

## بررسی اثربخشی شناخت در مانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود دختران دوره بلوغ

سیدابوالقاسم مهری نژاد<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۰۳

تاریخ وصول: ۹۵/۱۰/۱۱

### چکیده

کمرویی یک صفت تاثیرگذار در طیف وسیعی از اختلالات درونی شده و برونی شده در نوجوانان است. هدف پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان کمرویی و نارسایی ابراز وجود دختران سن بلوغ بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول (سال تحصیلی ۹۵-۹۴) (پایه ۷ و ۸) مناطق ۷ و ۳ تهران بود. با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده ۴ مدرسه انتخاب شد. پس از اجرای آزمون کمرویی و ابراز وجود در این ۴ مدرسه، ۳۰ نفر که حاضر به دریافت ۱۰ جلسه درمان بودند بصورت در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه یک ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا گردید. سپس از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته ها نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود در سطح  $P < 0/001$  تاثیر معناداری داشته است. با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان از درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان موثر بر کاهش کمرویی و افزایش مهارت های ابراز وجود و جرات مندی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: کمرویی، ابراز وجود، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

۱. دانشیار روان‌شناسی بالینی دانشگاه الزهرا ab\_mehrinejad@yahoo.com

## مقدمه

کم‌رویی نوعی احساس ناامنی اجتماعی است که در تعامل و معاشرت با دیگران آشکار می‌شود. کوکس، مکفرسون و انس<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) کم‌رویی را معذب بودن و احساس دستپاچگی و خجالت شدید در حضور دیگران می‌دانند. همچنین کم‌رویی را می‌توان یک پدیده اجتماعی تعریف نمود که در بستر اجتماع اتفاق می‌افتد، در اثر روابط نادرست ایجاد شده و به سازش نایافتگی اجتماعی می‌انجامد. کم‌رویی با اضطراب تجربه شده در موقعیت‌های اجتماعی و یا بازداری از انجام یک رفتار به دلیل نگرانی از ارزشیابی بین فردی شناخته می‌شود. هم‌چنین کم‌رویی را می‌توان صفتی پایدار دانست که بوسیله تنش، ناراحتی و یا بازداری از انجام رفتار در حضور دیگران نمایان می‌شود. در نهایت می‌توان گفت کم‌رویی عبارت است از اضطراب و بازداری رفتاری در موقعیت‌های اجتماعی (وادامن، دورکین و کونتی رامسدن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

کم‌رویی غالباً در مواردی مانند موقعیت‌های تازه، مورد ارزشیابی، توجه و مشاهده قرار گرفتن از سوی دیگران و یا موارد دخالت دیگران در امور فرد، مشاهده می‌شود. افراد کم‌رو در موقعیت‌های چالش‌زا انگیزه پایینی دارند، این افراد به دلیل شدت ترس، قدرت هرگونه تحرکی را از دست داده و قادر به انجام عکس‌العمل‌های درست نبوده و از عهده انجام هیچ کاری به درستی بر نمی‌آیند، بنابراین ترجیح می‌دهند همیشه تنها باشند. آن‌ها به دلیل انزوا و گوشه‌گیری از جمع دیگران دور افتاده و طرد می‌شوند که منجر به شکل‌گیری ذهنیت منفی نسبت به خود و اعتماد به نفس پایین می‌شود. کم‌رویی از بسیاری جنبه‌ها با اضطراب یا هراس اجتماعی مرتبط است (مانند اپن، قاباش، سالم و صبری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ گاستلا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ هیسر، ترنر، بیدل و روکسان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). همچنین کم‌رویی با الگوهای ضعیف ارتباطی، عزت نفس پایین و احساس تنهایی (ارسلان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱)، رفتار بازداری شده، افسردگی و گوشه‌گیری اجتماعی همپوشی دارد (کاواس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). به

- 
1. Cox, MacPherson & Enns
  2. Wadamn, Durkin & Conti-Ramsden
  3. Eapen, Ghabash, Salem & Sabri
  4. Guastella
  5. Heiser, Turner, Beidel & Roxann
  6. Arslan
  7. Kavas

علاوه یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که کمرویی با مقادیر متفاوتی از اضطراب، افسردگی، عاطفه‌ی منفی، پرخاشگری، استرس، خودکشی و اختلالات خوردن رابطه دارد (میلر، اسچمیدت و ویلانکورت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). پرداختن به مسئله کم رویی و مبانی روان‌شناختی آن از این جهت اهمیت دارد که همه ما به گونه‌ای تجاربی از کم رویی را در موقعیت‌های مختلف داشته‌ایم. اما نکته مهم‌تر این است که بعضی‌ها در تمام شرایط و موقعیت‌های اجتماعی به کم رویی قابل توجهی دچار می‌شوند و چنان‌چه مشکل این افراد به موقع تشخیص داده نشود و درمان نگردد، ممکن است آثار نامطلوبی به همراه داشته باشد و رشد شناختی، عاطفی، روانی و اجتماعی آن‌ها را به طور جدی تحت تاثیر قرار دهد. پس باید کم رویی هر چه زودتر شناسایی شده، تا از آن پیشگیری شود؛ در غیر این صورت، کم رویی می‌تواند به صورت نوعی بیماری درآید. پژوهش‌ها نشان می‌دهند کمرویی با جرات ورزی پایین بخصوص در میان دانش آموزان همراه است. لین، شیا، چانگ، لائی و وانگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) جرات ورزی را مهارت در برقراری ارتباط میان فردی می‌دانند. وان‌گاندی<sup>۳</sup> نیز جرات ورزی را قلب رفتار میان فردی و کلید روابط انسانی دانسته و معتقد است جرات ورزی در شکوفایی استعدادها و رشد خلاقیت نوجوانان نقش مؤثری را ایفا می‌کند. افراد کم جرات نمی‌توانند به صورت مناسب با اطرافیان خود تعامل داشته باشند. این افراد احساس گناه، بی اعتمادی و سلطه پذیری در روابط اجتماعی را تجربه می‌کنند و ترس، اضطراب و افسردگی از خود نشان می‌دهند. جرات ورزی پایین با عوارض جسمی، روانی و اجتماعی فراوان همراه بوده و موجب نشانگانی مانند احساس درماندگی، تنهایی، ناسازگاری اجتماعی، زخم معده، میگرن، اختلال فشار خون، اضطراب و افت تحصیلی می‌گردد. جرات ورزی پایین با کمرویی ارتباط تنگاتنگی دارد و هردوی این ویژگی‌ها با خصوصیات چونی عاطفه منفی، گوشه گیری اجتماعی، حرمت نفس پایین و افسردگی در ارتباطند (استراچان و مونروئه چاندلر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

در تحقیقاتی که درباره مشکلات رفتاری نوجوانان، انجام شد، مشخص گردید، ۵۲٪ از آنها دچار کم رویی و ۵۰٪ دیگر دچار نگرانی و اضطراب هستند. کوکس و همکاران

- 
1. Miller, Schmidt & Vaillancourt
  2. Lin, Shiah, Chang, Lai & Wang
  3. Van Gundy
  4. Strachan & Munroe-Chandler

(۲۰۰۵) در یک گزارش از موسسه ملی شیوع شناسی آمریکایی بیان کردند که از ۵۸۷۷ آزمودنی، ۲۶٪ از زنان و ۱۹٪ از مردان خود را در سنین رشد و کودکی شدیداً خجالتی می‌دانستند و برآورد پایینی از جرات ورزی خود داشتند. از این تعداد افراد، ۵۳٪ از زنان و ۴۰٪ از مردان حداقل یک یا چند معیار از معیارهای اضطراب یا اختلال خلق را در طول زندگی‌شان تجربه کرده بودند. همچنین نتایج نشان داد در هر دو گروه نوعی ترس اجتماعی وجود داشت. این در حالی است که درمان کم رویی و بهبود جرات ورزی از چالش‌انگیزترین موضوعات پیش روی روانشناسان و به خصوص روانشناسان مدرسه است. بدین لحاظ بازبینی ادبیات مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی از ضرورت دو چندان بر خوردار است.

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی رفتاری نسل سوم یا موج سوم قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودائیسیم دارد (اوست<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). سگال، ویلیامز و تیسدال<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص و هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده‌اند. لینهان<sup>۳</sup> برای اولین بار به ضرورت اهمیت دادن به ذهن آگاهی به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تاکید کرد. ذهن آگاهی به رشد سه مولفه‌ی خودداری از قضاوت، آگاهی هدفمندانه و تمرکز بر لحظه‌ی کنونی نیاز دارد. توجه متمرکز بر زمان حال و پردازش تمام جنبه‌های تجربه‌ی بلا واسطه موجب می‌شود فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه و کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی پیدا کرده و از طریق آگاهی لحظه به لحظه نسبت به افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند. در نتیجه از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریق و ساندرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی می‌تواند در رها سازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفا

1. Ost
2. Segal, Williams & Teasdal
3. Linahan
4. Rygh & Sanderson

می‌کند (کاوینانی، جواهری و بهیاری، ۲۰۰۵؛ ریان و دسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). بنابراین تاکید بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه‌ی جدید با افکار در مقایسه با تغییر آن‌ها مورد تاکید قرار می‌گیرد. در سال ۲۰۰۲، روئمر و اورسیلو<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) ادغام دیدگاه‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی را برای درمان اختلالات با ریشه اضطراب پیشنهاد کردند. به اعتقاد آن‌ها چون نگرانی ماهیتی رو به آینده دارد، آموزش بودن در حال و هشیاری ذهن آگاهانه راه‌های جایگزین مفیدی برای پاسخ‌دهی در افراد مبتلا به اختلالات با ریشه‌ی اضطرابی است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مراجعانی که تحت درمان‌های شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بودند، کاهش قابل ملاحظه‌ای در نشانه‌ها و بهبود در کیفیت زندگی را نشان دادند (روئمر و اورسیلو، ۲۰۰۷). ایوانز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش‌های خود به نتیجه‌ی مشابهی رسیدند که اضطراب و نگرانی در ارتباط با اجتناب از رویارویی با تجربیات و احساسات درونی جاری و ناخوشایند است، لذا درمان‌های مانند ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) می‌تواند در درمان این نوع اختلالات موثر باشد.

مطالعات نشان داده است که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرامیدگی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب موثر می‌باشد. از جمله اختلالاتی که از طریق آموزش ذهن آگاهی تعدیل می‌گردند، اختلالات اضطرابی هستند (ولز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ ولز، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۰؛ سوگیرا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ لوواس، دیوید، بارسکی و آرتور<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰؛ صداقت، محمدی، عزیزاده و حسینی، ۱۳۹۰). والستاد، سیورتنسن و نیلسن<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود دریافتند که آموزش ذهن آگاهی موجب تعدیل نشانه‌های اضطراب، نگرانی و اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. تانای، لوتان و برنستین<sup>۸</sup> (۲۰۱۲) در بررسی پیامدهای آموزش ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی‌داری موجب کاهش نشانه‌های خلق آسیب‌پذیر و اضطراب می‌شود. با توجه به نقش موثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات اضطرابی و

1. Rayan & Deci
2. Roemer & Orsillo
3. Evans
4. Wells
5. Sugiura
6. Lovas, David, Barsky & Arthur
7. Vollestad, Siverstsen & Nielsen
8. Tanay, Lotan & Bernstein

از آنجایی که کمرویی و ضعف در جرات ورزی، ریشه در اختلالات اضطرابی دارد، این پژوهش قصد دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا این روش مداخله می تواند نقش موثری در بهبود کمرویی ایفا کند.

### روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول ( پایه ۷ و ۸) مناطق ۷ و ۳ تهران می شد که مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند. با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده ۴ مدرسه انتخاب شد. پس از اجرای آزمون کمرویی و ابراز وجود در این ۴ مدرسه ۴۷ نفر ملاک ورود به پژوهش را داشتند. ملاک های ورود آزمودنی ها علاوه بر پایه تحصیلی، جنسیت و نمره ی پرسشنامه های کمرویی و ابراز وجود؛ داشتن خواهر یا برادر، عدم طلاق والدین و عدم مردودی در طول تحصیل بود. از این ۴۷ نفر، ۳۰ نفر آزمودنی بصورت در دسترس که حاضر به دریافت ۱۰ جلسه درمان بودند انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ملاک های خروج از طرح نیز یک جلسه غیبت در دوره درمان بود. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه یک ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا گردید. برای هر دو گروه پیش آزمون و در پایان پس آزمون اجرا شد و نتایج دو گروه با هم مقایسه شدند. تنها داده های حاصل از ۲۸ نفر از آزمودنی ها قابل بررسی بود.

### ابزارها

۱- **آزمون کم رویی:** آزمون کم رویی توسط سموعی (بی تا) (۱۳۸۲) ساخته شده و واجد ۴۴ سوال است که نحوه نمره گذاری برای سوالات با محتوای مثبت از صفر به چهار و برای سوالات با محتوای منفی برعکس یعنی از چهار به صفر می باشد. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه شده است. پایایی آن به روش دو نیمه کردن نیز مناسب گزارش شده است. همچنین روایی همزمان این پرسشنامه با مصاحبه روان شناختی سنجیده شده و در سطح ۰/۰۱ معنی دار به دست آمده است (تقوی، ایران دوست، فرامرزی و نیکبخت، ۱۳۹۳). در این پژوهش پایایی باز آزمون با استفاده از روش همسانی درونی برابر ۰/۷۶ بدست آمد.

۲- **آزمون ابراز وجود:** این مقیاس توسط گمبیریل و ریچی<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) ساخته شده است. مقیاس حاوی ۴۰ ماده است و هر ماده یک موقعیت خاص را که مستلزم رفتار جرأت ورزانه است، نشان می دهد. پرسشنامه ابراز وجود دارای دو قسمت است. یک قسمت به اندازه گیری درجه یا میزان ناراحتی فرد اختصاص دارد و قسمت دیگر آن، احتمال بروز رفتار ابراز وجودی را مورد سنجش قرار می دهد. اعتبار عاملی ماده های مختلف مقیاس بین ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ و ضریب پایایی آن، ۰/۸۱. گزارش شده است (شجاع کاظمی و مومنی، ۱۳۹۰). همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط محامد (۱۳۷۸)، به نقل شجاع کاظمی و مومنی، (۱۳۹۰) برای درجه ناراحتی و احتمال بروز رفتار به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۸۸ گزارش شده است. در پژوهش پیرساقی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی پرسش نامه با روش آلفای کربناخ مورد ارزیابی قرار گرفت که میزان آن ۰/۸۰ برآورد شده است. در این پژوهش پایایی آزمون با استفاده از روش همسانی درونی برابر ۰/۷۹ بدست آمد.

#### جدول ۱. جلسات درمان

جلسه اول	جلسه ی معرفی اعضای گروه به یکدیگر، تشریح قوانین گروه برای اعضا، اجرای ۲ پرسشنامه (پیش آزمون) برای دو گروه کنترل و آزمایش
جلسه دوم	ارائه موضوعات کلی هریک از جلسات، معرفی اجمالی روش MBCT، مروری بر علائم کمروبی و نداشتن مهارت های ابراز وجود
جلسه سوم	آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به اضطراب، آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه ی فراشناختی، با تاکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تاکید بر اضطراب
جلسه چهارم	پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک واریسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین واریسی بدن
جلسه پنجم	آموزش ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ی ذهن آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه
جلسه ششم	آموزش تنفس ۳ دقیقه ای (آگاهی، یکپارچه سازی، گسترش دادن) ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه ی شنیدن
جلسه هفتم	ایجاد رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش.
جلسه هشتم	آموزش روش هایی متفاوت دیدن افکار تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
جلسه نهم	مروری بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، یکپارچه سازی فعال رفتاری در آموزش برنامه ریزی فعالیت، تمرین منظم حضور ذهن برای کمک به حفظ تعادل در زندگی، تمرین تقویت نیت، تمرین واریسی بدنی، بازنگری کل برنامه

#### 1. Gamberill & Richi

## یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی همچون، جدول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در آمار استنباطی، جهت آزمون فرضیات از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده گردید برای این منظور از نرم افزار SPSS۲۱ استفاده گردید. جداول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمرویی و ابراز وجود را دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی کمرویی و ابراز وجود در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه

	تعداد آزمودنی	میانگین	کمرویی		ابراز وجود	
			انحراف استاندارد	تعداد آزمودنی	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش پیش آزمون	۱۴	۷۲/۴۶	۱۷/۶	۱۴	۴۰/۳۴	۴/۱۱
گروه کنترل پیش آزمون	۱۴	۷۰/۰۷	۱۴/۳	۱۴	۴۱/۲۸	۴/۳۱
گروه آزمایش پس آزمون	۱۴	۶۰/۴	۱۶/۷	۱۴	۵۴/۶۸	۳/۱۳
گروه کنترل پس آزمون	۱۴	۷۱/۰۹	۱۳/۴۶	۱۴	۴۳/۰۴	۴/۳۷

جهت بررسی تفاوت دو گروه از لحاظ متغیرهای کمرویی و ابراز وجود از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد، بدین صورت که نمره‌های پیش آزمون دو گروه کنترل شد و تحلیل بر روی نمره‌های پس آزمون گروه‌ها انجام شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه کمرویی گروه کنترل و آزمایش با حذف اثر

## پیش آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۳۳۶۵/۷۲	۱	۳۳۶۵/۷۲	۲۴/۳۳	۰/۰۱
بین گروهی	۲۷۲۰/۹۴	۱	۲۷۲۰/۹۴	۲۰/۴۱	۰/۰۱
درون گروهی	۳۵۹۳/۷۰	۲۶	۱۳۱/۹۸		



همانگونه که اطلاعات ارائه شده در جدول ۳ نشان می دهد علی رغم حذف اثر پیش آزمون میان دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون کمرویی تفاوت معناداری وجود دارد ( $f=20/45$  و  $p=0/01$ ) با توجه به میانگین های پس آزمون دو گروه در آزمون کمرویی می توان چنین نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش کمرویی گروه آزمایش گردیده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه ابراز وجود گروه کنترل و آزمایش با حذف اثر پیش آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۸۲/۴۹	۱	۸۲/۴۹	۳/۲۴	۰/۰۱
بین گروهی	۵۵۲/۴۸	۱	۵۵۲/۴۸	۲۱/۴۷	۰/۰۱
درون گروهی	۶۸۹/۷۴	۲۶	۲۵/۵۹		

داده های ارائه شده در جدول ۴ نشان می دهد با حذف اثر پیش آزمون میان دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون ابراز وجود تفاوت معناداری وجود دارد ( $f=21/47$  و  $p=0/01$ ) با توجه به میانگین های پس آزمون دو گروه در آزمون ابراز وجود می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود ابراز وجود گروه آزمایش گردیده است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش کمرویی و بهبود مهارت های ابراز وجود در دانش آموزان دختر دوره راهنمایی مناطق ۳ و ۷ تهران که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل اند، بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری باعث کاهش نگرانی آسیب شناختی و علائم اضطرابی و در نتیجه کاهش علائم کمرویی و بهبود مهارت های ابراز وجود در این افراد می شود. نتایج پژوهش با یافته های پژوهشی سگال و همکاران (۲۰۰۳) و والستاد و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. لازم به توضیح است که پژوهش های ذکر شده در مورد دانشجویان و بیماران کلینیکی انجام شده است، در

حالی که پژوهش حاضر در مورد دانش آموزان راهنمایی که در دوره بلوغ قرار دارند و احتمالاً هیجانات شدیدتری را تجربه می‌کنند، صورت گرفته است. نتیجه با نتایج پژوهش‌های تانای و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی پیامدهای آموزش ذهن آگاهی که بیان داشتند آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه‌های خلق آسیب پذیر و اضطراب می‌شود هماهنگی دارد. نتیجه‌ی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مشابه در مورد تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب همسو است (ولز، ۱۹۹۵؛ ولز، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۰؛ سوگیورا، ۲۰۰۴؛ لوواس و همکاران، ۲۰۱۰؛ صداقت و همکاران، ۱۳۹۰؛ مکسول و داف، ۲۰۱۶؛ بامبر، کرانزل اسپنیدر، سمپل و رید و میلر، ۲۰۰۵؛ رافیتان و جوز، ۲۰۱۶).

از سوی دیگر بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر آموزش ذهن آگاهی در افزایش میزان ابراز وجود دانش آموزان موثر بوده است. اصطلاح ابراز وجود را در ابتدا ولپی مطرح کرده است. وی اعتقاد داشت میان پاسخ‌های جرات ورزانه با اضطراب تضاد جمع ناپذیری وجود دارد. در این صورت افراد با یادگیری این مهارت تا حدود زیادی می‌توانند بر ترس‌های خود غلبه کنند. ابراز وجود در معنای احترام به خود و دیگران است. در این راستا فنل<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان داد که با آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افسردگی آنها بهبود یافته و علاوه بر بهبود افسردگی این آموزش منجر به افزایش اعتماد به نفس آنان می‌شود. ابراز وجود از مسائلی است که در بهبود سازگاری فرد با محیط کارساز می‌باشد و موجب می‌شود، فرد از عملکرد خویش رضایت داشته باشد و همچنین از عوامل موثر در داشتن مهارت‌های بین فردی سالم داشتن مهارت ابراز وجود است (ایلهان، سوکوت، آخان و باتماز، ۲۰۱۶).

به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی، خود کنترلی توجه می‌باشد، چرا که تمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد و از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگرانی در مورد عملکرد و

- 
1. Maxwell & Duff
  2. Bamber, Kraenzle Schneider, Semple, Reid & Miller
  3. Raphiphatthana & Jose
  4. Fennell
  5. Ilhan, Sukut, Akhan & Batmaz

ارزیابی موقعیت جلوگیری می‌کند (موسویان و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین، در تبیین اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش نشخوار فکری تهدید کننده می‌توان گفت، درمان ذهن آگاهی یکی از رویکردهای جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد (احمدی بجق، بخشی پور و فرامرزی، ۱۳۹۴). دلیل دیگر اثربخشی آموزش ذهن آگاهی این است که آموزش ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر می‌شود. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله می‌شود و فرد در عین آرامش و آگاهی به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (پترنیتی، ۲۰۰۷). نتایج تحقیق با مطالعه ریان و دسی (۲۰۰۰) که نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند و بدین ترتیب اضطراب را کاهش می‌دهد، هم خوانی دارد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (بران<sup>۲</sup> و ریان، ۲۰۰۳).

بدین ترتیب در بسیاری از اجتماعات افرادی دیده می‌شوند که آرام، کمرو و خجالتی هستند. این افراد در زندگی روزمره ی خود اغلب اوقات با اعضاء خانواده و همسالان آشنا معاشرت می‌کنند و از غریبه‌ها اجتناب می‌ورزند. شرم و خجالت این افراد ممکن است آنها را از اکتساب مهارت‌ها و آمادگی‌های لازم برای بسیاری از فعالیت‌هایی که همسالانشان از آن لذت می‌برند و یا اصولاً برای رشد شخصیت آنها ضروری است، بازدارد با توجه به اینکه موضوع اصلی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عدم تحکیم باورهای نادرست است. رویکردی بی‌نهایت سودمند و فوق العاده اثرگذار در توجه غیرقضاوتی و انعطاف پذیر به مشکلات است. با توجه به این موارد مؤثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را کاهش کم رویی و افزایش ابراز وجود می‌توان توجیه کرد.

از یافته‌های این پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که مداخله ذهن آگاهی علاوه بر این که منجر به کاهش کم رویی می‌شود، می‌تواند مهارت‌های ابراز وجود را افزایش دهد.

1. Paterniti
2. Brown

با توجه به این که این پژوهش بر روی دختران نوجوان انجام شده است در تعمیم نتایج به پسران و سایر گروه‌های سنی باید احتیاط کرد. در نهایت نیز پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش به صورت گسترده و در مدارس متوسطه ی اول و دوم جهت ارتقای مهارت‌های جرات ورزی نوجوانان دختر استفاده شود تا ضمن افزایش سلامت روان آنان، برای ورود به جامعه آمادگی لازم را پیدا کنند.

### منابع

- احمدی بجق، سودابه، بخشی پور، باب الله و فرامرزی محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری - عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۵ (۲۰): ۱۰۹-۷۹.
- پیرساقی، فهیمه، محمد نظری، علی، حاجی حسنی، مهرداد و نادعلی پور، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان خود متمایز سازی بر میزان ابراز وجود دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۴ (۱۶): ۳۴-۱۹.
- تقوی، فاطمه، ایراندوست، راضیه، فرامرزی، سالار و نیکویخت، سعید. (۱۳۹۳). بررسی رابطه شیوه ی فرزند پروری با کمرویی دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان اقلید. ششمین کنگره ی روانپزشکی کودک و نوجوان.
- شجاع کاظمی، مهرانگیر و مومنی مهرآور. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای و رابطه رفتار جراتمندان، عزت نفس و جهتگیری مذهبی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. فصلنامه پژوهش در تربیت و تعلیم اسلامی. ۱۲، ۱۹۰-۱۶۹.
- صداقت، م.، محمدی، ر.، علیزاده، ک و حسین ا. (۱۳۹۰). تاثیر ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر میزان استرس، بهزیستی روان شناختی و هیجانی در نمونه ی ایرانی. مجله علوم اجتماعی و رفتاری، ۳۰: ۹۳۴-۹۲۹.
- کاویانی، حسین، جواهری، فروزان و بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. تازه های علوم شناختی، ۷ (۱): ۵۹-۴۹.

موسویان، نرگس، مرادی، علی رضا، میرزایی، جعفر، شید فر، فرزاد، محمودی کهریز، بهرام و طاهری، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار (روان شناسی کاربردی)*، ۴(۱۶)، ۴۹-۵۸.

- Arslan, C. (2001). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 37: 555-564.
- Bamber, M., Kraenzle Schneider, J., Semple, R. J., Reid, E. F. G., Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training in anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19: 379-392.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho*, 84: 822-848.
- Cox, B., MacPherson, P., Enns, M. W. (2005). Psychiatric correlates of childhood shyness in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*; 43: 1019-1027.
- Eapen, V., Ghubash, R., Salem, M. O., Sabri, S. (2008). Familial Predictors of Childhood Shyness: A Study of the United Arab Emirates. *Community Genetics*, 8(1): 64-61.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, Ch., Smart, C., Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 716-721.
- Fennell, J. (2004). Depression, Low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42: 1053-1067.
- Guastella, A. (2011). A Cure for SHYNESS. *Australasian Science*, 30: 35-33.4
- Heiser, N. A. (2011). Turner SM, Beidel DC, Roxann RN. Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23: 469-476.
- Ilhan, N., Sukut, O., Akhan, L., Batmaz, M. (2016). The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 39: 72-78.
- Kavas, A. B. (2009). Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *The journal Adolescence*, 44: 187-198.
- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y. (2006). *Evaluation of an assertiveness training program on nursing. The Arts in Psychotherapy*, 37: 311-318.
- Lovas, F., David, A., Barsky, T., Arthur, J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 8: 931-935.
- Maxwell, L., Duff, E. (2016). An Effective Prescription for Depression and Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(12): 406-409.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T. (2008). Shyness, sociability, and eating problems in a non-clinical sample of female undergraduates. *Eating Behaviors*, 9: 352-359.

- 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.
- Paterniti, A. (2007). Comparing the efficacy of a mindfulness-based program to a skills-training program in the treatment of test anxiety. Unpublished Doctoral Dissertation, Island, England: University of Island.
- Raphiphatthana, B. E., Jose, P., Kielpikowski, M. (2016). How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory? *Personality and Individual Differences*, 93: 104–111.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1): 54–68.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 38: 72–85.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. Jan, 1: 68-78.
- Rygh, J. L., Sanderson, W. C. (2004). Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., Teasdale, J. D. (2003). Mindfulness based on cognitive therapy for depression.
- Strachan, L., Munroe-Chandler, K. (2009). Using imagery to predict self-confidence and anxiety in young elite athletes. *Journal of Imagery Research in Sport and Physical Activity*, 61: 134-142.
- Sugiura, Y. (2004). Detached mindfulness and worry: a meta-cognitive analysis. *Personality and Individual Differences*, 37 (1): 169–179.
- Tanay, G., Lotan, G., Bernstein, A. (2012). Salutary Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Intervention. *Behavior Therapy*, 3: 492–505.
- van Gundy, K. (2004). Gender, the Assertion of Autonomy, and the Stress Process in young Adulthood. *Social Psychology Quarterly*, 65: 346-363.
- Vollestad, J., Sivertsen, B., Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 281–288.
- Wadman, R., Durkin, K., Conti-Ramsden, G. (2010). Self-Esteem, Shyness, and Sociability in Adolescents with Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(4): 938-9.

- Wells, A. (1995). Meta - cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23: 301-320.
- Wells, A. (2000). emotional disorder and meta -cognition. *Chichester, UK: John Wiley*.
- Wells, A. (1999). A meta - cognition model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6: 86-95.

Archive of SID