

تأثیر مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمرویی

دانشجویان

*مرتضی ترخان

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: 94/12/13 - تاریخ پذیرش: 95/05/16)

The influence of mindfulness-based cognitive therapies on loneliness feeling and shyness of students

*Morteza Tarkhan

1. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University

(Received: Mar. 03, 2016 - Accepted: Aug. 06, 2016)

Abstract

Aim: This study aimed at investigating the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapies (MBCT) on loneliness feeling and shyness of students. **Method:** The research method was quasi experimental with pretest-posttest design and control group. Data was collected using Rasell et al Loneliness Questionnaire and Stanford Shyness Questionnaire. A total number of 30 female students with high loneliness feeling and shyness were randomly selected and assigned to experimental and control group (15 students in each group). The experimental group received 8 sessions of MBCT based on Segal and et al's (2002) instruction package; however, the control group did not receive any intervention. After the MBCT execution, loneliness feeling and shyness of the control and experimental group students were measured again. Data were analyzed using Multivariate Covariance Analysis (MANCOVA). **Results:** Calculated **F** for original hypotheses (18/11) and all the separate variables showed significant differences in both groups ($P < 0/001$). **Conclusion:** The results of this study which are in line with other studies indicated that MBCT has significant role in decreasing loneliness feeling and shyness of female students.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapies, loneliness feeling, shyness.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تأثیر مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان انجام شده است. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. با استفاده از پرسشنامه احساس تنهایی راسل و همکاران و پرسشنامه کمرویی استفورد، 30 نفر از دانشجویان دختر که از احساس تنهایی و کمرویی بالایی برخوردار بودند، به‌طور تصادفی ساده انتخاب و به‌طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل (15 نفر در هر گروه) جایگزین شدند. گروه آزمایشی 8 جلسه MBCT را به‌طور گروهی بر اساس بسته آموزشی سگال و همکاران (2002) دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای در این زمینه دریافت نکرد. پس از اجرای MBCT، مجدداً احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان هر دو گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. **یافته‌ها:** از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. F محاسبه شده برای فرضیه اصلی (18/11) و برای هر یک از متغیرها به‌طور جداگانه، تفاوت معناداری را در رابطه با متغیرهای مورد مطالعه در هر دو گروه نشان داد ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** این پژوهش در همگرایی با نتایج تحقیقات مشابه بیان می‌دارد، MBCT در کاهش احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان دختر نقش مؤثری داشته است.

واژگان کلیدی: مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، احساس تنهایی، کمرویی.

مقدمه

و اضطراب منجر می‌شود (الهاگین⁸، 2004، مون⁹، 2009). منظور از کمرویی توجهی غیرعادی و اضطراب‌آلود به خویشتن است که در یک یا چند موقعیت اجتماعی تجلی می‌یابد و موجب بروز رفتارهای نسنجیده، اضطراب‌انگیز شناختی، هیجانی و رفتاری می‌شود (کویدمیر، دمیر¹⁰، 2008، رابین، کاپلان¹¹، 2010). به بیان بهتر، کمرویی بیانگر توجه و اشتغال ذهنی افراطی و بیمارگونه نسبت به افکار، احساسات و ادراکات فرد است که به یک طیف وسیعی از ترس اجتماعی ضعیف تا اضطراب اجتماعی شدید و کشنده منجر می‌شود (زیمباردو، 1977، چک، باس¹²، 2006). محققان بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی از جمله متغیرهای مهم در پیش‌بینی بسیاری از نابهنجاری‌ها از جمله اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی، مشکلات خواب (بیسر، فلیت و همکاران¹³، 2003)، کشیدن سیگار، مواد مخدر، فرار از مدرسه، اعتماد به نفس پایین (الهاگین، 2004، اجمال و همکاران، 2011)، پرخاشگری، درون‌گرایی، تعاملات اجتماعی ضعیف، اضطراب اجتماعی، ابراز وجود ضعیف، خجالت و شرم (روتنبرگ و همکاران¹⁴، 2004) است. لذا کنترل و درمان آن در طی بیست سال گذشته توجه درمانگران مختلف را به خود جلب نموده است.

در سال‌های اخیر از جمله موضوعاتی که توجه روان‌شناسان اجتماعی به‌ویژه درمانگران را در محیط‌های آموزشی به خود جلب نموده است، احساس تنهایی¹، کمرویی² و روابط اجتماعی ضعیف می‌باشد. متخصصان علوم رفتاری بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی به‌عنوان یک عامل سبب‌شناختی در سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی در جمعیت‌های مختلف، پیامدهای آنی و درازمدت جدی بر زندگی افراد دارد (زیمباردو³، 1997، گوسینز، لسگارد و همکاران⁴، 2009). به دیگر سخن، درمانگران تأکید دارند، احساس تنهایی و کمرویی به‌عنوان زمینه‌ساز بسیاری از نابهنجاری‌ها، چنانچه به موقع درمان نشود و به‌طور طولانی مدت در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، منجر به بسیاری از اختلالات روانی می‌شود (دیل، اندرسون⁵، 1999، اجمال و همکاران⁶، 2011). درمانگران احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی ناخوشایند، کشنده و بازدارنده‌ای می‌دانند که افراد در مناسبات اجتماعی حس می‌کنند و این حالت منجر به اشتغال ذهنی، خستگی، دلمردگی و گریز از جمع می‌شود (استوکلی⁷، 2010)؛ به عبارت دیگر، احساس تنهایی بیانگر هوشیاری شناختی فرد از کاستی‌ها و نارسایی‌های خود در شبکه روابط بین فردی است که به احساس غمگینی، پوچی، دلهره

8. Elhageen

9. Moon

10. Koydemir&Demir

11. Rubin & Coplan

12. Cheek & Buss

13. Besser&Flett& et al

14. Rotenberg & et al

1. Loneliness

2. Shyness

3. Zimbardo

4. Goossens&Lasgaard& et al

5. Dill & Anderson

6. Ajmal& et al

7. Stoekli

بک و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات - زین است که توسط سگال و همکاران ابداع گردید (سگال، ویلیامز، تیزدل⁷، 2002). مفروضه‌های اساسی MBCT عبارت‌انداز 1- مشاهده و توجه به تجربه فردی درونی 2- توصیف و برچسب زدن تجربه فردی 3- توانایی مداخله آگاهانه در فعالیت‌ها، بدون انحراف توجه 4- بی‌طرفی و عدم قضاوت درباره تجربه 5- عدم واکنش در مقابل تجربه فردی (کاسچویند، پیترز و همکاران⁸، 2012). در MBCT به افراد شیوه درک کردن لحظه به لحظه رویدادها و اجازه ثبت آن با هوشیاری کامل بدون تأثیرپذیری از انتظارات یا انحراف شناختی آموزش داده می‌شود. در این روش افراد «بودن» در زمان «حال» را حس می‌کنند و به آنها اجازه داده می‌شود، جنبه‌های رفتاری، هیجانی و شناختی خود را در مقامی - طرفی و قضاوت تجربه کنند (کوهیوری، لی کامت، فورتین، مس و همکاران⁹، 2013). به دیگر دیگر سخن روش MBCT برنامه استاندارد شده - ای است که در آن افراد تجارب فردی را مورد قضاوت قرار نمی‌دهند، از برچسب زدن‌های منفی یا مثبت اجتناب می‌ورزند و تمام تجارب فعلی خود را بدون قضاوت ارزشی و سوگیری توجه، مورد پذیرش قرار می‌دهند (دادونا، 2009، کوپکن، بایفرد، تیلور¹⁰، 2008). گرچه MBCT برای کنترل دردهای جسمانی و عدم بازگشت نشانگان افسردگی توسط سگال و همکاران (2002) ابداع گردید اما در سال‌های اخیر در

درمانگران با رویکردی نظری مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل و درمان احساس تنهایی و کمرویی افراد در جمعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند. یکی از روش‌های کارآمد در این گستره، روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی¹ است. ذهن آگاهی اساس آموزه‌های بودا بر مبنای مراقبه است و ساده‌ترین و مؤثرترین روش برای آموزش رشد ذهن در انجام تکالیف و حل مسائل روزانه است (دادونا²، 2009). ذهن آگاهی به هوشیاری لحظه به لحظه، هوشیاری نسبت به واقعیت فعلی و درباره آنچه عملاً فرد انجام می‌دهد، مربوط می‌شود (هارینگتون، پیکلس³، 2009). به دیگر سخن، ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرایند شناختی بر کنترل آگاهانه و حفظ توجه کامل فرد بر افکار زمان حال، بدون انحراف توجه توسط افکار مرتبط به گذشته یا آینده دلالت دارد (ریمیل، گلدین، کارمونا، مککوید⁴، 2009)؛ اما ذهن آگاهی به‌عنوان یک روش درمانی توسط کابات - زین در سال 1979 در مرکز ذهن آگاهی دانشکده پزشکی دانشگاه ماساچوست با هدف کاهش استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن بکار گرفته شد (بارنهوفر، کرونو و همکاران⁵، 2009). در طی دو دهه اخیر رشد سریعی در درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شده است که از جمله آن می‌توان به مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی⁶ (MBCT) اشاره نمود. روش MBCT ترکیب متفکرانه‌ای از درمان شناختی - رفتاری

1. Mindfulness-based
2. Diodona
3. Harrington & Pickles
4. Ramel, Goldin, Carmona & Mcquaid
5. Barnhofer & Crone & et al
6. Mindfulness-based Cognitive Therapy

7. Segal & Williams & Teasdale
8. Geschwind & Peters & et al
9. Khoury & Lecomte & Fortin & Mass & et al
10. Kuyken & Byford & Taylor

می‌بردند، مبرهن نمود، از آنجاکه روش MBCT موجب قطع چرخه‌های پردازش معیوب و منفی تفکر می‌شود و یک نگرش منعطف نسبت به رویدادهای زندگی را فراهم می‌سازد، در کنترل و کاهش نشانگان افسردگی مانند کمرویی، گوشه‌گیری، احساس تنهایی، پریشان‌خوابی نقش مؤثر و سازنده‌ای دارد. در این راستا فردریکسون⁸ (2012) در تحقیقات خود اشاره داشت، بین ذهن‌آگاهی بالا و عواطف مثبت، همبستگی مثبت وجود دارد؛ به عبارت دیگر هرچه افراد از ذهن‌آگاهی بالاتری برخوردار باشند از انتظارات خلقی منظم، ثبات هیجانی و عاطفی بیشتر و از نشانگان افسردگی کمتری برخوردار است. چرا اینکه ذهن‌آگاهی در سازماندهی احساسات مثبت و تعادل حالت‌های هیجانی و عاطفی افراد نقش مؤثری دارد. همچنین رابین و جانکین⁹ (2014) در پژوهشی نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش احساس تنهایی و افزایش عزت‌نفس افراد بزرگسال در موقعیت‌های مختلف زندگی است. در همگرایی با پژوهش‌های فوق‌میلانی (1392) و کینگستون، کنی¹⁰ (2014) در پژوهش‌های خود نشان دادند، روش MBCT یک روش قدرتمند در کاهش بسیاری از نشانگان افسردگی مانند نشخوارهای ذهنی، نگرش‌های ناکارآمد، کمرویی، گوشه‌گیری و غمگینی در افراد افسرده و دانش‌آموزان است.

باتوجه به پژوهش‌های فوق و باتوجه به اینکه احساس تنهایی و کمرویی نقش تعیین‌کننده‌ای در

حوزه‌های متفاوت از سوی درمانگران مختلف بکار گرفته شد و به‌عنوان یک روش درمانی کارا از حمایت تجربی بالایی برخوردار است. مثلاً برای کنترل علائم افراد مبتلا به اختلال دوقطبی (ویبر، جرمن و همکاران¹، 2010)، درمان نشانگان افراد مبتلا به خود بیمارپنداری (لواس، بارسکی²، 2010)، کنترل افکار خودکشی افراد افسرده (کرونی، ویلیامز³، 2010) در افزایش بهزیستی روانی (بران، ریان⁴، 2003)، افزایش سلامت روانی روانی افراد مبتلا به دردهای جسمانی (بوهملیجر، پرنگر و همکاران⁵، 2010) و برای کنترل و درمان افسردگی، اضطراب، درد و استرس‌های روان‌شناختی (مارچاند⁶، 2012) در نمونه‌های مختلف بالینی و عادی کاربرد مؤثر و سازنده‌ای داشته است. از جمله متغیرهایی که اثربخشی MBCT بر روی آن انجام شده است، احساس تنهایی و کمرویی در نمونه مختلف به‌ویژه دانشجویان و نوجوانان بوده است. مثلاً ویلیامز (2012) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان نشان داد، MBCT در کنترل برخی از نشانگان افسردگی مانند غمگینی، گوشه‌گیری، کمرویی، احساس تنهایی و همچنین اضطراب، درد و پریشانی‌های روان‌شناختی روش سودمندی است. همچنین تیلور⁷ (2012) به نقل از کهویوری، کهویوری، لی کامت و همکاران، (2013) در گروهی از نوجوانانی که از نشانگان افسردگی رنج

1. Weber & Jermann & et al
2. Lovas & Barsky
3. Crane & Williams
4. Brown & Ryan
5. Bohlmeijer & Prenger
6. Mrachand
7. Taylor

8. Fredrickson, B. L.
9. Robin & Junkin
10. Kingston & Kenny

ابزارهایی که در این پژوهش بکار گرفته شد، عبارت‌اند از:

1- پرسشنامه تجدیدنظر شده احساس تنهایی راسل و همکاران (UCLA)¹

2- پرسشنامه کمرویی استنفورد²

3- بسته مداخلات MBCT سگال و همکاران

- پرسشنامه احساس تنهایی راسل و همکاران (UCLA): این پرسشنامه توسط راسل، پیلوا و کورتونا در سال 1980 ساخته شده و شامل 20 سؤال (10 جمله منفی و 10 جمله مثبت) است که به شیوه چهار درجه‌ای هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه 20 و حداکثر آن 80 می‌باشد. نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر و نمره پایین‌تر از میانگین حاکی از احساس تنهایی کمتر است. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش دو نیمه کردن و استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب 0/83 و 0/91 در جمعیت ایرانی گزارش شده است (علی‌آبادی، 1392).

- پرسشنامه کمرویی استنفورد: این پرسشنامه توسط پیلکونیس (1977) و مارولر، اسنیریچ و هال (1979) ساخته شده است. این پرسشنامه 44 سؤال دارد و آزمودنی بر اساس مقیاس 5 درجه‌ای (0 و 1 و 2 و 3 و 4 نمره) بدان پاسخ می‌دهد و دامنه نمره این پرسشنامه بین صفر تا 176 نمره است و هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد بیانگر کمرویی بیشتر وی است. ضریب پایایی این پرسشنامه در جمعیت

سازگاری تحصیلی و اجتماعی دانشجویان در محیط آموزشی دارد، این پژوهش با هدف اثربخشی MBCT بر روی احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان انجام شده است.

روش

روش پژوهش و اجرا: روش تحقیق این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور واحد نوشهر بوده‌اند. به منظور انتخاب نمونه، نخست به 235 نفر از دانشجویان دختر پرسشنامه احساس تنهایی و کمرویی داده شد. پس از بررسی مشخص گردید 41 نفر از آنها نسبت به میانگین پرسشنامه از احساس تنهایی و کمرویی رنج می‌برند. سپس از بین آنها 30 نفر به‌طور تصادفی ساده انتخاب و به‌طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شده‌اند (هر گروه 15 نفر). پس از انتخاب نمونه‌های نهایی پژوهش و توجیه اهداف پژوهش برای اعضای هر دو نمونه، گروه آزمایشی 8 جلسه 75 دقیقه‌ای روش MBCT را بر اساس برنامه سگال و همکاران (2002) دریافت نمود و گروه کنترل آموزشی در این زمینه دریافت نکرد. پس از اجرای MBCT، مجدداً احساس تنهایی و کمرویی اعضای هر دو گروه بر اساس پرسشنامه‌های مربوطه اندازه‌گیری و داده‌های مورد لزوم استخراج و از طریق برنامه آماری SPSS مورد پردازش قرار گرفت. شایان ذکر است گروه آزمایشی در دامنه سنی 20 تا 25 سال و گروه کنترل در دامنه سنی 19 تا 26 سال قرار داشتند.

1. University of California Los Angeles
Loneliness
2. Stanford Shyness Questionnaire

ایرانی 0/81 گزارش شده است (اسدنیا و همکاران، استاندارد شده‌ای است که توسط سگال و همکاران (2002) ابداع گردید که بین 8 تا 10 (1392).

- بسته مداخلات MBCT سگال و همکاران: جلسه اجرا می‌شود که خلاصه این برنامه درمانی در ذیل ارائه شده است.

جدول 1. ساختار جلسات درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز، تیزدل، 2002)

شماره جلسه	موضوع
اول	معرفی اعضا، توضیح در مورد هدف و اهمیت جلسات، مفهوم ذهن آگاهی، اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون
دوم	آموزش تن آرامی برای 14 گروه از عضلات و آگاهی از ذهن آگاهی بر روی عضلات، دادن تکالیف خانگی
سوم	بررسی تکالیف خانگی، آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته همراه باتوجه در زمان حال، دادن تکالیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با حضور در حال و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس همراه با افکار بودن بدون فرار و دوری از جمع، دادن تکالیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف خانگی، کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس های آن‌ها، دادن تکالیف خانگی
ششم	بررسی تکالیف خانگی، تغییر خلق و افکار از طریق افکار بعنوان فقط فکر و نه بعنوان واقعیت. اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها، دادن تکالیف خانگی
هفتم	بررسی تکالیف خانگی، هشیار شدن به نشانه‌های احساس تنهایی و کمرویی و تنظیم برنامه‌ای برای روبرو شدن احتمالی با نشانه‌های احساس تنهایی و کمرویی، دادن تکالیف خانگی
هشتم	بررسی تکالیف خانگی، استفاده از فنون حضور در زمان حال برای کنترل نشانه‌های کمرویی و احساس تنهایی و تعمیم آن به موقعیت‌های واقعی زندگی

یافته‌ها

فرضیه‌ها با رعایت مفروضه‌های زیربنایی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا¹) استفاده شده است. فرضیه اصلی: روش MBCT بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان مؤثر است.

از آنجا که این پژوهش درصدد تعیین نقش ترکیبی و انفرادی متغیرهای مورد مطالعه بوده و همچنین طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده‌ها و آزمون

جدول 1. مشخصه های آماری متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه ها	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
احساس تنهایی	آزمایشی	57/25	41/18	6/17	5/13
	کنترل	55/12	54/11	6/01	5/98
کمرویی	آزمایشی	97/51	73/91	18/25	11/78
	کنترل	94/12	90/18	17/79	16/25

همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه، آزمون باکس و آزمون لوین نشان داد که همگنی شیب رگرسیون، نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس و یکسانی واریانس ها که از مفروضه های اصلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری است، برقرار است. به همین جهت از تحلیل مانکوا با روش تصحیح بنفرونی برای آزمون فرضیه استفاده شده است.

همان طوری که جدول 1 نشان می دهد، تفاضل محسوسی بین میانگین احساس تنهایی و کمرویی پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد. حال جهت بررسی این نکته که آیا این تفاضل معنادار است از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. جهت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نخست مفروضه های آن مورد بررسی قرار گرفت. بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون، ماتریس

جدول 2. تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برای متغیرهای مورد مطالعه

اثر	Value	F	d.f گروه	d.f خطا	Sig	اندازه اثر
لامبدای ویکلز	0/623	18/11	2	27	0/0001	0/697

دانشجویان داشته است و مجذور اتای سهمی، شدت این اثر را 0/697 نشان داد که از لحاظ آماری اثر بالا و قابل قبولی است.

جدول 2 نشان می دهد، روش MBCT در یک متغیر ترکیبی در سطح $P > 0/05$ و $F(2, 27)$ اثر معناداری بر کاهش احساس تنهایی و کمرویی

جدول 3. تحلیل کوواریانس تک متغیری با استفاده از تصحیح بنفرونی

متغیرهای وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	d.f	میانگین مجموع مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
اول	احساس تنهایی	197/15	1	197/15	7/38	0/005	0/431
	خطا	721/11	27	26/70			
دوم	کمرویی	265/80	1	265/80	7/82	0/002	0/475
	خطا	916/78	27	33/95			

همان طوری که جدول 3 نشان می‌دهد، F محاسبه شده احساس تنهایی (7/38) و کمرویی (7/82) در سطح $P > 0/05$ با درجه آزادی (27/1) معنادار است؛ به عبارت دیگر روش MBCT در کاهش احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان مؤثر بوده و مجذور اتای سهمی، شدت این اثر را برای احساس تنهایی 43 درصد و برای کمرویی 47 درصد نشان داده است که اثر قابل قبولی است.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه بسیاری از محققان بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی از جمله عواملی هستند که نقش حساس و مؤثری در سازگاری اجتماعی دانشجویان دارند. این دسته از محققان بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی توجه غیرعادی و اضطراب‌آلود به خویشتن هستند که در موقعیت‌های مختلف اجتماعی تجلی می‌یابند. به طوری که از یک سو فعالیت‌های فردی افراد را فلج می‌کنند و از سوی دیگر فعالیت‌های اجتماعی افراد را مختل و موجب بروز رفتارهای خام، نسنجیده و واکنش‌های نامتناسب اجتماعی می‌شوند. درمانگران حوزه‌های مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل و کاهش احساس تنهایی و کمرویی سود می‌برند که یکی از این روش‌ها، مداخله‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) است. لذا در این پژوهش سعی شده، تصویر تقریباً روشنی از اثربخشی MBCT بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان ارائه گردد که در ذیل به بحث و تبیین نتایج این پژوهش می‌پردازیم.

فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر اینکه MBCT بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان مؤثر است، در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. به دیگر سخن، تحلیل کوواریانس چندمتغیری بیانگر معنادار بودن اثربخشی MBCT بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیقات محققانی چون ویلیامز (2012)، تیلور (2012) به نقل از کهویوری، لی کامت و همکاران، (2013)، فردریکسون (2012)، جانکین (2014)، گینگستون، کنی (2014) و میلانی (1392) همگرایی دارد.

درمانگران در مورد مکانیزم تأثیرگذاری MBCT بر احساس تنهایی و کمرویی افراد مبتلا بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی محصول شناخت غلط از خود و دیگران، خودکم‌بینی افراطی به توانمندی‌ها، عدم آگاهی از مهارت‌های اجتماعی و باورهای نادرست از مسخره‌شدن و طرد شدن از سوی دیگران است که منجر به سازش نایافتگی‌های اجتماعی افراد در محیط‌های مختلف می‌گردد. بی‌گمان با شناخت توانمندی‌های خود و آگاهی نسبت به باورها و افکار غیرمنطقی، می‌توان به مطلوب‌ترین سطح سازش یافتگی اجتماعی و مؤثرترین شکل ارتباط با دیگران دست یافت. لذا این دسته از درمانگران معتقدند، جلسات درمانی MBCT برای این دسته از افراد فرصت مناسبی جهت رهایی از شناخت‌ها و باورهای نادرست است. چرا اینکه در MBCT بر مشاهده و نظارت افکار، احساسات و حس‌های بدنی به‌عنوان رویدادهای گذرا نه به‌عنوان افکار

روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی می شود. مداخلات MBCT در این گونه افراد، از آنجاکه موجب کاهش برانگیختگی انحرافات شناختی، حفظ توجه کامل فرد به یک تجربه مبتنی بر وقوع لحظه به لحظه آن، کنترل آگاهانه توجه، آگاهی فزون یافته از لحظات کنونی، حالت بی طرفی و بدون قضاوت و پذیرش تمامی تجارب محیطی، هیجانی، بدنی و فکری می شود، نقش قدرتمندی در سازگاری اجتماعی افراد در تمام موقعیت های زندگی بخصوص موقعیت های تهدیدکننده زندگی دارد. در این راستا فردریکسون (2012) بر این باور است، از آنجاکه افراد تنها و کمرو توجه بیمارگونه ای به محیط اطراف خود دارند، مداخلات MBCT به عنوان یک روش درمانی، نقش مؤثری در سازگاری اجتماعی آنها دارد. چرا اینکه در MBCT کنترل توجه در جهت روشن نمودن و شفاف بودن حس های بدنی مانند ضربان قلب، تنفس و میزان حرارت بدن از آموزش های اصلی درمانگراست. این آموزش کنترل توجه باعث می شود، افراد ذهن خود را از هرگونه قضاوت هایی که منجر به احساس تنهایی و کمرویی می شود، پاک نمایند و عمیقاً به زمان حال توجه کنند و آن را به فعالیت روزمره خود تعمیم دهند. این مهم نه تنها باعث می شود، افراد افکار انعطاف پذیر و واقع بینانه ای در مناسبات اجتماعی خود داشته باشند بلکه احساس تنهایی و کمرویی آنها در شبکه ارتباطی کاهش می یابد. در همگرایی با واریسی های فوق سگال، ویلیامز، تیزدل (2002) و تیلور (2012) به نقل از کهویوری، لی کامت و همکاران، (2013) بر این

واقعی تأکید می شود. این مهم باعث می گردد، افراد بیش از آنکه درصدد تغییر افکار خود انتقادی و ادراکات منفی خود باشند، مشاهده گر آن بوده و تلاش کنند این افکار را به عنوان جریان ناپایدار در نظر بگیرند. این نوع رابطه جدید با افکار و باورهای غلط منجر به کنترل آن و نتیجتاً به بهبود احساسات، ادراکات و رفتارها می گردد. به دیگر سخن درمانگران اعتقاد دارند، مداخلات MBCT نه تنها توانایی افراد تنها و کمرو را برای تحمل حالت هیجانی منفی افزایش می دهد، بلکه باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و پذیرای هیجان های منفی همان گونه که اتفاق می افتند، می شود. چنین حالاتی از یک سو باعث افزایش شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکار می شود و مقابله مؤثر با رویدادهای منفی را فراهم می سازد و از سوی دیگر خودپذیری، انعطاف پذیری، واقع گرایی و حساسیت پذیری را بهبود می بخشد و گشودگی نسبت به تجربیات را سبب می شود. این مهم به نوبه خود باعث کنترل افکار منفی در روابط بین فردی و افزایش سازش یافتگی اجتماعی افراد در مناسبات اجتماعی آنها می شود. جانگین (2014) در تحقیقات خود اشاره داشته است. افرادی که از عزت نفس پایین و از احساس تنهایی و کمرویی بالایی برخوردارند، افرادی هستند که بیش از اندازه به خود توجه داشته و از ارزیابی های منفی از خود رنج می برند. این ارزیابی های منفی و باورهای نادرست به حدی است که باعث ناراحتی و جلوگیری از بروز احساسات مثبت در

خودپذیری، انعطاف‌پذیری و واقع‌گرایی افراد تنها و کمرو در مناسبات اجتماعی دارد. لذا به درمانگران پیشنهاد می‌شود، از MBCT به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر در افرادی که از احساس تنهایی و کمرویی رنج می‌برند، استفاده نمایند. قطعاً بکارگیری این روش درمانی در افراد تنها و کمرو، موجب سازش‌یافتگی اجتماعی آن‌ها در موقعیت‌های مختلف اجتماعی بخصوص موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی می‌شود.

محدودیت

از مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به فقدان دوره پیگیری و انجام آن بر روی دانشجویان دختر اشاره نمود؛ بنابراین به محققان توصیه می‌گردد پژوهش حاضر را بر روی دو جنس و با یک دوره پیگیری انجام دهند که قطعاً چنین پژوهشی تصویر منطقی‌تری از اثربخشی MBCT ارائه خواهد داد.

سپاسگزاری

از همکاری کارکنان دانشگاه پیام نور واحد نوشهر در اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش و همچنین از دانشجویان گروه آزمایشی و گروه کنترل قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

باورند، از آنجاکه MBCT موجب درک لحظه به لحظه رویدادها و اجازه ثبت آن‌ها با هوشیاری کامل بدون تأثیر انتظارات، علائق و سوگیری‌های شناختی و «بودن» در زمان «حال» می‌شود، در کنترل بسیاری از نشانگان افسردگی نقش مؤثری دارد. به دیگر سخن این محققان معتقدند، MBCT فرایند پردازش اطلاعات سوگیر را خنثی می‌کند و این توانایی را به افراد می‌دهد بجای رویکرد قضاوتی، محدود و اغلب منفی، برداشت روشن و شفافی از آنچه عملاً در حال حاضر درک می‌شوند، داشته باشند. چنین توانایی، این امکان را به افراد می‌دهد که قبل از واکنش به نگرانی و افکارهای غیرمنطقی مربوط به روابط اجتماعی مانند اجتناب از موقعیت‌های تهدیدکننده، رفتارهای سالم‌تر و منطقی‌تر داشته باشند. این حالت در شرایط مختلف، باعث افزایش اعتمادبه‌نفس، خودباوری و در نهایت موجب کاهش غمگینی، احساس تنهایی، کمرویی و گوشه‌گیری افراد در ارتباطات اجتماعی می‌شود. به‌طور کلی این پژوهش در همگرایی با تحقیقات مشابه بیانگر این واقعیت است، MBCT به‌عنوان یک روش درمانی برای تقویت آگاهی در افکار، ادراک‌ها، هیجان‌ها و الگوهای رفتاری و همچنین نقش بسیار مهمی در کاهش حساسیت، زودرنجی، برانگیختگی هیجانی و افزایش

منابع

اضطراب اجتماعی و بهبود کمرویی». مجله پزشکی ارومیه، 24(9)، ص 681-673.

- اسدنیاء، س؛ سپهریان، آ؛ سعادت‌مند، س. و همکاران (1392). «بررسی اثربخشی آموزش

- بیرامی، م؛ موحدی، ی. و علیزاده گورادل، ج

گروهی جرأت‌ورزی بر کاهش علایم اختلال

- پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن.
- میلانی، م؛ اللهیاری، ع.ع؛ آزاد فلاح، پ. و همکاران (1392). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. مجله علوم رفتاری، دوره 7، شماره 2، تابستان، ص 159-166.
- Ajmal, M.; Butt, M.; Moosa, S. & Rahman, F. (2011). "Effects of shyness on the self-esteem of 9th grade female students". *International Journal of Business and Social Science*. 12: 150-156.
- Barnhofer, T.; Crane, C.; Hargus, E.; Amarasinghe, M.; Winder, R. & Williams, J. M. (2009). "Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study". *Behaviour research and therapy*. 47(5): 366-73.
- Besser, A.; Flett, G. L. & Davis, R. A. (2003). "Self-criticism, dependency, silencing the self, and loneliness: A test of a meditational model". *Personality and Individual Differences*, 35(8): 173-175.
- Bohlmeijer, E.; Prenger, R.; Teal, E. & Cuijpers, P. (2010). "The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis". *Journal of Psychosomatic Research*. 36(68): 539-544.
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84: 822-848.
- (1394). «اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان». دوفصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی. سال چهارم، شماره 1 (پیاپی 7)، بهار و تابستان، ص 41-52.
- علی آبادی، ر (1392). «بررسی رابطه بین مؤلفه های شخصیتی و احساس تنهایی با کیفیت زندگی در زنان زندانی شهرستان سبزوار».
- Cheek, J. M. & Buss, A. H. (2006). "Shyness and sociability". *Journal of Personality and Social Psychology*. 4(18): 330-339.
- Crane, C.; Barnhofer, T.; Duggan, D. S.; Hepburn, S.; Fennell, M. V. & Williams, J. M. G. (2008). "Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality". *Cognitive Therapy and Research*. 32(6): 775-87.
- Crane, C. & Williams, J. M. (2010). "Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression". *Mindfulness* (N Y) 1: 10-20.
- Dill, J. C. & Anderson, C. A. (1999). *Loneliness, shyness and depression. The etiology and interrelationships of everyday problems in living*. In T. E Joiner & J. C. Coyne (Eds.), the interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches (pp. 3-125). Washington DC: American Psychological Association.
- Diodona, F. (2009). *Hand book of mindfulness*. New York: Willy Press: 36-65.
- Elhageen, A. A. M. (2004). *Effect of*

interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among Deaf Children in egyptianschools. Doctoral thesis. Eberhard - Karls-university.

- Fredrickson, M, J.(2012). "Positive emotions & emotional well-being and mindfulness". *Psychological Science*. 17: 177-185.

- Geschwind, N.;peeters, F.;Huibers, M., van, Os. J.&Wichers, M.(2012). "Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomized controlled trial". *British Journal of Psychiatry*. 201(4): 320-5.

- Goossens, L.;Lasgaard, M.;Luyckx, K.;Vanhalst, J.; Mathias, P.&Masy, E.(2009). "Loneliness and solitude in adolescence: A confirmatory factor analysis of alternative models". *Journal of Personality and Individual Differences*. 47: 890-894.

- Harrington, N.& Pickles, C.(2009). "Mindfulness and cognitive behavioral therapy: Are they compatible concepts". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23: 315-323.

- Khoury, B.;Lecomte, T.; Fortin, G.; Mass, M.;Therin, P.; Bouchard, V.& Hofmann, S. G.(2013). "Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis". *Clinical Psychology Review*:33: 763-771.

- Kingstone, B.& Kenny, A.(2014).

"The effects of mindfulness-based cognitive therapy for treatment shyness and withdrawal at high school students". *Journal of Consultant Clinical Psychology*. 17(2): 177-185.

- Koydemir, S. &Demir, A.(2008).

"Shyness and cognitions: An examination of Turkish University students". *The Journal of Psychology*. 142(6): 633-644.

- Kuyken, W.; Byford, S.; Taylor, R. S. & et al.(2008). "Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression". *Journal of Consult Clin Psychol*. 76: 966-78.

- Lovas, D. A.&Barsky, A.J. (2010). *Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study*. *Journal of Anxiety Disorder*. 24: 931-5.

- Marchand, W, R.(2012). *Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress*. *Journal of Psychiatry Practice*. 18(4): 233-52.

- Moon, SH.(2009). *Relationship of peer relationships, perceived parental rearing attitudes, self-reported attachment security, to loneliness in upper elementary school-age children*. *Journal of Korean Academic Nursing*, 39(3): 401-8.

- Ramel, W. Goldin, P, R. Carmona, P, E. McQuaid, J, R.(2004). *The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression*. *Cognitive Therapy and Research*. 28(4): 433-55

- Robin, B. Junkin, M.(2014). *The effect of mindfulness cognitive therapy on self-esteem and loneliness for depressed adults*. *Journal of Affective Disorder*. 114(5): 251-262.

- Rotenberg, K, J. Makdonald, K. Keltie, K. Jing, V. & Emily, F.(2004). *The relationship between loneliness and interpersonal trust during*

childhood. Journal of Genetic Psychology, 6: 16-20.

- Rubin, K, H. Coplan, R, J. (2010). *The development of shyness and social withdrawal publications*. 366 pp. (ED512326).

- Segal, Z, V. Williams, J, M, G. & Teasdale, J, D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

- Stoeckli, G. (2010). *The role of individual and social factors in classroom loneliness*. The Journal of Educational Research, 103: 28-39.

- Weber, B. Jermann, F. Gex-Fabry, M, et al. (2010). *Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial*. European Psychiatry. 25: 334-7.

- William, R, M. (2012). *Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress*. Journal of Psychiatric Practice. 15(4): 232-250.

- Zimbardo, P, G. (1977). *Shyness: What it is what to do about it?* Reading, MA: Perseus Press.