Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 3/ Autumn 2016
Page: 12-27

The Effectiveness of Training Mindfulness-based Cognitive Therapy on Social Anxiety Disorder among First High School Female Students

Jafar Shabani[1*], Maryam Masdari[2]
1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, P.O. Box: 4697- 19395, Tehran, IR of Iran. (Corresponding Author: jshabanipnu@gmail.com, Cell phone No.: 09111770344)
2- M.A. Student, General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan branch

Abstract
Introduction: This study examined the effectiveness of training mindfulness-based cognitive therapy in reducing social anxiety disorder among first high school female students in Gomishan city.
Method: the research included a quasi-experimental method with the pretest-posttest design and the control group. The study population consisted of all students in the academic year 2015-16 in Gomishan city. First, using a convenience sampling method, two schools were selected among the schools of the area. Next, the lessons were selected, and then, of all students, 40 with high social anxiety scores (one standard deviation above the mean) were selected and were randomly assigned to the experimental group (20 people) and the control group (20 people). Participants in the experimental group, they were treated for 8 sessions with the mindfulness-based cognitive therapy program. The social anxiety scale was used to collect data and the data obtained were calculated through one-way analysis of covariance (ANCOVA).
Results: The results approved the effect of mindfulness-based cognitive therapy on reducing social anxiety disorder scores and its components (fear, avoidance, and physiology) in the pilot group.
Discussion and Conclusion: According to the results, the mindfulness-based cognitive training is recommended to reduce the symptoms of social anxiety disorder in students with high social anxiety scores.
Key words: "Psychology" - "social anxiety disorder" - "cognitive therapy" - "mindfulness" - "high school female students".

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵
صفحات: ۲۷-۱۲

اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی برذهن آگاهی بر اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دخترمقطع متوسطه اول

جعفر شعبانی[۱]* مریم مصدری[۲]
۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، ص پ ۴۶۹۷- ۱۹۳۹۵ تهران، ایران.
(نویسنده مسئول) jshabanipnu@gmail.com تلفن: ۰۹۱۱۱۷۷۰۳۴۴
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برکاهش اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلّیه ی دانش‌آموزان شهرستان گمیشان در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می دادند، که ابتدا از بین مدارس این منطقه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، دو مدرسه انتخاب شده و سپس از میان دانش‌آموزان این مدرسه، ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که نمره‌های اضطراب اجتماعی بالایی داشتند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه)، انتخاب گردیده و به صورت تصادفی درگروه آزمایش (۲۰) نفر و گروه کنترل (۲۰) نفر جایگزین گشتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۸ جلسه تحت برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی استفاده و داده‌های به دست آمده از طریق تحلیل کواریانس یک راهه (آنکوا) محاسبه شدند.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمرات اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) درگروه آزمایشی را تایید می‌کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصله، آموزشهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان با نمره‌های اضطراب اجتماعی بالا توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: "روانشناسی"-"اختلال اضطراب اجتماعی"-" شناخت درمانی"-" ذهن آگاهی"-"دانش‌آموزان دختر متوسطه".
[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[۱]، که سابقا فوبیای اجتماعی[۲] نامیده می‌شد، یک اختلال اضطرابی مزمن است که با ترس شدید از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها، مشخص می‌گردد (شانون[۳]، ۲۰۱۲). همچنین، یک حالت هیجانی است که با نگرانی و ترس مشخص و ثابت از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (کینگ بوری، و کاپلان[۴]، ۲۰۱۵). انجمن روانشناسی آمریکا[۵] در سال ۲۰۱۳، اختلال اضطراب اجتماعی، را اختلالی فراگیر و زمانی که فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد و یا باید جلوی آنها کاری را انجام دهد (برای مثال، سخنرانی کند) دچار ترس شدید و فراگیری می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که تصور می‌کنند ممکن است در آن، رفتار خجالت آوری داشته باشند، می‌ترسند و یا از هرگونه وضعیتی که امکان دارد دیگران آنها را به طور منفی ارزیابی کنند، اجتناب می‌کنند. این افراد انتظار دارند از سوی دیگران، طرد و یا به طور منفی قضاوت شوند (انجمن روانشناسی امریکا، ۲۰۱۳).

از طرفی، نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراودت اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبه رو می‌شوند (مک الوی، کاستنگوری و گلدفرید[۶]، ۲۰۱۴). همبودی این اختلال با اختلال اضطراب تعمیم یافته، هراس، فوبی، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، مصرف الکل و مواد مخدر، می‌باشد (گرنت و بک[۷]، ۲۰۰۰). اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند عامل خطری برای ایجاد اختلال افسردگی مداوم باشد (بیسدو و همکاران[۸]، ۲۰۰۷).

این اختلال، سومین اختلال روانپزشکی با شیوع طول عمر ۴۳ درصد و یکی از رایج‌ترین اختلالات در دوران نوجوانی است به طوری که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (وانانن و همکاران[۹]، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش همه‌گیرشناسی دوازده ماهه در امریکا در سال ۲۰۰۸ نشان داد که اختلال اضطراب اجتماعی بین ۷/۱ تا ۱۲/۱ درصد شیوع دارد و موجب آسیبهایی در عملکرد فرد می‌شود (رسیو[۱۰] و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع و همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات روانپزشکی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است (محمدی، غنی زاده، محمدی و مسگرپور، ۲۰۰۶). شیوع اضطراب اجتماعی در نوجوانان تهران ۳/۲ درصد گزارش شد (محمدی و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج شیوع شنای اضطراب اجتماعی در استان گلستان ایران (۲۰۱۰) نشان داد که ۱۰/۱ درصد افراد این اختلال را دارند که نسبت شیوع این اختلال در زنان به مردان نسبت ۱ به ۱/۳ را دارد (طلع پسند و نوکانی، ۲۰۱۲).

از طرفی، نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک و پاسخ‌های دستگاه قلبی عروقی، تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم (میرز، بلات، بوگلس و وستنبرگ[۱۱]، ۲۰۰۸)، نارسایی‌های عملکرد اجتماعی (وانکن و بوگلس[۱۲]، ۲۰۰۸)، کنشوری اجتماعی ضعیف و ادراک‌های منفی (لیوپوسکک و ویدک[۱۳]، ۲۰۰۸)، رابطه دارد. این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی، خلقی دارد (دن بوئر[۱۴]، ۲۰۰۰). طبق تحقیقات انجام شده ۸۴ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند (کینگسبوری[۱۵]، ۲۰۱۴).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمانهای شناختی رفتاری موج سوم قلمداد می‌شود

1. Social Anxiety Disorder
2. Social Phobia
3. Shannon
4.Kingsbury & Coplan
5. American Psychiatric Association
6. McAleavey, Castonguay & Goldfried
7.Grant & Beck
8. Beesdo
9. Vaananen
10. Ruscio
11. Miers, Blote, Bogels & Westenberg
12. Voncken & Bogels
13. Levpuscek & Videc
14. den Boer
15. Kingsbury

(اوست[16]، ۲۰۰۸). ذهن آگاهی به عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود، مشخص شده است. این حالت در تقابل با متمرکز بر گذشته به خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب می‌باشد؛ که شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (ایسندراث، چارتیر و مکلین[17]، ۲۰۱۲). آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس-های بدنی را نشان می‌دهد. آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله گروهی کوتاه مدت است که به عنوان درمانی برای پیشگیری از عود انواع بیماریها در میان افراد مبتلا ابداع شده است که در آن سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه، ب) ایجاد آگاهی فراشناختی و ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی (مک[18]، ۲۰۰۸).

ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای ست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه برآن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانوسکی و لوکجان[19]،۲۰۱۰). در تعریفی دیگر، ذهن آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیریهای ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیرقضاوتی، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (پوتک[20]، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی، از درمانهای شناختی- رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی شناختی به شمار می‌رود (مک کارنی، شولز و گری[21]، ۲۰۱۲). تمام تمرینهای موجود در ذهن آگاهی به نحوی طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن- بدن هم به اثبات رسیده است. در پژوهشهایی که از ذهن آگاهی استفاده می‌شود، تاکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی می‌شود (میچالیک، برگ و هایدنریچ[22]، ۲۰۱۲). در عمل تحقیقات گسترده انجام شده مفید بودن این روش درمانی را در حیطه‌های گوناگون همچون مدیریت استرس و اضطراب و ارتقای مهار های تنظیم هیجان به اثبات رسانده است (پوتک، ۲۰۱۲).

استفاده از ذهن آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سالهای اخیر افزایش یافته است (پیت، ورتزن و زاخاری[23]، ۲۰۱۲). و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیتهای بالینی، به ویژه روانپزشکی است (اوکانل[24]، ۲۰۰۹). تحقیقات بسیاری حکایت از مفید بودن ذهن آگاهی در مواردی همچون استرس، اضطراب و افسردگی و درد مزمن (لی، باون و مارلات[25]، ۲۰۰۵)؛ اختلال استرس پس از ضربه (اسمیت[26] و همکاران، ۲۰۱۱)؛ کاهش رفتارهای اعتیادی (گارلند، شوارز، کلی، ویت و هوارد[27]، ۲۰۱۲)؛ بهبود ناهنجاری های رفتاری مثل پرخاشگری و سومصرف مواد (واپرمن[28] و همکاران، ۲۰۱۲)؛ کاهش تکانشگری (مورفی و مک کیلوپ[29]، ۲۰۱۲)؛ تعدیل اضطراب اجتماعی (اشمرت، ماسودا، اندرسون[30]، ۲۰۱۲)؛ کاهش نشخوار فکری و افسردگی (مک کیم[31]، ۲۰۰۸)؛ کانگ، چویی و ریو[32]، ۲۰۰۹؛ سانگ[33]، ۲۰۱۱؛ ماسودا و تالی[34]، ۲۰۱۲؛ مورن، لینچ، لوساسو، لیب و گرکو[35]، ۲۰۱۲)، است.

16. Ost
17. Eisendrath Chartier & Mclane
18. Mace
19. Janowski & Lucjan
20. Potek
21. McCarney, Schulz & Grey
22. Michalak J., Burg J., & Heidenreich
23. Piet, Würtzen & Zachariae
24. O'Connell
25. Leigh, Bowen & Marlatt
26. Smith
27. Garland, Schwarz, Kelly, Whitt & Howard
28. Wupperman
29. Murphy & MacKillop
30. Schmertz, Masuda & Anderson
31. Mckim
32. Kang, Choi & Ryu
33. Song

اضطراب اجتماعی ممکن است تحت تاثیر متغیرهای مختلفی قرار گیرد. هم اکنون این دیدگاه مطرح است که اختلالات اضطرابی از اختلال در شناخت نشات می‌گیرند (کینت و وان دن هوت[۳۶]، ۲۰۰۱). مهمترین مسئله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زود هنگام است؛ چرا که با گذر زمان جنبه‌های شناختی، روانی و فیزیکی اختلال تقویت می‌شود و غلبه بر آن به مراتب سخت‌تر خواهد بود. با توجه به این موضوع و اینکه اخیراً مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمانهای شناختی- رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد، و اینکه یافته‌های مربوط به تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی علائم مربوط به اضطراب را بهبود می‌بخشد (آیوس دلیپری، هاولز، استین، مین تجیس و هورن[۳۷]، ۲۰۱۳). لذا پژوهش حاضردرصدد بررسی این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان مؤثر است؟ در این راستا فرضیه‌های زیر مطرح است:

-«آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان موثراست».

روش بررسی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر (۲۶۲۵ نفر) دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. در این پژوهش، از روش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. با توجه به محدودیتهای موجود درانتخاب نمونه، ابتدا از مدارس این شهرستان با استفاده از روش نمونه-گیری در دسترس دو مدرسه انتخاب شده و سپس پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی بر روی کلّیه‌ی دانش-آموزان این مدرسه اجرا گردید و در نهایت از بین دانش-آموزانی که نمره‌های اضطراب اجتماعی بالایی داشتند (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه)، ۴۰ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب گردیده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر)، جایگزین گشتند. بعد از اخذ مجوز از ادراه آموزش و پرورش و انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه تحت برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ-گونه برنامه‌ای را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه داده‌اند. بعد از اتمام مداخله، مجدداً از شرکت-کنندگان هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. پروتکل درمانی مورد استفاده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته ازکتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (سگال و همکاران با ترجمه محمد خانی) انجام گرفت. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

34. Masuda & Tully
35. Morone, Lynch, Losasso, Liebe, & Greco
36. Kindt & Van Den Hout
37. Ives-Deliperi, Howells, Stein, Meintjes & Horn

جدول ۱: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یگدیگر، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه وارسی جسمانی، شکل دهی به گروه، تکلیف خانگی: معطوف کردن توجه به فعالیتهای روزمره و پیاده کردن آنچه در خوردن یک دانه کشمش آموخته اند، در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف
جلسه دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند
جلسه سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه ای تنفس سه بار در روز.
جلسه چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضورذهن، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند).
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی دربرابر افکار، احساسات و حس های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
جلسه ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.
جلسه هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت وخلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
جلسه هشتم	استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، مراقبه وارسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند. و در نهایت اجرای پس آزمون از گروه آزمایش و کنترل.

ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه می‌باشد. پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق عبارت است از:

مقیاس هراس اجتماعی(SPIN)[38]:

این مقیاس نخستین بار توسط کانور[39] و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده-ای است که دارای سه خرده مقیاس (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) و لیکرت پنج درجه‌ای (۱- به هیچ وجه، ۲- کم، ۳- تا اندازه‌ای، ۴- خیلی زیاد و ۵- بی‌نهایت)، درجه‌بندی می‌شود. پایایی پرسشنامه در گروه‌های مبتلا به اضطراب اجتماعی، برابر با ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد. همسانی درونی در گروه افراد بهنجار برای کل مقیاس، ۰/۹۴ گزارش گردیده است. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را از گروه کنترل فاقد اضطراب اجتماعی، تمیز می‌دهند (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (بیانی و همکاران، ۱۳۹۱). مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۶۶ به دست آمد و همچنین روایی آن مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج آماری بدست آمده از تحقیق حاضر در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی ارائه می گردد.

الف) یافته های توصیفی

همان‌طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار

38. Social Phobia Inventory
39. Conoor

اختلال اضطراب اجتماعی هر یک از گروه به ترتیب گروه آزمایش ۲/۸۵ و ۰/۹۳ و گروه گواه ۲/۷۰ و ۰/۸۸ و میانگین و انحراف معیار مؤلفه ترس به ترتیب گروه آزمایش ۲/۶۷ و ۱/۲۶ و گروه گواه ۲/۶۸ و ۱/۲۶ و میانگین و انحراف معیار مؤلفه اجتناب به ترتیب گروه آزمایش ۳/۰۱ و ۰/۸۷ و گروه گواه ۳ و ۰/۷۵ و میانگین و انحراف معیار مؤلفه فیزیولوژی به ترتیب گروه آزمایش ۲/۸۷ و ۰/۸۷ و گروه گواه ۳/۰۶ و ۱/۰۳می‌باشد.

همچنین در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار اختلال اضطراب اجتماعی هر یک از گروه به ترتیب گروه آزمایش ۲/۰۷ و ۰/۷۵ و گروه گواه ۲/۸۹ و ۰/۴۶و میانگین و انحراف معیار مؤلفه ترس به ترتیب گروه آزمایش ۱/۹۱ و۰/۷۷ و گروه گواه ۲/۸۰ و ۰/۴۷ و میانگین و انحراف معیار مؤلفه اجتناب به ترتیب گروه آزمایش ۲/۱۸ و ۰/۷۹ و گروه گواه ۳/۰۳ و ۰/۵۵ و میانگین و انحراف معیار مؤلفه فیزیولوژی به ترتیب گروه آزمایش۲ ۲/۱ و ۰/۸۵ و گروه گواه ۲/۷۸ و ۰/۶۲ می‌باشد.

جدول ۲: دادههای توصیفی متغیرهای پژوهش

متغییر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اختلال اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۸۵	۰/۹۳
		گواه	۲۰	۲/۷۰	۰/۸۸
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۰۷	۰/۷۵
		گواه	۲۰	۲/۸۹	۰/۴۶
ترس	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۶۷	۱/۲۶
		گواه	۲۰	۲/۶۸	۱/۲۶
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۱/۹۱	۰/۷۷
		گواه	۲۰	۲/۸۰	۰/۴۷
اجتناب	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۳/۰۱	۰ /۸۷
		گواه	۲۰	۳	۰/۷۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۱۸	۰/۷۹
		گواه	۲۰	۳/۰۳	۰/۵۵
فیزیولوژی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۸۷	۰/۸۷
		گواه	۲۰	۳/۰۶	۱/۰۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۰	۲/۱۲	۰/۸۵
		گواه	۲۰	۲/۷۸	۰/۶۲

برای مشخص کردن معنی‌داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوتهای مشاهده شده در متغیرهای اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی)، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات اختلال اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) در پس آزمون تأیید می‌گردد؛ یعنی پیش فرض تساوی

واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و گواه تأیید شد (p> 0/05). با توجه به این امر واریانس گروه‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم ندارند و مفروضه همگنی واریانس برقرار است.

جدول ۳: آزمون همگنی واریانس لوین

متغیر	آماره لیون	معنی داری
میزان اضطراب اجتماعی دانش آموزان در دو گروه کنترل و آزمایش	۰/۰۶	۰/۸۰۸
میزان ترس دانش آموزان در دو گروه کنترل و آزمایش	۱/۴۶	۰/۰۵۳
میزان اجتناب دانش آموزان در دو گروه کنترل و آزمایش	۰/۴۷۰	۰/۴۹۷
میزان فیزیولوژی دانش آموزان در دو گروه کنترل و آزمایش	۰/۴۰۷	۰/۵۲۸

همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، نتایج شاخص‌های اعتبار آزمون نیز بیانگر آن است که سطوح معنی‌داری همه آزمونها قابلیت استفاده از این روش آماری را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌ها گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف

متغییر	مرحله	گروه	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معنی داری
اختلال اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۲۹	۱	۲۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۴۱	۱	۲۰	۰/۲۰۰
	پس آزمون	آزمایش	۰/۱۳۱	۱	۲۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۴۲	۱	۲۰	۰/۲۰۰
ترس	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۹۹	۱	۲۰	۰/۰۵۱
		گواه	۰/۱۸۵	۱	۲۰	۰/۰۷۰
	پس آزمون	آزمایش	۰/۱۲۱	۱	۲۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۵۲	۱	۲۰	۰/۲۰۰
اجتناب	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۹۸	۱	۲۰	۰/۰۵۱
		گواه	۰/۱۹۷	۱	۲۰	۰/۰۵۱
	پس آزمون	آزمایش	۰/۱۵۷	۱	۲۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۹۳	۱	۲۰	۰/۰۵۲
فیزیولوژی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۷۲	۱	۲۰	۰/۱۲۴
		گواه	۰/۱۷۷	۱	۲۰	۰/۰۹۹
	پس آزمون	آزمایش	۰/۱۴۰	۱	۲۰	۰/۲۰۰
		گواه	۰/۱۶۹	۱	۲۰	۰/۱۳۵

ب) یافته‌های مربوط به فرضیه‌های این پژوهش شامل فرضیه‌های زیر است که هر فرضیه به همراه نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارایه می‌گردد.

فرضیه اول: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان موثراست.

جدول شماره۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (آنکوا) مقایسه میانگین پس آزمون اختلال اضطراب اجتماعی گروه های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۸/۶۸۷	۲۴	۰/۳۶۲	۰/۸۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۷۹
گروه	۲/۱۱۵	۱	۲/۱۱۵	۴/۶۸۱	۰/۰۴۸	۰/۲۵۱
خطا	۶/۳۲۷	۱۴	۰/۴۵۲			

همانطوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد (p۰/۰۴۸> و F= ۴/۶۸۱). بنابراین فرضیه اول تایید می‌گردد. همچنان که ملاحظه شد میانگین اضطراب اجتماعی از ۲/۸۵ پس از آموزش به ۲/۰۷ کاهش یافته است. به عبارت دیگر، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به میانگین دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اختلال اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر برابر با ۰/۲۵۱، یعنی ۲۵/۱ درصد تفاوتهای فردی در نمرات پس‌آزمون اختلال اضطراب اجتماعی مربوط به تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

فرضیه دوم: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال ترس دانش-آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان موثراست.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه(آنکوا) مقایسه میانگین پس آزمون میزان ترس دانش‌آموزان گروههای آزمایش و کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۸/۷۱۰	۱۱	۰/۷۹۲	۲/۹۹۱	۰/۰۱۰	۰/۵۴۹
گروه	۱۱/۴۱۸	۱	۱۱/۴۱۸	۴۳/۱۲۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۵
خطا	۷/۱۴۹	۲۷	۰/۲۶۵			

همان‌گونه که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان نمرات ترس تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (p۰/۰۰۱ > و F=۴۳/۱۲۳). به عبارت دیگر، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به میانگین دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اختلال ترس گروه آزمایش شده است. همچنان که ملاحظه شد میانگین نمرات مؤلفه ترس از

۲/۶۷ پس از آموزش به ۱/۹۱ کاهش یافته است. میزان تاثیر برابر با ۰/۶۱۵، یعنی ۶۱/۵ درصد تفاوتهای فردی در نمرات پس‌آزمون اختلال ترس مربوط به تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

فرضیه سوم: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اجتناب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان موثراست.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه(آنکوا) مقایسه میانگین پس آزمون میزان اختلال اجتناب دانش آموزان گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۶/۱۵۰	۱۰	۰/۶۱۵	۱/۲۳۹	۰/۳۱۰	۰/۳۰۷
گروه	۷/۱۹۹	۱	۷/۱۹۹	۱۴/۵۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱
خطا	۱۳/۸۹۳	۲۸	۰/۴۹۶			

همانگونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان نمرات مؤلفه اجتناب تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (p۰/۰۰۱ > و F=۱۴/۵۰۷). همچنان که ملاحظه شد میانگین نمرات مؤلفه اجتناب از ۳/۰۱ پس از آموزش به ۲/۱۸ کاهش یافته است. به عبارت دیگر، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به میانگین دانش آموزان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اختلال اجتناب گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر برابر با ۰/۳۴۱، یعنی ۳۴/۱ درصد تفاوتهای فردی در نمرات پس-آزمون اختلال اجتناب مربوط به تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

فرضیه چهارم: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال فیزیولوژی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان موثراست.

جدول۸: :نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه(آنکوا) مقایسه میانگین پس آزمون میزان اختلال فیزیولوژی دانش‌آموزان گروههای آزمایش و کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۶/۹۲۸	۱۳	۰/۵۳۳	۰/۹۲۴	۰/۵۴۳	۰/۰۵۹
گروه	۰/۸۹۷	۱	۰/۸۹۷	۱/۵۵۵	۰/۲۲۴	۰/۵۷
خطا	۱۴/۴۱۹	۲۵	۵/۵۷۷			

همانگونه که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش آزمون بین دانش‌آموزان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان فیزیولوژی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود (p۰/۲۲۴ > و F=۱/۵۵۵). به عبارت دیگر، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به میانگین دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت

به میانگین گروه گواه، موجب کاهش میزان اختلال فیزیولوژی گروه آزمایش نشده است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان نمرات مؤلفه فیزیولوژی تأثیر نمی‌گذارد و فرضیه تحقیق رد می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی دانش-آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان بوده است. نتایج تحقیق نشان داده است که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی و مولفه‌های ترس و اجتناب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان تأثیرگذار بوده است. اما آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلالات فیزیولوژی اضطراب اجتماعی تاثیر معناداری نداشته است. در این بخش نتایج حاصل از آزمون فرضیات تحقیق به تفکیک هر فرضیه بیان شده است.

فرضیه: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی براختلال اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان تأثیر می‌گذارد.

نتایج آماری: مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۴/۶۸۱) برای این فرضیه معنادار می‌باشد. (p value= 0.048<0.05)، بنابراین آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان اضطراب اجتماعی تأثیر می‌گذارد. میانگین اضطراب اجتماعی از ۲/۸۵ پس از آموزش به ۲/۰۷ کاهش یافته است. اندازه تأثیر این متغیر بر اضطراب اجتماعی ۲۵/۱ درصد بوده است.

مقایسه: این نتیجه با نتایج تحقیق محجوب و همکاران (۱۳۹۴)، جهانگیر پور و همکاران (۱۳۹۲)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) همخوانی دارد. در این تحقیقات نتایج حاکی از آن بوده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش انواع گوناگون اضطراب تاثیرگذار بوده است. اما تحقیقاتی نیر وجود داشته‌اند که بر تاثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نوع خاص اضطراب اجتماعی تاکید داشته‌اند و در این تحقیقات این تاثیر معنادار بوده است. مانند تحقیقات شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۴)، فسنقری (۱۳۹۴)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، کوچفسکی و همکاران (۲۰۱۵)، بایجش (۲۰۱۵) و وان بوگستیل و بوگلس (۲۰۱۴) که این نتیجه با نتایج این تحقیقات منطبق و همخوان است.

تبیین: درتبیین این نتیجه بایستی به علل شناختی اضطراب اجتماعی پی برد. بنابر نظریه لینهان (۱۹۹۳) اضطراب اجتماعی همواره از قضاوت در مورد افراد، ناآگاهی از پیامدهای کنش و واکنش بین افراد و حوادث گذشته و عدم پیش‌بینی پذیر آینده ناشی می-شود. این درحالی است که با آموزش رفتار شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمندانه و تمرکز بر زمان حال تاکید می‌شود. از این طریق و به واسطه تمرین‌ها و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند و بدین ترتیب منشأهای اضطراب اجتماعی را از خود دور می‌کند. به واسطه آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و با تسلط بر افکار و احساسات روابط اجتماعی فرد نیز فارغ از حالات اضطرابی بهبود چشمگیری می‌یابد و در نتیجه این

آموزشها بر کاهش اضطراب اجتماعی افراد منتهی می-گردد.

فرضیه: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مؤلفه ترس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان تأثیر می‌گذارد.

نتایج آماری: مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۴۳/۱۲۳) معنادار می‌باشد. (p value= 0.001<0.05)، بنابراین آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان ترس اضطراب اجتماعی تأثیر می‌گذارد. میانگین نمرات ترس از ۲/۶۷ پس از آموزش به ۱/۹۱ کاهش یافته است. اندازه تأثیر این متغیر بر نمرات ترس ۶۱/۵ درصد بوده است.

مقایسه: این نتیجه با نتایج تحقیقات شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۴)، فسنقری (۱۳۹۴)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، کوچفسکی و همکاران (۲۰۱۵)، بایجش (۲۰۱۵) و وان بوگستیل و بوگلس (۲۰۱۴) منطبق و همخوان است. در این تحقیقات تاثیردرمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر اضطراب اجتماعی تائید شده بود. اما این نتیجه با نتیجه تحقیق افتخارالدین و اسدی (۱۳۹۵) همخوانی ندارد. چرا که در این تحقیق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه ترس تاثیرگذار نبوده است. علت این عدم همخوانی شاید در تفاوت جامعه آماری و تفاوت در جلسات و محتوای آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باشد.

تفسیر نتایج: میلر (۲۰۰۷) بر این باور است که مهمترین مولفه اضطراب اجتماعی ترس است. اضطراب اجتماعی، یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی است که فرد خود را در معرض موشکافی دیگران می‌بیند و می‌ترسد مبادا کاری انجام دهد که باعث خجالت شود یا تحقیرآمیز به نظر آید. همچنین بر اساس مدل شناختی مطرح شده توسط کلارک و ولز (۲۰۰۴)، هنگامی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی وارد یک موقعیت هراس‌آور اجتماعی می‌شوند، احساس تهدید کرده و وجه خود را به سمت درون شان جا به جا می‌کنند و روی پاسخ‌های اضطرابی شان متمرکز می‌شوند. بعلاوه آنها متقاعد می-شوند که دیگران نیز به همین شیوه آنها را می‌بینندکه همین منجر به یک ارزیابی منفی توام با ترس از خودشان می‌گردد. آموزش ذهن آگاهی در کاهش اشتغال ذهنی افراد با ارزیابی منفی از خود که منجر به افزایش ترس آنها می‌شود، کمک می‌کند. این آموزش به دانش‌آموزان می‌آموزد که از شناختهای خود منتقدگرانه شان فاصله بگیرند و صرفاً با آگاهی و بدون قضاوت به مشاهده آنها بپردازند. همچنین از طریق تکنیک‌های آموزش داده شده در این روش، فرد به تنظیم هیجانات در شرایط ترس‌آور می‌پردازد و در نتیجه در کاهش ترس و هراس موثر است.

فرضیه: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال اجتناب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان تأثیر می‌گذارد.

نتایج آماری: مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۱۴/۵۰۷) معنادار می‌باشد. (p value= 0.001<0.05)، بنابراین آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان نمرات مؤلفه اجتناب تأثیر می‌گذارد. همچنان که ملاحظه شد میانگین نمرات اجتناب از ۳/۰۱ پس از آموزش به ۲/۱۸ کاهش یافته است. اندازه تأثیر این متغیر بر مؤلفه اجتناب ۳۴/۱ درصد بوده است.

مقایسه: این نتیجه با نتایج تحقیقات شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۴)، فسنقری (۱۳۹۴)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، کوچفسکی و همکاران (۲۰۱۵)، بایجش (۲۰۱۵) و وان بوگستیل و بوگلس (۲۰۱۴) منطبق و همخوان است. در این تحقیقات تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر اجتناب تائید شده بود. اما

این نتیجه با نتیجه تحقیق افتخارالدین و اسدی (۱۳۹۵) همخوانی ندارد. چرا که در این تحقیق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه اجتناب تاثیرگذار نبوده است. علت این عدم همخوانی شاید در تفاوت جامعه آماری و تفاوت در جلسات و محتوای آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باشد.

تفسیر نتایج: خراشادی زاده و همکاران (۱۳۹۱) معتقدند که اجتناب نتیجه اختلال اجتماعی است که منجر به احساسات نابسندگی، خجالت، احساس حقارت و افسردگی در این افراد می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال ترجیح می‌دهند تنها بمانند و از قرار گرفتن در محیط‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند در ذهن آگاهی نیز فرد به‌جای اجتناب از درد و رنج می‌آموزد که چگونه با آنها کنار بیاید و باوجود آنها زندگی کند. آموزش تکنیک‌هایی همچون مواجهه و پذیرش در مبحث ذهن آگاهی به دانش‌آموزان می‌آموزد که با مسائل و افراد اضطراب زا در جامعه به جای اجتناب یا فرار دائمی از آنها با آگاهی و تمرکز فکری مواجه شوند و این افراد و مسائل را بپذیرند و به درستی رفتار کنند.

فرضیه: آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال فیزیولوژی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول شهرستان گمیشان تأثیر می‌گذارد.

نتایج آماری: مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۱/۵۵) معنادار نمی‌باشد. (p value= 0.224>0.05)، بنابراین آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فیزیولوژی اضطراب اجتماعی تأثیر نمی‌گذارد.

مقایسه: این نتیجه با نتایج تحقیقات شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۴)، فسنقری (۱۳۹۴)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، کوچفسکی و همکاران (۲۰۱۵)، بایجش (۲۰۱۵) و وان بوگستیل و بوگلس (۲۰۱۴) غیرمنطبق و ناهمخوان است. در این تحقیقات تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر اضطراب اجتماعی تائید شده بود. این در حالی است که نتیجه این تحقیق این تاثیر را بر مؤلفه فیزیولوژی رد کرده است اما این نتیجه با نتیجه تحقیق افتخارالدین و اسدی (۱۳۹۵) همخوانی دارد. چرا که در این تحقیق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال فیزیولوژی تاثیرگذار بوده است.

تفسیر نتایج: با توجه به این نتیجه می‌توان اثرات آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی دانش-آموزان را در سه بخش منفک مورد بررسی قرار داد. بخش اول مربوط به پیامدها و نشانه‌های فکری و ذهنی و شناختی اجتماعی فرد می‌باشد که در قالب ترس مطرح است. پیامدها و نشانه‌های دوم، رفتاری است مانند رفتار اجتنابی و بخش سوم مربوط به پیامدهای فیزیولوژیک است. این تقسیم بندی منطبق با نظریه سگال و همکاران (۲۰۰۲) است. اما حالات اضطرابی پیامدهای فیزیولوژیک و جسمانی نیز به همراه دارد. در این تحقیق تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه-های فیزیولوژیکی اضطراب اجتماعی معنادار نبوده است. شاید علت این امر به نبود امکانات و فضای کافی برای آموزش مناسب مدیتیشن و تمرینات کاهش اضطراب فیزیولوژیک باشد. علاه بر آن تمرینات کاهش اضطراب فیزیولوژیک نیازمند استمرار و انجام فعالیت های بدنی در محیطی مناسب و خارج از کلاس درس است.

به طور کلّی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تمرین‌ها و فنون موجود در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب اجتماعی دانش-آموزان می‌شود. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که از شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در مداخلات مربوط به اضطراب اجتماعی، بویژه در دانش‌آموزان استفاده شود. از جمله

محدودیتهای پژوهش حاضر مربوط به جامعه‌ی آماری آن است که فقط متشکل از دختران و دو مدرسه بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در آینده، پژوهش‌هایی از این نوع روی هر دو جنس و در کل مدارس یک شهرستان انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم پذیری بیشتری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌بینند که مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیهٔ دانش‌آموزان و روسای مدارسی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام دارند.

References

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bayani, AA. Ranjbar, M. & Bayani, A. (2012). Examine the relationship between social problem solving ability with depression and social phobia among university students, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 22(94): 91-98.

Beesdo, K. Bittner, A. Pine, DS. Stein, B. Hofler, H. Lieb, R. & Wittchen, H-U. (2007); Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry, 64*, 903-12.

Conoor, KM. Davidson, JRT. Churchill, LE. Sherwood, A. Weisler, RH. Foa, E. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry. 176*(4): 379-386.

Den Boer, JA. (2000). Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Comprehensive Psychiatry. 41*(6): 405-15.

Eisendrath, S. Chartier, M. & Mclane, M. (2012). *Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression [electronic version]*. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*: 362-370.

Janowski, K. Lucjan, P. (2012). Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry* (Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry). 27(Supplement 1), P-133: Pages 1.

Grant, D.M. & Beck, J.G. (2006). Attentional biases in social anxiety and dysphoria: Does comorbidity make a difference? *Journal of Anxiety Disorders, 20,* 520-529.

Garland, E.L. Schwarz, N.R. Kelly, A. Whitt, A. & Howard, M.O. (2010). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability, *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 12*(3): 242-263.

Ives-Deliperi, V. L., Howells, F., Stein, D. J., Meintjes, E. M. & Horn, N. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder, A controlled functional MRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 150(3): 1152- 1157.

Kang, Y.S. Choi, S.Y. & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5): 538-43.

Kindt, M. & Van Den Hout, M. (2001). Selective agent lion and anxiety: A perspective on developmental issues and casual status. *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment*, 23(3): 193-202.

Kingsbury, M. (2014). *Social anxiety and interpretation bias in computer mediated contexts*. Faclty of Graduate and Postdoctoral Affairs.

Kingsbury, M. & Coplan R. (2015). *Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. Computers in Human Behavior, 54*: 368-379.

Leigh, J. Bowen, S. Marlatt, G.A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors, 30*(7): 1335-1341.

Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science*. American New York, Routledge Press; 35-36.

Masuda, A. & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 17* (1): 66-71.

McAleavey, A.A. Castonguay, L.G. & Goldfried, M.R. (2014), Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia. *Journal of Behavior Therapy, 45*(1): 21-35.

McCarney, R.W. Schulz, J. & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 14*(3): 279-299.

Mckim, R.D. (2008). Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering*, *68*(11-B), 7673.

Michalak, J. Burg, J. & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness*. *3*(3): 190-199.

Miers, A.C. Blote, A.W. Bogels, S.M. & Westenberg, P.M. (2008), Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*: 1462-1471.

Mohammadi, MR. Ghanizadeh, A. Mohammadi, M. & Mesgarpour, B. (2005). Prevalence of social phobia and its co-morbidity with psychiatric disorders in Iran. *Depression and Anxiety, 23*, 405–11.

Mohammadi, M.R. Alavi, A. Mahmoodi, J. Shahrivar, Z. Tehranidoost, M. Saadat, S. (2008). Prevalence of Psychiatric Disorders amongst Adolescents in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry*, *3*(3): 100-4. (Persian).

Murphy, C. & MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, *219*(2): 527-536.

Morone, N.E. Lynch, C.P. Losasso, III V.J. Liebe, K. & Greco, C.M. (2012). Mindfulness to Reduce Psychosocial Stress. *Mindfulness*, *3*(1): 22-29.

O'Connell, O. (2009). Introducing Mindfulness as an Adjunct Treatment in an Established. The *Humanistic Psychologist*, *37*(2): 178-191.

Ost, L. G. (2008); Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*: 296-321.

Levpuscek, M.P. Videc, M. (2008). Psychometric properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. *Psychological studies*, *50*(1): 49-65.

Piet, J. Würtzen, H. & Zachariae, R. (2012). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, doi: 10.1037/a0028329.

Potek, R. (2012).Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation Ph.D., *New York UNIVERSITY*, 184 pages; 3493866.

Ruscio, A.M. Brown, T.A. Chiu, W.T. Sareen, J. Stein, M.B. & Kessler, R.C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National

Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 38*: 15-28.

Schmertz, S.K. Masuda, A. & Anderson, P.L. (2012).Cognitive Processes Mediate the Relation between Mindfulness and Social Anxiety within a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (3): pages 362-371.

Shannon, J. (2012). *The Shyness and Social Anxiety Workbook for Teens: CBT and ACT Skills to Help You Build Social Confidence:* USA: New Harbinger Pub.

Segal, Williams, Tizdel. (2009). Translated by Mohammadkhani, P. et al, guidebook of mindfulness based cognitive therapy, Tehran: faradid pbl.

Smith, B.W. Ortiz, J.A., Steffen, L.E. Tooley, E.M. Wiggins, K.T. & et al. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5): 613-617.

Song, Y. (2011). Depression, Stress, Anxiety and Mindfulness in Nursing Students. *Korean Journal of Adult Nursing*, *23*(4):397-402.

Talepasand, S. & Nokani, M. (2012). Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates. *Archives of Iranian Medicine, 13*(6): 66-72.

Teubert, D. & Pinquart, M. (2011). A meta- analytic review on the presentation of symptom of anxiety in children adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*: 579-590.

Vaananen, J.M. Frojd, S. Ranta, K. Marttunen, M. Helmine, M. & Kaltiala-Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of Affective Disorders*, *133*: 97-104.

Voncken, M.J. & Bogels, S.M. (2008). Social performances deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during a speech. *Journal of Anxiety Disorders*. *22*: 1384-1392.

Wupperman, P. Marlatt, G.A. Cunningham, A. Bowen, S. Berking M. & et al. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology. 68* (1): 50-66.