روش ها موجب ارتقای سازگاری اجتماعی گردید. نتیجه گیری تلفیق مداخلات مبتنی بر تاب آوری و ذهن آگاهی می تواند راهبردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان و سازگاری اجتماعی نوجوانان تک سرپرست پس از بحران های خانوادگی همچون همه گیری کووید-۱۹ باشد. کلیدواژه ها تاب آوری، ذهن آگاهی، مقابله با استرس، سازگاری اجتماعی، مشکلات رفتاری، نوجوانان تک سرپرست، کووید-۱۹.	تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۹ *نویسنده مسئول: حسن توزنده جانی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۵۱۴۰۲۷ پست الکترونیک: Hassan.toozandehjani@iau.ac.ir



مقدمه

تک سرپرستی یا بی سرپرستی از مهمترین مشکلات نوجوانان است که اثرات روانی پایداری به همراه دارد (۱). نوجوانان تک سرپرست نسبت به هم‌تایان دو سرپرست، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدتر، مشکلات رفتاری بیشتر (۲) و سازگاری اجتماعی کمتری نشان می‌دهند (۳) و سلامت کلی آنان کاهش می‌یابد (۴). یکی از علل فوت سرپرست در سال‌های اخیر، ابتلا به کووید-۱۹ بود (۱). این بیماری در مارس ۲۰۲۰ همه‌گیر جهانی اعلام شد (۵) و افزون بر علائم جسمانی، با ایجاد عدم اطمینان و سردرگمی (۶)، فشار روانی غیرقابل‌تحملی مانند اضطراب، استرس، افسردگی، سوگ حل‌نشده و اختلال استرس پس از آسیب را به همراه داشت (۷).

فوت یکی از والدین بر اثر کووید-۱۹ برای نوجوانان، سوگواری فراتر از یک فقدان آسیب‌زا و شبیه یک بحران پرفشار بود (۱). این تجربه به دلیل محدودیت‌های شناختی، درک ناصحیح از وقایع، ناتوانی در بیان هیجانات، غفلت بزرگسالان و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف، به بروز مشکلات متعدد و آسیب‌پذیری بیشتر آنان انجامید (۸). مشکلات رفتاری از شایع‌ترین پیامدهاست (۲)؛ چنانکه انجم و همکاران (۹) تأکید کردند عدم حضور والدین می‌تواند این مشکلات را تشدید کند. مشکلات رفتاری طیفی از پرخاشگری تا افسرده‌خویی را شامل می‌شود و پیامدهای منفی در ابعاد اجتماعی، تحصیلی و خانوادگی دارد (۱۰)، عملکرد تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای را مختل می‌کند و احتمال بیماری‌های روانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۱۱). نوجوانان با مشکلات رفتاری بالا، عملکرد تحصیلی ضعیف‌تر و مهارت‌های اجتماعی کمتری دارند (۱۲). یکی از پیامدهای شایع این مشکلات، ناسازگاری اجتماعی است (۱۳) که هم از مشکلات رفتاری نشئت می‌گیرد و هم

می‌تواند ناشی از تک‌سرپرست یا بی‌سرپرست بودن باشد (۱۴).

سازگاری اجتماعی فرآیندی روان‌شناختی و به معنای توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران به شیوه‌ای پذیرفته‌شده و هماهنگ‌سازی نیازهای فرد با منافع گروه است (۱۵، ۱۶). بارلو (۱۷) آن را رفتارهای مفید در تطبیق با محیط فیزیکی و روانی می‌داند که فرد می‌تواند در آن تأثیر بگذارد. ناسازگاری اجتماعی می‌تواند ریشه در مشکلات اجتماعی نوجوانان داشته باشد (۱۸) و کاهش آن تغییراتی در درون و بیرون فرد ایجاد کرده (۱۹) و حتی به بروز روان‌پریشی بیانجامد (۲۰).

نوجوانان تک‌سرپرست به دلیل تجربه فقدان، فشار روانی ناشی از سوگ، محدودیت‌های شناختی و ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای، در معرض آسیب‌پذیری بیشتری قرار دارند (۱، ۸). از این رو ارائه راهکارهایی که بتواند ظرفیت آنان را در مواجهه با این شرایط افزایش دهد، ضروری می‌نماید. در این میان آموزش تاب‌آوری به دلیل تأکید بر تقویت توانایی‌هایی نظیر انعطاف‌پذیری، خوش‌بینی، پشتکار و حل مسئله (۲۲، ۲۳) که برای عبور موفق از بحران فقدان ضروری است، انتخابی مناسب به نظر می‌رسد. همچنین این آموزش با به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای فعال و جستجوی حمایت اجتماعی (۲۴) می‌تواند خلأ ناشی از فقدان حمایت‌های والدینی را تا حدودی جبران کند. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند بهبود تاب‌آوری نقش حفاظتی در برابر افسردگی و پرخاشگری دارد و سلامت روان نوجوانان را افزایش می‌دهد (۲۵، ۲۶).

از سوی دیگر، نوجوانان تک‌سرپرست به دلیل تجربه فشار روانی مزمن، اضطراب و افکار آشفته ناشی از فقدان (۶، ۷)، به مداخله‌ای نیاز دارند که بتواند آنان را در مدیریت هیجانات منفی و دستیابی به آرامش روانی یاری دهد. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات-زین (۲۷) با



قرعه‌کشی) در سه گروه ۱۵ نفری (آموزش تاب‌آوری، آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: (۱) دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، (۲) فقدان یکی از والدین به دلیل ابتلا به کووید-۱۹ در دو سال منتهی به پژوهش، (۳) عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی یا روان‌پزشکی حاد (بر اساس پرونده بهداشتی و خودگزارشی)، (۴) عدم دریافت همزمان سایر مداخلات روان‌شناختی، (۵) رضایت آگاهانه والدین یا سرپرست قانونی و خود نوجوان برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل: (۱) غیبت بیش از دو جلسه در مداخلات، (۲) ابتلا به بیماری حاد در حین پژوهش، (۳) انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری بود.

ابزار گردآوری اطلاعات:

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ - نسخه والدین (۲۰۰۷):
سیاهه رفتاری کودک یکی از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ به شمار می‌رود که مشکلات کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه از دیدگاه والدین در قالب ۱۱۵ سوال (با نمره بین ۰ تا ۲۳۰) در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان، مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهش آخنباخ و رسکولار (۳۰) ضریب کلی اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است و روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه این فرم‌ها نیز مطلوب گزارش شده‌است. در ایران نیز در پژوهش اوبالاسی و همکاران (۳۱) ضریب همسانی درونی مقیاس‌های این پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده‌است.

تأکید بر آگاهی لحظه به لحظه از تجربه‌ها و پذیرش آن‌ها (۲۹)، به نوجوانان کمک می‌کند بدون درگیری مفرط با افکار آشفته‌ساز، فشار روانی را کاهش داده و سازگاری بهتری با شرایط جدید داشته باشند. تأثیرات مثبت این رویکرد بر عملکرد نوجوانان خانواده‌های پرخطر (۲۸) نیز مؤید مناسب بودن آن برای جمعیت هدف پژوهش حاضر است.

با توجه به تأثیرات مثبت این دو روش، لزوم شناسایی بهترین درمان برای پیشگیری از مشکلات نوجوانان تک‌سرپرست یا بی‌سرپرست، انجام مطالعات مقایسه‌ای را ضروری می‌سازد. از این رو پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی آموزش تاب‌آوری و آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری این نوجوانان پس از کووید-۱۹ می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. مرحله پیگیری دو ماه پس از اتمام درمان اجرا شد.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان تک‌سرپرست ناشی از کووید-۱۹ تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ به مرکز بهداشت شماره یک شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۵ نفر با توجه به معیارهای ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. نحوه نمونه‌گیری بدین صورت بود که پس از اخذ مجوز لازم از مرکز بهداشت، فهرستی از نوجوانان تک‌سرپرست مراجعه‌کننده تهیه و با دعوت از آنان برای شرکت در پژوهش، افرادی که دارای معیارهای ورود بودند شناسایی شدند. سپس از میان داوطلبان واجد شرایط، ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی ساده (با استفاده از



که اختلاف آنها بین ۰/۵۰ بالایی و پایینی در توزیع نمرات بزرگسالان مشهود بوده، به دست آمده است، همچنین ضریب اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرده است. در ایران نیز پایایی پرسشنامه در پژوهش نجاری و همکاران (۳۳) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

آموزش تاب آوری: این برنامه آموزشی از طریق گروه درمانی مبتنی بر برنامه کانر و دیویدسون (۳۰) و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شرح جدول ۱ به آزمودنی های گروه آزمایش (A) ارائه می گردد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱): پرسشنامه سازگاری بل (۳۲) یک ابزار خودسنجی شامل دو فرم دانشجویان و بزرگسالان می باشد که فرم بزرگسالان آن در قالب ۱۶۰ سوال سازگاری افراد را در ابعاد مختلف مورد سنجش قرار می دهد. در پژوهش حاضر جهت سنجش سازگاری اجتماعی از ۳۲ سوال این پرسشنامه که جهت سنجش سازگاری اجتماعی طراحی شده و دامنه نمره آن بین ۳۲ تا ۱۶۰ است، استفاده شد. روایی این پرسشنامه در مرحله اول از طریق انتخاب هر یک از بخش ها در محدوده ای

جدول ۱: جلسات آموزش تاب آوری براساس برنامه کانر و دیویدسون

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار، معرفی پژوهشگر و اعضا و توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا
دوم	آشنایی با چهارچوب کلی بحث؛ تعریف تاب آوری و معرفی خصوصیات افراد تاب آور
سوم	آشنایی با عوامل حمایت داخلی از جمله؛ مفهوم خوش بینی، عزت نفس و منبع کنترل
چهارم	آشنایی با عوامل حمایتی خارجی از جمله؛ سیستم حمایت اجتماعی و مسئولیت پذیری فردی و پذیرش نقش های معنی دار
پنجم	آشنایی با راه های ایجاد تاب آوری از جمله؛ برقراری و حفظ ارتباط با دیگران، آشنایی با استرس و چهارچوب دادن به استرس ها، آشنایی با راهبردهای کنار آمدن و مقابله با استرس و تاکید بر نقش آنها در تاب آوری و پذیرش تغییر
ششم	ادامه راه های ایجاد تاب آوری از جمله؛ هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده، عمل کردن، خود آگاهی، پرورش اعتماد به نفس و خود مراقبتی
هفتم	بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب آورانه از طریق بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و تاب آوری و آشنایی با نقش تفاوت های فردی در ادراک، تاکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی ها
هشتم	ادامه بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب آورانه از طریق چالش با خودگویی های منفی و جایگزینی آنها با خودگویی های مثبت و سازنده و آشنایی با سبک های تفکر و تاکید بر نقش تفکر خوش بینانه در تاب آوری
نهم	جستجوی معنا و معناخواهی از طریق معرفی رویکرد معنا درمانی و آشنایی با تجارب فرانکل و تاکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکلات غیرقابل تغییر
دهم	جمع بندی و نتیجه گیری و اجرای پس آزمون

آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: این برنامه آموزشی از طریق گروه درمانی بر اساس برنامه درمانی کابات و زین (۲۷) و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شرح زیر به آزمودنی های گروه آزمایش (B) ارائه می گردد.

جدول ۲: جلسات آموزش مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی براساس برنامه درمانی کابات زین

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، فرمول بندی کلی مراجع، معرفی مدل، هدایت خودکار در برابر ذهن آگاهی



دوم	تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی، معرفی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی، مقابله با موانع و مشکلات
سوم	معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق ذهن آگاهی بر روی تنفس
چهارم	ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس اصوات و افکار
پنجم	پذیرش مجوز حضور، مراقبه نشسته (به ذهن‌آوری عمدی مشکلات/ دشواری‌ها)
ششم	صحبت پیرامون افکار و تاثیری که بر ما دارند، صحبت در زمینه دردهای هیجانی و نحوه مدیریت آنها
هفتم	آموزش نحوه مراقبت از خود
هشتم	جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقی مانده زندگی، تمرین منظم ذهن آگاهی و اجرای پس آزمون

روش پژوهش

استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به برقراری مفروضه‌ها، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته (طرح اندازه‌گیری مکرر) با عامل بین‌گروهی (آموزش تاب‌آوری، آموزش ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) و عامل درون‌گروهی (مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد. همچنین برای بررسی تفاوت‌های بین گروه‌ها در مراحل مختلف، از آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ استفاده گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در این پژوهش، برای آزمون فرضیه‌ها از روش‌های آمار استنباطی بهره گرفته شد. بدین منظور، ابتدا مفروضه‌های نرم‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک (به دلیل حجم نمونه کمتر از ۵۰ نفر در هر گروه) و مفروضه همگنی واریانس‌ها با

یافته‌ها

حاضر $14/68 \pm 2/38$ بود. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی در سه گروه آزمایشی و در سه مرحله پژوهش در جدول ۱ ارائه شده‌است.

در پژوهش حاضر تعداد کل شرکت کنندگان ۴۵ نفر بود که به صورت تصادفی در سه گروه آموزش تاب‌آوری، گروه آموزش مقابله با استرس و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش

جدول ۳: داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
مشکلات رفتاری	آموزش تاب‌آوری	۱۰۲/۶۰	۲/۰۲۳	۹۶/۵۳	۲/۳۶۲	۹۸/۰۷
	آموزش مقابله با استرس	۱۰۴/۳۳	۲/۰۴۶	۹۸/۴۰	۲/۰۵۴	۹۹/۴۷
	کنترل	۱۰۴/۲۰	۱/۹۳۳	۱۰۴/۲۷	۱/۷۷۱	۱۰۵/۰۰
مشکلات درون‌ریزی شده	آموزش تاب‌آوری	۵۱/۶۷	۱/۱۹۰	۴۸/۶۷	۱/۲۵۲	۴۹/۲۷
	آموزش مقابله با استرس	۵۲/۴۰	۱/۲۷۹	۴۹/۰۷	۱/۳۱۱	۴۹/۶۷
	کنترل	۵۳/۸۷	۱/۱۷۱	۵۳/۹۳	۱/۰۲۱	۵۴/۴۰
مشکلات برون‌ریزی شده	آموزش تاب‌آوری	۵۳/۹۳	۱/۹۰۶	۵۰/۶۷	۲/۰۶۵	۵۱/۶۷
	آموزش مقابله با استرس	۵۴/۹۳	۱/۵۹۳	۵۲/۳۳	۱/۶۳۲	۵۲/۸۰



کنترل	۵۳/۳۳	۱/۷۱۲	۵۳/۳۳	۱/۶۶۷	۵۳/۶۰	۱/۶۴۷
آموزش تاب آوری	۲۴/۶۷	۰/۹۲۹	۲۳/۰۰	۰/۸۱۶	۲۴/۰۷	۰/۸۵۳
آموزش مقابله با استرس	۲۲/۵۳	۰/۸۵۶	۲۱/۴۷	۰/۸۷۸	۲۱/۶۰	۰/۸۷۷
کنترل	۲۴/۶۷	۱/۰۰۳	۲۴/۸۷	۰/۹۳۵	۲۵/۱۳	۰/۸۹۴

سازگاری اجتماعی

داده‌های مربوط به این جدول حاکی از تغییر نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس از آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش از آزمون است، با این حال تصمیم‌گیری نسبت به معنادار بودن یا نبودن این تغییرات باید از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مجدد انجام گیرد. اجرای این آزمون مستلزم پیش فرض‌هایی است که ابتدا باید مورد بررسی قرار گیرد. از همین رو پیش فرض‌های همگنی واریانس، همسانی ماتریس واریانس - کوواریانس و توزیع نرمال بررسی و تایید شده و بعد از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

در ادامه نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر قابل مشاهده است (جدول ۴). همانطور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که اثر زمان در کاهش مشکلات رفتاری درون‌سازی شده ($F(2, 42) = 18.96, p < 0.001, \eta^2 = 0.311$) شده ($F(2, 42) = 13.82, p < 0.001, \eta^2 = 0.248$) و مشکلات رفتاری به طور کلی ($F(2, 42) = 27.74, p < 0.001, \eta^2 = 0.398$) معنادار است، با اینحال بر سازگاری اجتماعی معنادار نیست ($F(2, 42) = 1.753, p > 0.193$). به عبارت دیگر نمرات آزمودنی‌ها در طول سه مرحله پیش از آزمون - پس از آزمون و پیگیری در نمرات

مشکلات رفتاری تغییر معناداری داشته است با این حال این تغییر در متغیر سازگاری اجتماعی معنادار نبود.

نتایج بخش بین‌گروهی نشان‌دهنده تأثیر معنادار مداخلات بر برخی از متغیرهای مورد بررسی بود. به گونه‌ای که نوع درمان توانست تفاوت معناداری را در کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و افزایش سازگاری اجتماعی شرکت‌کنندگان ایجاد کند. با این حال، این تأثیر در مورد مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده و نمره کلی مشکلات رفتاری مشاهده نشد و گروه‌های آزمایش در این دو متغیر تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشتند.

علاوه بر این، یافته‌های مربوط به اثر تعامل زمان و گروه حاکی از آن بود که روند تغییرات در طول زمان در گروه‌های مختلف یکسان نبوده است. به عبارت دیگر، الگوی تغییرات نمرات مشکلات رفتاری (در هر سه شاخص درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و نمره کل) در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل، سیر متفاوتی را در مراحل مختلف سنجش (پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری) طی کرده است که بیانگر تأثیرگذاری متفاوت مداخلات در طول زمان می‌باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر جهت بررسی عامل زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	η^2
زمان	مشکلات رفتاری درون‌سازی شده	۵۲/۹	۱	۵۲/۹	۱۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱



۰/۲۴۸	۰/۰۰۱	۱۳/۸۲	۴۲/۷۱۱	۱	۴۲/۷۱۱	مشکلات رفتاری برون سازی شده
۰/۳۹۸	۰/۰۰۱	۲۷/۷۴	۱۸۴/۹	۱	۱۸۴/۹	مشکلات رفتاری
-	۰/۱۹۳	۱/۷۵۳	۲/۸۴۴	۱	۲/۸۴۴	سازگاری اجتماعی
۰/۱۵۲	۰/۰۳۱	۳/۷۷۴	۲۳۶/۳۱	۲	۴۷۲/۶۳	مشکلات رفتاری درون سازی شده
-	۰/۸۳۳	۰/۱۸۴	۲۵/۴	۲	۵۰/۸۰	مشکلات رفتاری برون سازی شده
-	۰/۱۵۷	۱/۹۳۳	۳۴۷/۱۱	۲	۶۹۴/۲۳	مشکلات رفتاری
۰/۱۳۲	۰/۰۵	۳/۱۹	۱۰۷/۰۲	۲	۲۱۴/۰۴	سازگاری اجتماعی
۰/۲۹۳	۰/۰۰۱	۸/۶۸	۲۴/۲۳	۲	۴۸/۴۶	مشکلات رفتاری درون سازی شده
۰/۱۹۰	۰/۰۱۲	۴/۹۳۳	۱۵/۲۴	۲	۳۰/۴۸	مشکلات رفتاری برون سازی شده
۰/۳۵۱	۰/۰۰۱	۱۱/۳۷	۷۵/۸۳۳	۲	۱۵۱/۶۶	مشکلات رفتاری
-	۰/۰۹۷	۲/۴۷۳	۴/۰۱۱	۲	۸/۰۲۲	سازگاری اجتماعی

گروه

زمان* گروه

و پیگیری کاهش معناداری داشته است ($P \geq 0/05$). این نتایج همچنین نشان داد که متغیر سازگاری اجتماعی در طول زمان تغییرات معناداری نداشت و تفاوت های مشاهده شده در مشکلات رفتاری برونی سازی شده و نمره کل مشکلات رفتاری در بین دو گروه نیز معنادار نبود. همچنین در تعامل زمان * گروه نیز در متغیر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در ادامه و جهت مقایسه جفت میانگین ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج مربوط به این آزمون حاکی از آن بود که نمرات مشکلات رفتاری درون ریزی شده در گروه آموزش تاب آوری نسبت به گروه کنترل و نمرات سازگاری اجتماعی نیز در گروه مقابله با استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه جفت میانگین های گروه های پژوهش

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	Sig	فاصله اطمینان
						سطح پایین
						سطح بالا
مشکلات رفتاری درون ریزی شده	آموزش تاب آوری	مقابله با استرس	۰/۵۱	۱/۶۶	۰/۹۵۰	-۴/۵۶
	کنترل	کنترل	-۴/۲۰*	۱/۶۶	۰/۰۴۱	-۲۵/۸
	مقابله با استرس	کنترل	-۳/۶۹	۱/۶۶	۰/۰۸۱	-۷/۷۴
مشکلات رفتاری درون ریزی شده	آموزش تاب آوری	مقابله با استرس	-۱/۲۷	۲/۴۷	۰/۸۶۶	-۷/۲۹
	کنترل	کنترل	-۱/۳۳	۲/۴۷	۰/۸۵۳	-۷/۳۵
	مقابله با استرس	کنترل	-۰/۰۷	۲/۴۷	۱	-۶/۰۹
نمره کل مشکلات رفتاری	آموزش تاب آوری	مقابله با استرس	-۱/۶۷	۲/۸۵	۰/۸۲۶	-۸/۵۳
	کنترل	کنترل	-۵/۴۲	۲/۸۵	۰/۱۴۶	-۱۲/۲۹
	مقابله با استرس	کنترل	-۳/۷۶	۲/۸۵	۰/۳۸۷	-۱۰/۶۲
سازگاری اجتماعی	آموزش تاب آوری	مقابله با استرس	۲/۰۴	۱/۲۲	۰/۲۲۷	-۰/۹۲
	کنترل	کنترل	-۰/۹۸	۱/۲۲	۰/۷۰۵	-۳/۹۴
	مقابله با استرس	کنترل	-۳/۰۲*	۱/۲۲	۰/۰۴۵	-۵/۹۹



بحث

یافته‌های این مطالعه بر اساس نتایج آنالیز آماری نشان می‌دهند که متغیر "زمان" تأثیر معناداری بر مشکلات رفتاری (درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده) دارد، ولی بر سازگاری اجتماعی تأثیر معناداری نداشته است. این نتایج با تحقیقات قبلی در زمینه تأثیر مداخلات درمانی در کاهش مشکلات رفتاری هم‌راستا هستند. به‌طور خاص، آموزش‌هایی مانند تاب‌آوری و مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند به افراد کمک کنند تا در مواجهه با استرس و چالش‌های زندگی، واکنش‌های رفتاری کمتری نشان دهند و مشکلات درون‌ریزی شده (مانند اضطراب و افسردگی) و برون‌ریزی شده (مانند پرخاشگری و رفتارهای اجتماعی نامناسب) کاهش یابد (۳۵، ۳۶).

اثر معنادار زمان بر مشکلات رفتاری در این مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی با گذر زمان توانسته‌اند بر الگوهای رفتاری تأثیر بگذارند. آموزش تاب‌آوری و مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌ویژه در طول مدت زمان درمان و پیگیری، به افراد ابزارهای مؤثری برای مدیریت استرس و مهارت‌های مقابله‌ای ارائه می‌دهد که در نتیجه، این تغییرات منجر به کاهش مشکلات رفتاری می‌شود. این یافته‌ها مشابه با پژوهش‌های قبلی هستند که نشان می‌دهند مداخلات طولانی‌مدت می‌توانند به‌طور مؤثری مشکلات رفتاری را کاهش دهند و سلامت روان را بهبود بخشند (۳۷). با این حال، عدم تأثیر معنادار "زمان" بر سازگاری

اجتماعی ممکن است به واسطه تفاوت‌های ماهوی بین این متغیرها باشد، به‌طوری که سازگاری اجتماعی بیشتر تحت تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی است تا صرفاً مداخلات درمانی (۳۸).

عامل "گروه" نیز تأثیر معناداری بر مشکلات رفتاری درون‌ریزی شده و سازگاری اجتماعی نشان داد، ولی بر مشکلات رفتاری برون‌ریزی شده و نمره کل مشکلات رفتاری تأثیر معناداری نداشت. این نتایج نشان‌دهنده اثر مداخلات خاص در گروه‌های آزمایشی است. به‌طور خاص، آموزش تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی ممکن است به‌طور مستقیم بر کاهش مشکلات درون‌ریزی شده مانند اضطراب و افسردگی اثرگذار باشد، زیرا این مداخلات به‌طور خاص بر بهبود رفتارهای درون‌گرایانه و درک بهتر از احساسات فردی متمرکز هستند. از سوی دیگر، مشکلات رفتاری برون‌ریزی شده که اغلب به صورت رفتارهای پرخاشگرانه و مشکل‌ساز در روابط اجتماعی نمایان می‌شوند، ممکن است نیاز به مداخلات دیگری داشته باشند که بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بیشتر تأکید کنند (۳۹)، بنابراین، به نظر می‌رسد که تأثیر مداخلات آموزشی در کاهش مشکلات درون‌ریزی شده بیشتر از مشکلات برون‌ریزی شده است.

در نهایت، تعامل بین عامل زمان و گروه بر مشکلات رفتاری (درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده) تأثیر معناداری داشت، اما بر سازگاری اجتماعی تأثیر معناداری نداشت. این نتایج ممکن است نشان‌دهنده این باشد که تغییرات در مشکلات رفتاری، به‌ویژه در مواجهه با مداخلات آموزشی، به‌طور تدریجی و با گذر زمان به وقوع می‌پیوندد، اما تغییرات در سازگاری اجتماعی نیاز به عوامل پیچیده‌تر و تعاملات اجتماعی بیشتری دارد که ممکن است در این نوع مداخلات درمانی لحاظ نشده باشند. این یافته با نتایج مطالعات قبلی نیز هم‌راستا است که نشان داده‌اند تغییرات در رفتارهای فردی ممکن است سریع‌تر از تغییرات در روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی به‌وجود آید (۴۰). بنابراین، به‌طور کلی، این نتایج تأکید می‌کنند که مداخلات آموزشی مانند تاب‌آوری و مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند



گیرند، اما برای دستیابی به بهبود همه‌جانبه، لازم است که عوامل محیطی و اجتماعی نیز در فرآیند مداخله مدنظر قرار گیرند.

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت و امکانات موجود، با محدودیت‌هایی همراه بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. از جمله مهمترین این محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کوچک، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به جای نمونه‌گیری تصادفی، و تکیه بر ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد که ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. همچنین دوره پیگیری دو ماهه، امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات درمان را فراهم نمی‌آورد و عدم کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی مانند وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده‌ها، سطح حمایت‌های دریافتی و یا شرکت همزمان در سایر برنامه‌های حمایتی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج استفاده شود. به کارگیری ابزارهای سنجش متنوع همچون مصاحبه بالینی، مشاهده یا گزارش‌های معلمان و همسالان به جای تکیه صرف بر خودگزارش‌دهی می‌تواند دقت یافته‌ها را افزایش دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر (شش ماهه تا یک ساله) در نظر گرفته شود تا پایداری اثرات مداخلات در طول زمان مورد بررسی دقیق‌تری قرار گیرد. علاوه بر این، کنترل متغیرهای مداخله‌گر از طریق هم‌تاسازی گروه‌ها یا تحلیل کوواریانس می‌تواند اعتبار درونی پژوهش را بهبود بخشد.

بدین وسیله از همکاری دانشکده پزشکی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی و تمامی

تأثیرات قابل توجهی بر مشکلات رفتاری درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده داشته‌باشند، اما برای تغییرات عمده در سازگاری اجتماعی، نیاز به مداخلات و روش‌های درمانی خاصی است که به‌طور مستقیم بر مهارت‌های اجتماعی و تعاملات میان‌فردی تمرکز داشته باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات آموزشی، به‌ویژه آموزش تاب‌آوری و مقابله با استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری درون‌ریزی شده و برون‌ریزی شده دارند، اما این تأثیر بر سازگاری اجتماعی معنادار نبود. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانی و کاهش واکنش‌های منفی رفتاری منجر شود، اما برای ارتقای سازگاری اجتماعی، به مداخلات تکمیلی با تمرکز بر مهارت‌های بین‌فردی و تعاملات اجتماعی نیاز است. همچنین، نتایج حاکی از آن است که اثر این مداخلات در طول زمان پایدار بوده و تغییرات رفتاری به‌صورت تدریجی تثبیت شده‌است.

با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مداخله‌ای آینده علاوه بر تمرکز بر کاهش مشکلات رفتاری، به تقویت مهارت‌های اجتماعی و بهبود تعاملات میان‌فردی نیز توجه ویژه‌ای داشته باشند. همچنین، انجام مطالعات بیشتر با نمونه‌های گسترده‌تر و پیگیری طولانی‌مدت می‌تواند به درک بهتر از پایداری اثرات این مداخلات کمک کند. این پژوهش تأکید می‌کند که رویکردهای آموزشی مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی می‌توانند به‌عنوان راهکارهای مؤثر در بهبود سلامت روانی مورد استفاده قرار

تشکر و قدردانی



افرادی که در این مطالعه مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی

تعارض منافع

هیچکدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله بوده و هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

می شود.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی در پژوهش‌های علوم انسانی و روان‌شناسی انجام شد. طرح پژوهش پیش از اجرا در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.064 مصوب گردید. این مصوبه در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی قابل مشاهده است

References

1. Asgari Z, Naghavi A, Abedi MR. Beyond a traumatic loss: The experiences of mourning alone after parental death during COVID-19 pandemic. *Death Stud.* 2022;46(1):78–83.
2. Usakli H. Behavioral tendencies of single-parent students. *Online Submission.* 2018;1:21–7.
3. Ivanova OI, Busarova OR. Features of coping strategies of older adolescents from single-parent families. *Psychol Law.* 2020;10(1):8–15.
4. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J.* 2020;61(7):350–6.
5. Siebelink NM, Kaijadoo SP, van Horssen FM, Holtland JN, Bögels SM, Buitelaar JK, Greven CU. Mindfulness for children with ADHD and mindful parenting (MindChamp): A qualitative study on feasibility and effects. *J Atten Disord.* 2021;25(13):1931–42.
6. World Health Organization. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: Interim guidance, 17 January 2020. Geneva: WHO; 2020.
7. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet.* 2020;395(10228):931–4.
8. Bahrami B. Managing children's grief in crisis conditions of COVID-19. In: 7th Int Conf Knowledge and Technology in Educ Sci, Social Studies and Psych of Iran; 2021; Tehran. [Persian]
9. Anjum A, Sadiq U, Nasr M. Parental acceptance-rejection and behavioral problems in adolescents with sexual and physical abuse. *Pak J Clin Psychol.* 2023;22(1).
10. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Wolters Kluwer; 2015.
11. Celano M. Children with emotional and behavioral disorders: Systemic practice. Momentum Press; 2018.
12. Owens J. Relationships between an ADHD diagnosis and future school behaviors among children with mild behavioral problems. *Sociol Educ.* 2020;93(3):191–214.
13. Omidian M, Hoseini Kafi Abadi AS, Zandvaniyan A. The effect of teaching social problem-solving strategies on social adjustment. *Soc Psychol Res.* 2014;4(13):1–16. [Persian]



14. Behari Najafabad A. A comparison of self-concept, social adjustment, and emotional maturity in single-parent and two-parent adolescents [Master's thesis]. Ahvaz: Islamic Azad University; 2020. [Persian]
15. Lin SP, Tang WJ, Lin CH. Social adjustment, coping strategies, and mental health among college students. *J Educ Psychol*. 2011;32(2):137–56.
16. Paiva ML, Lima EM, Siqueira IB, Rzezak P, Koike C, Moschetta SP. Seizure control and anxiety: Which factor plays a major role in social adjustment in patients with juvenile myoclonic epilepsy? *Seizure*. 2020;80:234–9.
17. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. 4th ed. New York: Guilford Press; 2004.
18. Mariam K, Nino R, Rusudan N, Ajaliev A, Devdariani B, Kristine I. The effectiveness of psychotherapy treatment for somatoform disorders in children and adolescents. *German Int J Mod Sci*. 2024;(90).
19. Crystal L, Park JA, Wilt BS, Russell MF. Does perceived post-traumatic growth predict better psychological adjustment during the COVID-19 pandemic? Results from a national longitudinal survey in the USA. *J Psychiatr Res*. 2022;146:179–85.
20. Uskov A, Sharapova D, Turayev B, Shernazarov F. Psychological peculiarities of social adaptation in paranoid schizophrenia. *Sci Innov*. 2023;2(D12):379–84.
21. Carvalho J, Spears B. Resilience in African American single-parent households: Perceptions of predictors for academic success. *Am Int J Contemp Res*. 2019;9(2):72–81.
22. Ramezani Sh, Mohammadi N, Alizadeh Chaharborj T, Rahmani S. The effect of resilience training on coping styles and optimism among orphaned and neglected children. *Child Ment Health Q*. 2017;4(4):46–58. [Persian]
23. Naami AM. The effect of resilience training on mental health, optimism, and life satisfaction among female heads of households. *Positive Psychol Res J*. 2015;1(3):33–44. [Persian]
24. Johns MM, Zimmerman M, Harper GW, Bauermeister JA. Resilient minds and bodies: Size discrimination, body image, and mental health among sexual minority women. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2017;4(1):34–45.
25. Scoglio AA, Nishimi K, Choi KW, Koenen KC, Sampson LA, Jha SC, Kubzansky LD. Prior resilience to trauma and coping during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2024;19(5):e0297169.
26. Scheffers F, van Vugt E, Moonen X. Resilience in the face of adversity in adults with an intellectual disability: A literature review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(5):828–38.
27. Kabat-Zinn J. Mindfulness for beginners. Translated by Rahiminezhad P, Golshani G. Tehran: Psychology and Art Publications; 2012. [Persian]
28. Krause JT, Brown SM. Mindfulness intervention improves coping and perceptions of children's behavior among families with elevated risk. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(23):70–82.
29. Hanson P, Shuttlewood E, Halder L, Shah N, Lam FT, Menon V, Barber TM. Application of mindfulness in a tier 3 obesity service improves eating behavior and facilitates successful weight loss. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(3):793–800.
30. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.
31. Obalasi A, Khademi A, Mahmoudalilou M, Etemadinia M. A comparison of the effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT), child-centered mindfulness training, and the Incredible Years parent program (IY) on externalizing symptoms of elementary school students in Tabriz. *Educ Eval (Educ Sci)*. 2021;14(56):151–84. [Persian]



32. Bell HM. Bell Adjustment Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1961.
33. Nejari M, Jadidi H, Moradi O, Karimi K. Designing a social adjustment educational program and evaluating its effectiveness on bullying behavior among male students. Soc Psychol Res. 2018;8(29):43–59. [Persian]
34. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82.
35. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences: The role of emotion regulation. J Pers Soc Psychol. 2004;86(2):320–33.
36. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44.
37. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press; 2016.
38. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217–37.
39. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press; 1993.
40. Baumeister RF, Vohs KD, Funder DC. Psychology and social science: The strengths and weaknesses of the experimental approach. Annu Rev Psychol. 2003;54:27–58.



Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Mindfulness-Based Stress Coping Training on Social Adjustment and Behavioral Problems in Adolescents from COVID-19 Single-Parent Families

Mahsa Mohseni¹, Hassan Toozandehjani^{*2}, Ahmad Zendedel³

1. PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

3. Assistant Professor, Department of Statistics, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Type of Article

Received: 2025/11/20

Accepted: 2026/04/29

*Corresponding Author:

Hassan Toozandehjani, Associate Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: Hassan.toozandehjani@iau.ac.ir

ABSTRACT (Maximum 250 words)

Introduction

The COVID-19 pandemic, by leaving a significant number of single-parent households in its wake, has had profound implications for adolescent mental health. Adolescents from single-parent families are at an increased risk for a wide range of emotional, behavioral, and social difficulties. The present study aimed to compare the effectiveness of two interventions—Resilience Training and Mindfulness-Based Stress Reduction Training—on social adjustment and behavioral problems in adolescents who lost a parent to COVID-19.

Materials and Methods

This quasi-experimental study employed a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. Participants were 45 single-parent adolescents who were randomly assigned to three groups of 15: two intervention groups and one control group. The first intervention group participated in ten sessions of Resilience Training, while the second group completed eight sessions of Mindfulness-Based Stress Reduction Training (Kabat-Zinn model). Data were collected using the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL) and the Bell Social Adjustment Inventory. Data analysis was performed using repeated measures ANOVA and Tukey's post-hoc test.

Results

The results indicated that both interventions were effective in reducing behavioral problems and improving social adjustment in adolescents ($P < 0.05$). Resilience Training had the most significant impact on reducing internalizing problems (anxiety and depression), whereas Mindfulness-Based Stress Reduction Training was superior in enhancing social adjustment.

Conclusion

The integration of resilience and mindfulness-based interventions may serve as an effective strategy for improving the mental health and social adjustment of adolescents from single-parent families following family crises, such as the COVID-19 pandemic.

Keywords

Resilience, mindfulness, stress coping, social adjustment, behavioral problems, single-parent adolescents, COVID-19

► Please cite this article as: Mohseni M, Toozandehjani H, Zendedel A. Comparing the Effectiveness of Resilience Training and Mindfulness-Based Stress Coping Training on Social Adjustment and Behavioral Problems in Adolescents from COVID-19 Single-Parent Families. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2025;12(4)