رویش روان شناسی، سال ۸، شمار٦، شماره پیاپی **۳۹**، شهریور ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(6), 2019

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموزکم‌توان‌ذهنی

The Effectiveness of Cognitive-Based Mindfulness Therapy on Social Anxiety in Mothers with Mentally Educational Knowledge

الهه مرادی
کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه مدیریت دولتی، کرمانشاه

Elahe Moradi
M.A of Educational Management, University of Management, Kermanshah

چکیده

کودکان کم‌توان‌ذهنی دارای اختلال‌های گوناگون هستند. شناسایی مشکلات آنان و عوامل مرتبط با آن و در نظر گرفتن مداخله‌های درمانی و آموزشی می‌تواند در حمایت و راهنمایی این کودکان و خانواده‌های‌شان توسط سازمان‌های حمایتی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی انجام شد. جامعه آماری شامل همه مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که از بین آن‌ها ۳۰ مادر دارای کودک با هوش‌بهر ۵۰ تا ۷۰ در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ سال به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. از پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. پردازش داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس یک‌متغیره) انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون بین ۲ گروه آزمایش و گواه در متغیر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). در نتیجه می‌توان اذعان کرد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث کاهش اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی شده است.

واژه‌های کلیدی: حضور ذهن درمانی شناختی، ذهن آگاهی، اضطراب اجتماعی، کم توان ذهنی

Abstract

Disabled children have various disorders. Identifying their problems and their related factors and considering medical and educational interventions can be used to support and guide these children and their families by supportive organizations. This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-mindedness-based cognitive therapy on social anxiety in mothers with low-grade students. The statistical population consisted of all mothers with low-grade students in Kermanshah city in the academic year of 2011-2012. Among them, 30 mothers with an IQ of 50 to 70 in the age range of 8 to 12 years old were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups And evidence. The social anxiety questionnaire was used to collect information. Mental awareness-based cognitive therapy was performed in 8 sessions of Ninety-minute sessions each week. After completion of post-test sessions, two groups were tested and controlled. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (one-way covariance analysis). The results of the research showed that there is a significant difference between the two groups of experimental and control groups in the social anxiety variable ($P <0.05$). Consequently, it can be admitted that cognitive-based cognitive-mindedness therapy can reduce the social anxiety of mothers with low-grade students.

Keywords: Cognitive Mindfulness, Mindfulness, Social Anxiety, Mental Disability

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :** شهریور ۹۵ **پذیرش:** شهریور ۹۵ **ویرایش نهایی** : مهر۹۸

مقدمه

از مهم‌ترین انواع اختلال‌های رایج در افراد می‌توان به اختلال اضطراب اجتماعی[1] اشاره کرد که میزان شیوع آن ۱۳ درصد گزارش شده و نسبت زنان به مردان مبتلا ۳ به ۲ است (آلکوزی، کوپر و کریسول [2]، ۲۰۱۴). اضطراب اجتماعی به‌عنوان یکی از انواع ویژه اضطراب

[1]. social anxiety
[2]. Alkozei Cooper & Creswell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

و سومین مشکل بزرگ بهداشت روانی جهان امروزه چه به‌عنوان یک تشخیص بالینی و چه اضطراب زیاد در موقعیت‌های اجتماعی، بدون درمان می‌تواند بر ظرفیت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای فرد در سراسر عمر آسیب برساند (داویس[۱] و همکاران، ۲۰۰۹). پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نام اصلی این اختلال را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است، زیرا مشکلات به وجود آمده در اثر آن، در مقایسه با سایر هراس‌ها، به‌طورمعمول فراگیرتر هستند و در فعالیت‌های عادی فرد نابسامانی‌های بیشتری به وجود می‌آورند. اختلال اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس شدید و مداوم از موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آن‌ها دوری کنند. نشانه‌های جسمی که به‌طورمعمول همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ‌شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل‌آشوب و لکنت زبان است (کولن[۲] و همکاران، ۲۰۱۰). تداوم این اختلال، در صورت درمان‌نشدن، موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در ابعاد مختلف عملکردی فرد خواهد شد (کروزیر و آلدن[۳]، ۲۰۰۵). در کشور ما با توجه به جمعیت ۲۱ میلیونی دانش آموزان و این که بین ۲ تا ۲/۲ درصد از این جمعیت را دانش آموزان کم‌توان‌ذهنی تشکیل می‌دهند (افروز، ۱۳۸۹) که والدین این فرزندان سلامت جسمی و روانی پایین‌تری دارند، احساس فشار بیش‌تری می‌کنند و افسردگی بالاتری دارند. در واقع، چالش‌های روزمره‌ای که والدین دارای کودکان با ناتوانی با آن‌ها مواجه می‌شوند، اغلب این والدین را در موقعیت‌های دشواری قرار می‌دهند که قوای جسمی و روانی آن‌ها را کاهش می‌دهد و فشارانی روانی زیادی را بر آنها تحمیل می‌کند (شیلینگ و شینک[۴]، ۱۹۸۴). فشار روانی که بر والدین دارای کودکان کم‌توانذهنی وارد می‌شود به دلیل استمرار و شدت، افزون بر سلامت جسمی و روانی خود آن‌ها، سلامت و آسایش فرزندان سالم و فرزندان دارای کم‌توان ذهنیشان و در سطحی گسترده‌تر سلامت و بهداشت روانی خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین، خانواده‌هایی که سطح فشار روانی بالایی دارند نیازمند توجه بیشتر و انجام مداخله‌هایی هستند که موجب کاهش سطح فشار روانی آن‌ها می‌شود (اورتگا، بوکامن، کانیسکان[۵]، ۲۰۰۸).

در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مانند؛ اضطراب، استرس و افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه درمان شناختیـ رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به‌عنوان مثال، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن[۶] مطرح و تأثیر قابل توجهی بردرمان و جلوگیری از عود اضطراب و افسردگی دارد (پاپاگریکو و ولز[۷]، ۲۰۰۴). مسئله‌ای که باید مورد نظر قرار داد این است که در سال‌های اخیر، روانشناسی از مفاهیم و مداخله‌های متفاوتی تأثیر پذیرفته که یکی از آن‌ها ذهن آگاهی می‌باشد. ذهن آگاهی یکی از راه‌های کاهش فشار روانی است. ذهن آگاهی احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون و رایان[۸]، ۲۰۰۳). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. ذهن آگاهی به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی به‌ویژه بودا شناخته می‌شود (فالکنستروم[۹]، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به‌طورکلی به فرایندهایی شناختی اطلاق می‌شود که طی آن‌ها فرد ذهن آگاه، تمرکز خود را روی تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود یا اطرافش رخ می‌دهد متمرکز می‌سازد (بایر[۱۰]، اسمیت و آلن، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی را می‌توان در تقابل با حالتی مانند اشتغال ذهنی با خاطرات تخیلات برنامه‌ها یا نگرانی و رفتار خودکار دانست که در آن توجه بر چیز دیگری متمرکز است (براون و رایان، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر ذهن آگاهی شامل اتخاذ نگرشی غیر قضاوتی نسبت به تجربه‌های شخصی است که لحظه به لحظه در جریان است از این رو به فرد اجازه می‌دهد تا واکنش کمتر و در مقابل پذیرش بیشتری نسبت به این تجارب داشته باشد (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمان[۱۱]، ۲۰۰۶). در مقابل، فقدان ذهن آگاهی موجب خودگویی های منفی دائمی می‌شود که نقش مهمی در فرآیندهای خودارزیابی بازی می‌کند (فرپلانکن،

1. Davis
2. Colleen
3. Crozier & Alden
4. Schilling & Schinke
5. Ortega, Beachemin & Kaniskan
6. Mindfulness
7. Papageorgio & Wells
8 Brown & Ryan
9 Falkenstrom
10 Baer
11. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

فریبرگ، وانگ، ترافیمو و وولف[۱]، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افزایش ذهن آگاهی پیامدهای مختلفی از بهزیستی مانند کاهش فشار روانی، اضطراب، افسردگی، افراط در خوردن، درد و غیره به همراه داشته است (چانگ، پالش، کالدول، گلاسگو و همکاران،/ ۲۰۰۴). نتایج مطالعه مارلات[۲] (۲۰۰۲)، نشان می‌دهد که ذهن آگاهی می‌تواند به‌طورمستقیم و همچنین از طریق متغیرهای واسطه‌ای، افسردگی، استرس و پرخاشگری را کاهش و منجر به افزایش سلامت روانی گردد. علاوه بر این تحقیقات شاپیرو (۲۰۰۶)، در جمعیت غیر بالینی نشان می‌دهد که ذهن آگاهی عاطفه مثبت، بهزیستی و کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد و هیجان‌های منفی، نشخوار فکری[۳]، نشانگان استرس، اضطراب، جسمانی سازی، پرخاشگری و رفتارهای اجتنابی را کاهش می‌دهد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده است که ذهن آگاهی می‌تواند سلامت و تحمل عوامل تنیدگی زا و هیجان‌های منفی را افزایش دهد (کابات- زین[۴]، ۲۰۰۳؛ برشلین، زاک و مک‌ماین[۵]، ۲۰۰۲). طبق پژوهش‌های انجام شده به نظر می‌رسد ذهن آگاهی از طریق تحول و رشد هوش هیجانی و با تشویق افراد به ادراک دقیق هیجان‌ها و تنظیم هیجان‌ها می‌تواند بهزیستی افراد را بهبود بخشد (وانگ و کونگ[۶]، ۲۰۱۴؛ کافی، هارتمن و فردریکسون[۷]، ۲۰۱۰؛ شوته و مألوف[۸]، ۲۰۱۱). در بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بیماران اضطرابی سه پژوهش عمده صورت گرفته است. یکی از این پژوهش‌ها مربوط به ایوانز و همکاران [۳] (۲۰۰۸) است که با هدف درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلال اضطراب فراگیر، در ۱۱ آزمودنی دارای دامنه سنی ۳۶ تا ۷۲ سال انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که بعد از ۸ هفته، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی و افزایش آگاهی از تجربیات روزانه شده است. در پژوهش دیگر، گلدین و گروس (۲۰۱۰) پژوهشی را با هدف تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی به ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت‌نفس منجر می‌شود. بررسی دیگر مربوط به اثربخشی ذهن آگاهی در دانشجویان، مربوط به فلوگل کول و همکاران[۹] (۲۰۱۰) است که با عنوان ارزیابی کیفیت زندگی و تجربه شرکت‌کنندگان از طریق برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ۱۶ دانشجوی دانشگاه مینه‌سوتا انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تغییرات مثبت در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی فیزیکی، بهزیستی هیجانی، سطوح فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی شده است. برخی از پژوهش‌ها نیز به بررسی آموزش ذهن آگاهی در بیماران افسرده اختصاص دارند. از جمله این پژوهش‌ها بررسی دیو و همکاران [۲] (۲۰۰۹) است که با هدف تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی مرتبط با افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به افزایش ذهن آگاهی و بهزیستی کلی و کاهش نشخوار ذهنی و نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. همچنین، بارنوفر و همکاران [۳] (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که بر روی ۱۴ بیمار دارای بازگشت افسردگی حاد و دارای عقاید خودکشی انجام شد، نشان دادندکه نشانه‌های افسردگی بعد از درمان یادشده از شدید به متوسط کاهش پیدا کرده است. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که بعد از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تعداد بیمارانی که دارای معیارهای افسردگی بودند کاهش یافته است. به عبارت دیگر، نشانه‌های افسردگی در آنان کاهش پیدا کرده بود. کاویانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش دیگر با هدف اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد، با نمونه‌ای مشابه پژوهش قبلی خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان را کاهش می‌دهد.

هسته مرکزی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را تمرینات مراقبه حضور ذهن تشکیل می‌دهد. این برنامه در قالب ۸ هفته کلاس تا سقف ۱۲ شرکت‌کننده آموزش داده می‌شود (مولوی، تورکان، سلطانی و پالاهنگ، ۲۰۱۰). شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن[۱۰]، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات ـ زین اقتباس شده و اصول درمان شناختی بر آن اضافه شده است. این

---

1. Verplanken, Friborg, Wang, Trafimow & Woolf
2. Marlatt
3. Rumination
4 Kabat-Zinn
5. Breslin, Zack & McMain
6 Wang & Kong
7. Coffey,Hartman, & Fredrickson
8. Schutte & Malouff
9. Flugel Colle & et al
10. Mindfulness based cognitive therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند درمان شناخت درمانی است که ارتباط بین افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی زا را کاهش می‌دهد (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۱۳۸۴). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌واسطه اینکه به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. فنون حضور ذهن در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد (کابات زین، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی خودکنترلی توجه باشد چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (سمپل[1] و همکاران، ۲۰۰۵ به نقل از بیرامی و عبدی، ۱۳۸۸). در تحقیق انجام شده در مورد باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران اضطرابی، نتایج نشان داد که طرحواره بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی و بیماران غیر روان‌شناختی متفاوت است. به این معنا که اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر از اختلالات اضطرابی دیگر با ناسازگاری باورهای مرکزی در ارتباط است (پنتو-گاویا[2] و همکاران، ۲۰۰۶). مبتنی بر تبیین‌های نظری به‌عمل آمده و یافته‌های پژوهشی ذکرشده، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی بود.

روش

این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی شهر کرمانشاه در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود که از بین آن‌ها ۳۰ مادر که دارای دانش‌آموز با هوش‌بهر ۵۰ تا ۷۰ در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ سال به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نحوه انتخاب نمونه پژوهش به این صورت بود از بین ۸۶ پرونده تشکیل‌شده در این اداره، ۴۲ پرونده دارای اطلاعات تکمیلی انتخاب و طبق فراخوان اعلام شده با همکاری اداره آموزش و پرورش استثنایی کرمانشاه، ۳۰ نفر از مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان‌ذهنی، برای انجام مداخله درمانی اعلام آمادگی کردند. روش اجرا به این صورت بود که پس از اخذ مجوزات لازم از اداره آموزش و پرورش استثنایی کرمانشاه و انتخاب آزمودنی‌ها، پیش آزمون " پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAS)" بر روی آن‌ها اجرا شد و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. به کلیه آزمودنی‌ها اطمینان خاطر در مورد رعایت ملاحظات اخلاقی محرمانه بودن اطلاعات داده شد. گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی نود دقیقه‌ای را به‌صورت گروهی دریافت کردند. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات- زین و همکاران (کابات ـ زین و همکاران، ۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرارگرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سازگاری روان‌شناختی است (بول میجیر و همکاران، ۲۰۱۰؛ گلدن و کراس، ۲۰۱۰) اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی[3]: این پرسش‌نامه توسط داودی و نجاریان (۲۰۰۱) ساخته شد و شامل ۳۰ گویه و ۳ خرده‌مقیاس نشانه‌های اضطراب (۱۵ گویه)، خود پنداشت اجتماعی[4] (۸ گویه) و ترس از ارزیابی منفی (۷ گویه) است. گویه‌های این مقیاس دارای ۴ گزینه مشتمل بر اغلب، گاهی، به‌ندرت و هرگز است که به ترتیب از ۴ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شود. داودی و نجاریان (۲۰۰۱) ضریب پایایی بازآزمایی و همبستگی درونی مقیاس را مطلوب گزارش کردند. در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای‌کرونباخ برای مقیاس اضطراب اجتماعی به‌صورت کلی محاسبه و مقدار آن ۰/۸۵ به‌دست‌آمد. روایی مقیاس اضطراب اجتماعی نیز مطلوب گزارش شده (داودی و نجاریان، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب اجتماعی با بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۸۹ به دست آمد.

روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها: برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نسخه ۲۰ برنامه اس‌پی‌اس‌اس آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از روش تجزیه‌وتحلیل کوواریانس یک‌متغیره استفاده شد.

---

1. Sample
2. Pinto-Gouveia
3. Social Anxiety Scale
4. Social self concept

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات اضطراب اجتماعی در ۲ گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب اجتماعی در بین ۲ گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله	M	SD
اضطراب اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۲/۲۶	۸/۷۷
		پس‌آزمون	۳۶/۰۴	۹/۹۶
	گواه	پیش‌آزمون	۴۱/۹۳	۱۰/۵۵
		پس‌آزمون	۴۲/۰۶	۱۰/۸۵

باتوجه به نتایج جدول ۱ می‌توان گفت میانگین نمرات اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش از ۴۲/۲۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۳۶/۰۴ در مرحله پس‌آزمون کاهش پیدا کرده، در صورتی که میانگین نمرات اضطراب اجتماعی گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است.

نتایج آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر اضطراب اجتماعی، در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های ۲ گروه در متغیر اضطراب اجتماعی

متغیر	df [1]	آماره آزمون (F)	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	۲۵	۱/۴۷	۰/۲۲۸

با توجه به نتایج جدول ۲ سطح معناداری به‌دست‌آمده مطابق آزمون لوین برای هر ۲ گروه در متغیر اضطراب اجتماعی بزرگ‌تر از ($p>۰/۰۵$) است، بنابراین به علت معنادارنبودن این آزمون، واریانس‌های هر ۲ گروه همگن هستند.

در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادارن دارای دانش آموزان کم‌توان‌ذهنی ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره نمرات اضطراب اجتماعی در بین هر ۲ گروه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۲۸۹۵/۱۴۷	۱	۲۸۹۵/۱۴۷	۵۴۵/۱۶۷	۰/۰۰	۰/۶۲
گروه	۲۷۱/۳۵۷	۱	۲۷۱/۳۵۷	۵۱/۰۹۷	۰/۰۰	۰/۱۵
خطا	۱۴۳/۳۸۶	۲۸	۱۴۳/۳۸۶			
مجموع	۴۹۴۵۷	۳۰				

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین نمرات پس‌آزمون ۲ گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بنابراین فرض صفر مبنی‌بر نبود تفاوت بین ۲ گروه رد می‌شود و می‌توان گفت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی تأثیر معناداری دارد ($F=۵۱/۰۹۷$ و $P<۰/۰۵$). میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و گواه یا اندازه تأثیر دوره آموزشی ($\dot{\eta}^{۲}=۰/۱۵$) است، یعنی ۱۵ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده متأثر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی مادران دارای دانش آموز کم‌توان‌ذهنی انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین نمرات پس‌آزمون ۲ گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برکاهش اضطراب اجتماعی مادران دانش آموز کم‌توان‌ذهنی مؤثر بوده است.

این یافته با پژوهش‌های یوسانی و لارنس[1] (۲۰۱۴)؛ حامدی، شهیدی و خادمی (۱۳۹۲)، یوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۱۳۹۲) و ویلیامز[2] و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از نظر تئوری، نظریه ذهن اگاهی بیشتر بر روی هیجانات کار می‌کند. به‌عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات مثبت جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (ماس[3]، ۲۰۰۸)، زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند. (بوهلمیجر[4] و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین ذهن آگاهی با کنترل توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است و از این رو می‌تواند با افزایش کنترل بر سرنخ‌های دیداری مصرف الکل و مواد، در درمان این اختلالات، مؤثر واقع شود (چمبر و آلن[5]، ۲۰۰۸). بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند رفتارهای پرخطر را کاهش دهد. در واقع، انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی مبانی و مؤلفه‌های بناشده‌ای کار می‌کند که مستقیماً با مؤلفه تنظیم هیجانات و کاهش تنیدگی و در نتیجه کاهش رفتارهای پرخطر، در ارتباط است. همچنین، نتایج مطالعه ایوانز و همکاران (۲۰۰۸) و کاویانی (۱۳۸۴) نشان داد که آموزش ذهن آگاهی منجر به پیشگیری از بازگشت افسردگی و اضطراب می‌شود، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی از طریق سازوکارهایی مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر روابط با افکار و تنظیم هیجان (بائر[6]، ۲۰۰۳) باعث کاهش اضطراب می‌شود.

ویژگی روش حضور ذهن آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد. اگرچه فن‌آوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده تا جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها نیازی به جابجایی فیزیکی نداشته باشند و در زمان و وقت آن‌ها صرفه‌جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه هدایت و آموزش کوتاه‌مدت درمانگر قابل‌حل است (موسویان و همکاران، ۱۳۸۹). یکی از مهارت‌های حضور ذهن که می‌تواند کمک‌کننده باشد، پذیرش می‌باشد. رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان‌درمانی است (هایز و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷). فردی که حملات هراس به‌خصوص هراس اجتماعی را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی، از جمله سوءمصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مبهم و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد بپذیرند که حملات هراس ممکن است گاه‌گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند و اگرچه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند و نباید از آن‌ها اجتناب نمود یا آن‌ها را خطرناک تلقی کرد (همان منبع).

از جمله محدودیت‌های جدی این پژوهش عدم پیگیری یافته‌ها و محدود بودن نمونه پژوهش به زنان شهر کرمانشاه بوده است که در تعمیم دهی این نتایج باید احتیاط نمود.

---

1. Yusainy & Lawrence
2. Williams,
3. Mace
4. Bohlmeijer
5. Chambers & Allen
6. Baer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

منابع

افروز، غ.(۱۳۸۹). روانشناسی و توان‌بخشی کودکان آهسته گام (عقب مانده‌ی ذهنی). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

امیدی، ع.ا؛ و محمدخانی، پ. (۱۳۸۷» .(آموزش حضور ذهن به‌عنوان یک مداخله بالینی :مروری مفهومی و تجربی .«فصلنامه سلامت روان، سال اول، شماره اول، ص ۳۸ ـ ۳۰.

بیرامی، م. و عبدی، ر. (۱۳۸۸). «بررسی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان .«علوم تربیتی، :(6) 2ص ۵۴ ـ ۳۵.

حامدی، علی، شهیدی، شهریار، خادمی، علی. (۱۳۹۲). اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد، ۲۸، ۱۰۲-۱۱۷.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان، بحیرانی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درکاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب، پیگیری ۶۰ روزه، مجله تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱، ۴۹-۵۹.

موسویان، ن.؛ مرادی، ع.ر.؛ میرزایی، ج.؛ شیدفر، ف.؛ محمودی کهریز، ب. و طاهری، ف. (۱۳۸۹). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی .«اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۶، ۵۷ ـ ۴۹.

یوسفی، علیرضا، اورکی، محمد، زارع، مریم، ایمانی، سعید. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سومصرف کنندگان مواد. اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی، ۲۷. ۱۷-۲۸.

Alkozei A, Cooper PJ, Creswell C. Emotional reasoning and anxiety sensitivity: associations with social anxiety disorder in childhood. J Affect Disord. 2014. 152-154: 219-28.

Association AP.. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.2013.

Baer, R. A. 2003. Mindfulness training as a clinical intervention -A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10: 125-143.

Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment,11(3), 191-206.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, JM. G., (2009). Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behaviour Rescarch and Therapy. 47: 366-373

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, 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, 68(6), 539-544.

Breslin, F,. Zack, M., & McMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. Clinical psychology: Science and Practice, 9, 275-299.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 84(4), 822-48.

Chambers, R. H., Lo, B. C. Y., & Allen, N. A. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. Cognitive Therapy and Research, 32, 303−322.

Coffey, K. Hartman, M. & Fredrickson, B. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. Mindfulness, 1(4), 235–253.

Colleen S, Visual Perception, Case-Smith J. Occupational Therapy for children, fourt edition, Mosby, P: 382-383. 2010.

Colleen S, Visual Perception, Case-Smith J. Occupational Therapy for children, fourt edition, Mosby, P: 382-383. 2010.

Crozier WR, Alden LE. The essential handbook ofsocial anxiety for clinicians. England: John Wiley&sons.2005.

Davis TE, Munson M, Tarzca E. Anxiety disorders and phobias. Matson(Ed), social behavior and social skills in children. NewYork, springer. 2009, 219-44.

Davoodi I, Najarian B. Construct and validate the Social anxiety in student of Chamran University and examine the relationship with personal and academic properties, study project, Chamran University. 2001.

Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., Koopman, C., (2009). Mindfulness and rumination: dose mindfulness training led to reductions in the rumination thinking associated with depression? Original research. 5: 265-271.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., Haglin, D., (2008). Mindfulness- based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders. 22: 716-72.

Falkenstrom F. (2010). Studying mindfulness in experiencedmeditators: A quasi-experimental approach. Ersonal Individual Differen; 48(9),305-310.

Goldin, P.R. and Gross, J.J. (2010). "Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder". Emotion. 25(10): 83-91.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 144-156. Coffey, K., Hartman, M.,

Lieberman. L.Visual perception versus visual function, journal of learning disabilities, 17:182-185. 1984. Colleen

Mace, C. (2008). Mindfulness and the future of psychotherapy. European Psychotherapy, 9, 23139.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]

Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. Cognitive and Behavioral Practice, 9, 44–50.

Molavi, H.; Torkan, H.; Soltani, I. and Palahang, H. (2010). "Structure Standardization, Validity and Relliability of Subjective Well-being Questionnaire". *J Psychiatry and Clinical Psychology*; 16(3):231-238.

Ortega, S, beauchemin, A., & kaniskan, R, B. (2008). Best practices in mental health. Lyceum Books, Inc, 4 (1).

Papageorgio, C. and Wells, A. (2004). Depressive rumination: nature, theory and tereatmen chichester. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.

Pinto-Gouveia, J.; Castilho, P.; Galhardo, A. and Cunha, M. (2006). "Early Maladaptive schemas and social phobia". Cogn Ther Res, 30, 571-584.

Rosenblum, S. the development and standardization of the children activity scale for the erly identification of children with developmental coordination disorder, child: care health and development, 32: 619-632. 2006.

Schilling, R.F.A., & schinke, S.P. (1984). personal coping and socil support for parents of handicapped chidren. Child and Youth Services Review, 6, 195-206.

Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. Personality and Individual Differences, 50(7), pp.1116–1119.

Shapiro S. (2006). Mechanisms of mindfulness. J Clin Psychol, 62(3), pp. 373-386.

Shapiro S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness Journal of Clinical Psychology, 62(3), pp.373–386.

Tsai, C., Wilson, P.H., Wu SK. Role of visual perceptual skill (non-motor) in children with developmental coordination disorder. Human movement sciences, 27:661-666. 2008.

Verplanken, B., Friborg, O., Wang, C. E., Trafimow D., & Woolf, K. (2007). Mental habits: Metacognitive reflection on negative self-thinking. Journal of Personality and Social Psychology, 92(3), pp. 526–541..

Wang, Y., & Kong, F. (2014). The role of emotional intelligence in the impact ofmindfulness on life satisfaction and mental distress. Social Indicators Research, 1(16), pp.843-852.

Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. Journal of clinical psychology, 62(2), 201-210.

Yusainy, C., & Lawrence, C. 2014. Relating mindfulness and self-control to harm to the self and to others. Journal of Personality and Individual Differences, 64:78-83.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.4.0]