

تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به
اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی*

The Effect of Mindfulness-based Cognitive training on Recovery meta-cognitive
beliefs in Suffering Disorder Comorbidity Social Anxiety and Depression

عزت‌اله قدم‌پور^۱، سیمین غلامرضایی^۲، پروانه رادمهر^{۳*}

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود.

روش: روش پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم‌آباد بود؛ که به منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت که ابتدا ۴۳۷ شرکت‌کننده با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، پرسشنامه اضطراب اجتماعی و افسردگی را تکمیل کردند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب گردید، سپس ۳۰ نفر منتخب با انتساب تصادفی به دو گروه پانزده نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی تحت آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه، به وسیله SPSS-19 و با استفاده از روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان باورهای فراشناختی تأثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0.001$). ضمن این‌که نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصله، آموزش‌های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، اضطراب اجتماعی، افسردگی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه لرستان

* نویسنده مسئول:

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یک حالت هیجانی است که با نگرانی و ترس مشخص و ثابت از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (کینگ‌بوری^۲ و کاپلان، ۲۰۱۵). این اختلال، سومین اختلال روانپزشکی با شیوع طول عمر ۱۳ درصد و یکی از رایج‌ترین اختلالات در دوران نوجوانی است که شیوع آن در بین دختران بیش از پسران می‌باشد (وانانن، فروجد، رنتا، مارتونن، هلمینن و کالتیالا-هینو^۳، ۲۰۱۱؛ توبرت و پینکوارت^۴، ۲۰۱۱). نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مرادود اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند (مک‌الوی، کاستنگوری و گلدفرد^۵، ۲۰۱۴). برخی از مطالعات نشان داده‌اند که این اختلال در نوجوانان با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم (میرز، بلات، بوگلس و وستنبرگ^۶، ۲۰۰۸) نارسایی‌های عملکرد اجتماعی (وانکن و بوگلس^۷، ۲۰۰۸) کنش‌وری اجتماعی ضعیف و ادراک‌های منفی رابطه دارد (پاکلک و وایدس^۸، ۲۰۰۸). این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی، خلقی دارد. طبق تحقیقات انجام‌شده ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند (کینگس‌بوری^۹، ۲۰۱۴).

افسردگی^{۱۰} با شیوع طول عمر ۱۶/۶ درصد یکی از شایع‌ترین اختلال روانی است که همبودی بالایی با اختلال اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان دارد (وانانن، ایسوما، کالتیالا-هینو، فروجد و هلمینن و مارتونن^{۱۱}، ۲۰۱۴؛ کسلر، برگ‌لوند، دملر، جاین، مریکانس و والترز^{۱۲}، ۲۰۰۵). این اختلال، از رایج‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی است که در بین دختران بیشتر از پسران رخ می‌دهد و با روند روبه رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است به طوری که بر تکامل شناختی، هیجانی و فیزیکی نوجوان اثر می‌گذارد (اون‌ولی^{۱۳}، اسوندسن^{۱۴}، بورستین^{۱۵} و مریکانگس^{۱۶}، ۲۰۱۵)؛ یعنی زمانی که همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی رخ می‌دهد،

1. social anxiety disorder
2. Kingsbury
3. Vaananen, Frojd, Ranta, Marttunen, Helminen & Kaltiala-Heino
4. Teubert & Piquart
5. McAleavey, Castonguay & Goldfried
6. Miers, Blote, Bogels & Westenberg
7. Voncken & Bogels
8. Puklek & Videc
9. Kingsbury
10. depression
11. Isomaa, Frojd & Marttunen
12. Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Watters
13. Avenevoli
14. Swendsen
15. Burstein
16. Merikangas

اختلال اضطراب اجتماعی قبل از افسردگی، بروز می‌کند. چرا که اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان یک عامل خطر و پیش‌بینی کننده برای افسردگی به شمار می‌رود. مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی اکثراً از نظر بالینی افسرده هستند به طوری که اختلال افسردگی در ۹۰ درصد مبتلایان به این اختلال همراه است (استین، فوج، مولر و هافلر، لایب و یولریچ‌ویچن^۱، ۲۰۰۱). مطالعات بالینی، همبندی قابل توجه بین اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان را بین ۳۰ تا ۴۰ درصد اشاره می‌کنند (رنتا، کالتیالا-هینو، پیکونن و مارتیونن^۲، ۲۰۰۹). وانانن و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود همبندی اختلال اضطراب اجتماعی با افسردگی در میان دختران ۵۱/۷ درصد و پسران ۲۷/۹ درصد نشان دادند.

مینه‌کا، واتسون و کلارک^۳ (۱۹۹۸) بر این باورند که همپوشانی میان اختلال‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی به دلیل یک سلسله نشانه‌های مشترک میان این دو اختلال است (مینه‌کا، واتسون و کلارک، ۱۹۹۸). در همین راستا مطابق دیدگاه شناختی و بین تشخیصی، همبندی میان اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی می‌تواند ناشی از فرایندهای شناختی مشترکی از جمله، باورهای فراشناختی^۴ باشد که در ابتلا و تداوم این اختلالات نقش مهمی ایفا می‌کند (هاروی، واتکینز، منسل و شافیان^۵، ۲۰۰۴). به گونه‌ای که نقش شناخت در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی و خلقی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی از دیرباز از دو دیدگاه، محتوای فکر (باورها) و نگرش‌های ناکارآمد و نامطلوب و پردازش‌های شناختی (سوگیری تفکر و سرکوب افکار) مورد بررسی قرار گرفته است (لاوی، هاوت^۶، ۱۹۹۴؛ به نقل از فازی، هیچکر^۷ و کلارک، ۲۰۰۶). با بررسی نقش باورهای فراشناختی در همبندی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان‌درمانی پی برد. باورهای فراشناختی به عنوان پایه و اساس ایجاد و سبب‌شناسی بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است (ولز، ۲۰۰۹). فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم اثر می‌گذارد. باورهای فراشناختی پیش‌بینی کننده مهمی برای ایجاد و حفظ اختلالات اضطراب و افسردگی هستند (کرکران و سگال^۸، ۲۰۰۸). واژه فراشناخت را فلاول^۹ (۱۹۷۹) برای نخستین بار به کار برده است که به فرایند «تفکر درباره تفکر» اطلاق می‌شود. فراشناخت‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به

1. Stein, Fuetsch, Muller, Hofler, Lieb & Ulrich-Wittchen
2. Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen & Murtunen
3. Mineka, Watson & Clark
4. metacognitive beliefs
5. Harvey, Watkins, Mansell & Shafian
6. Lavy & Hout
7. Fawzy & Hecker
8. Corcoran & Segal
9. Flavel

شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود (ولز^۱، ۲۰۰۹). در مطالعات مربوط به نقش فراشناخت در آسیب‌شناسی روانی، پنج مؤلفه فراشناختی توسط ولز، کارترایت-هاتن^۲ (۲۰۰۴) بررسی شده است: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی (میزان باور فرد به سودمندی تفکر ثابت)؛ ۲- باور منفی در مورد نگرانی (میزان باور فرد به کنترل ناپذیری و خطر تفکر ثابت)؛ ۳- اطمینان شناختی (اطمینان فرد به توجه و حافظه‌اش)؛ ۴- خرافات، تنبیه، مسئولیت‌پذیری و نیاز به کنترل افکار و ۵- خودآگاهی شناختی (گرایش به کنترل افکار و محتویات توجه).

پژوهشگران در دو دهه اخیر در مطالعه الگوهای شناختی و فراشناختی، به نقش دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کنند به عنوان سازوکارهای زیرین اضطراب اجتماعی، اشاره نموده‌اند (حسنوند عموزاده، روشن‌چسلی و حسنوند عموزاده، ۱۳۹۲). فراشناخت یکی از عوامل مهم در تکوین و تداوم اختلالات روانی به ویژه افسردگی در نظر گرفته شده است (اسپادا، نایک‌سویک، مانتا^۳ و ولز، ۲۰۰۸). باورهای فراشناختی، بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب از طریق تأثیر باورها و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تفسیر علائم اثر می‌گذارد. لذا باورهای فراشناختی در ایجاد و پایداری اختلالات اضطرابی و افسردگی نقش بسزایی دارد (ولز، ۲۰۰۰ و کرکران و سگال، ۲۰۰۸). در مقایسه با نوجوانانی که دارای یکی از اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی هستند، نوجوانان همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب‌های روانی، پیش‌آگهی بدتر (استین و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از رنتا و همکاران، ۲۰۰۹) مشکلات و پریشانی بیشتر، اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند (دارلیمپلی و زیمرمن^۴، ۲۰۰۷؛ به نقل از کاشدان، رابرت^۵، ۲۰۱۱). از آنجایی که به نظر می‌رسد همبودی بین اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قاعده بدون استثنا است و همبودی، همواره مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر، پیامدهای مخرب‌تری نسبت به هریک از اختلالات است؛ بنابراین، همبودی اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی در مقایسه با هر کدام از این اختلالات به صورت جداگانه، نیازمند توجه بالینی و درمان بیشتر می‌باشد (آلبرت، روسو، ماینا و بوگتو^۶، ۲۰۰۸؛ اسکورز، دیگ، ون‌تیلبرگ و بیکنمن^۷، ۲۰۰۵). در این راستا، برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان شناختی- رفتاری اثربخشی خود را در درمان افسردگی و اضطراب ثابت کرده است (استوارت و چامبلس^۸، ۲۰۰۹؛ به

-
1. Wells
 2. Cartwright-Hatton
 3. Spada, Nikcevic & Moneta
 4. Darlymple & Zimmerman
 5. Kashdan & Robert
 6. Albert, Rosso, Maina & Bogeetto
 7. Schoevers, Deeg, VanTilburg & Beekman
 8. Stewart & Chambless

نقل از همیلتون، ورشلر، ماکرودمیتیریز، چینگ و مودرسیل^۱، ۲۰۱۲) دارو درمانی نیز به عنوان یک روش درمانی مناسب شناخته شده، به طوری که به اندازه درمان شناختی- رفتاری، مقرون به صرفه است (ووس، کری، هابی و کارتر^۲، ۲۰۰۵؛ به نقل از همیلتون و همکاران، ۲۰۱۲). اگرچه اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده است اما نسبت معناداری از بیماران از علائم باقی مانده رنج می برند و تعدادی از آنها نسبت به این درمان بی میل شده اند (فدریکی، رووا و آنتونی^۳، ۲۰۱۰؛ به نقل از همیلتون و همکاران، ۲۰۱۲). از سویی دیگر، تعداد زیادی از مبتلایان به دنبال بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می دهند (مکاوی و پرینی^۴، ۲۰۰۹) و برخی از بیماران فعالانه به دنبال درمان های کمابیش بدیع می گردند، این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه ها را برجسته می کند (کولز، تورک، جیندرا و همبرگ^۵، ۲۰۰۴؛ به نقل از امیر، بیرد، تیلور، کلامپ، الیاس، بورت و چن^۶، ۲۰۰۹). در میان درمان های مختلفی که برای اضطراب و افسردگی تدارک دیده شده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۷ جایگاه ویژه ای پیدا کرده است (هافمن، ساویر، وایت و اوه^۸، ۲۰۱۰؛ خوری، لیکمت، فورتاین، مسی، تریان، بوچارد^۹ و هافمن، ۲۰۱۳).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد می شود (اوست^{۱۰}، 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 می باشد؛ که شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (ایسندراث، چارتیر و مکلین^{۱۱}، ۲۰۱۲). آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مراقبه های 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 می دهد. آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله گروهی کوتاه مدت است که به عنوان درمانی برای پیشگیری از عود افسردگی در میان افراد مبتلا به افسردگی بازگشتی ابداع شده است که در آن سه هدف اساسی دنبال می شود: الف) تنظیم توجه، ب) ایجاد

1. Hamilton, Wershler, Macrodimitis, Ching & Modersil
2. Vos, Corry, Haby & Carter
3. Federici, Rowa & Antony
4. McEvoy & Perini
5. Coles, Turk, Jindra & Heimberg
6. Amir, Beard, Elias, Burns & Chen
7. mindfulness-based cognitive therapy
8. Hofmann, Sawyer, Witt & Oh
9. Khoury, lecomte, Fortin, Masse, Therien & Bouchard
10. Ost
11. Eisendrath, Chartier & Macline

آگاهی فراشناختی و ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی (مک^۱، ۲۰۰۸). با مرور پیشینه پژوهش تحقیقی که مستقیماً به تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بررسی نماید، یافت نشد پناهنده‌وانسغلی (۱۳۹۰) در پژوهش خود که به بررسی کارآمدی آموزش حضور ذهن مبتنی بر شناختی، در کاهش ناهنجاری‌های اضطراب اجتماعی و بهبود باورهای فراشناختی دانشجویان به این نتیجه رسیدند که حضور ذهن مبتنی بر شناختی اثربخشی قابل توجهی در بهبود باورهای فراشناختی دارد.

با توجه به این‌که همبودی اختلال اضطراب اجتماعی - افسردگی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شود و در مقایسه با نوجوانانی که دارای یکی از این اختلالات هستند، نوجوانان همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب‌های روانی، پیش‌آگهی بدتر، مشکلات و پریشانی بیشتر، اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند و با عنایت به این‌که در رابطه با سنجش تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی چندان پژوهشی صورت نگرفته است، لذا مطالعه حاضر درصدد است تا میزان تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی را بررسی نماید. امید است یافته‌های پژوهش حاضر راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه روشن کردن میزان اثر این نوع مداخله بر باورهای فراشناختی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی باشد.

روش

روش پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به تعداد ۵۶۸۱ نفر بود. از آنجا که مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اضطراب اجتماعی (فورمارک^۲، ۲۰۰۲، به نقل از رابی و اسپنس^۳، ۲۰۰۴) و افسردگی (وانانن و همکاران، ۲۰۱۱) را دارند، با عنایت به این‌که طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود و با توجه به این‌که حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (دلاور، ۱۳۸۶) نمونه موردنیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (دلاور،

1. Mace
2. Furmark
3. Spence

۱۳۸۶) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. به منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ناحیه دو و از بین تمامی مدارس، ۵ مدرسه به روش تصادفی - خوشه‌ای انتخاب شد و در بین ۵ مدرسه، ۴۳۷ پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانانی - Social Anxiety Scale (Adolescents) و افسردگی بک - ویرایش دوم (Beck Depression Instrument-II) تکمیل گردید؛ و افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) را انتخاب و تحت مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-IV قرار گرفتند و شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب گردیدند، سپس از میان دانش‌آموزان، ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول انتخاب گردید. سپس ۳۰ نفر منتخب با انتساب تصادفی میان گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش (۱۵ نفر) به صورت گروهی در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک جلسه)، به مدت ۲ ماه با حضور در مدرسه توسط پژوهشگر با کسب اجازه از مدیران مدرسه و اولیاء دانش‌آموزان، تحت آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه (۱۵ نفر) در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس از آزمون و مجدداً دو ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۳ جلسه به صورت فشرده نیز تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در این مطالعه شامل: دانش‌آموزان دختر دوره اول و دوم متوسطه شهر خرم‌آباد، گروه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج شامل: وجود علائم سایکوتیک و افکار وسواسی، ابتلا به بیماری پزشکی جدی و محدودکننده‌ای که موجب افسردگی در فرد می‌شود، وجود رگه‌هایی از اختلال شخصیت و اختلال نقض توجه. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از SPSS 19 داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره محاسبه گردید.

ابزار پژوهش

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (Structured Clinical Interview)
 (for DSM-IV): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون، ویلیامز؛ به نقل از هاشمی، محمودعلیلو، هاشمی نصرت‌آباد، ۱۳۸۹) تهیه شده است. شریفی، اسعدی،

محمدی، امینی، کاویان و سمنانی (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است.

۲- پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (**Social Anxiety Scale-Adolescents**): این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیر مقیاس است: ترس از ارزیابی منفی (FNE)، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید (SAD-New)، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی (SAD-General). استوار و رضویه (۱۳۹۲) ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار دادند و پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی از یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر این میزان همسانی درونی مقیاس به کمک ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش نمودند. پرسش‌های این مقیاس با پاسخ‌های پنج گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس گویای اضطراب اجتماعی بالاتر است. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ بدست آمد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (**Beck Depression Instrument-II**): این پرسشنامه شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). این پرسشنامه ۲۱ سؤال می‌باشد و نمره‌ی کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. نتایج پژوهش بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه‌ی دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۵؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ بدست آمد.

۴- پرسشنامه اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان (**Meta-Cognitive Questioner-Adolescents**): این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سؤال است که به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناختی در نوجوانان ساخته شده است. MCQ-A از روی فرم ۳۰ سؤال بزرگسالان اصلاح شده است که خود این پرسشنامه از روی نسخه اصلی ۶۵ سؤال فراشناخت بدست آمده است. فرم بلند و نیز فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت در اجرا بر روی جمعیت بزرگسالان، اعتبار و پایایی مناسبی را بدست آورده است (دامنه ضریب آلفا برای فرم بلند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ کل برای فرم کوتاه ۰/۹۳ است). این آزمون ۵ خرده مقیاس از باورهای مرتبط با فکر کردن و فرآیند افکار (به‌ویژه نگرانی و افکار مزاحم) را اندازه می‌گیرد. از شرکت‌کننده خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با هر آیتیم بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای و از "موافق نیستم" تا "کاملاً موافقم"، گزارش دهد. نسخه اصلاح شده فرم نوجوانان از نظر محتوا و نمره‌گذاری شبه به فرم ۳۰ سؤال بزرگسالان می‌باشد؛

اما بسیار تلاش شده تا زبان پرسشنامه برای نوجوانان قابل درک باشد. کارترایت- هاتن و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل کلی ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ ذکر کرده‌اند. نتایج تحلیل پایایی به روش آزمون- بازآزمون و در فاصله دو هفته نیز در این مطالعه برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ و برای عامل کلی ۰/۳۴ (P=۰/۰۱۷) به دست آمد. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ بدست آمد.

روش اجرا

در این پژوهش، روش اجرا به این صورت بود که ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم، پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی بین دانش‌آموزان اجرا شد، سپس دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) را انتخاب و تحت مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM-IV قرار گرفتند و شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، سپس از میان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول انتخاب گردید و سپس بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. جلسات آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را برای گروه آزمایش، طی هشت جلسه‌ی دوساعته، هفته‌ای یک جلسه، به مدت ۲ ماه به صورت گروهی برگزار شد. بعد از اتمام جلسات و ۲ ماه بعد از آموزش برای هر دو گروه نیز مجدداً پرسشنامه فوق، به عنوان پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. پروتوکل درمانی مورد استفاده آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۴) انجام گرفت. خلاصه جلسات مداخله آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱: جلسات آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوا
۱	اجرای پیش آزمون، تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.
۲	تمرین واریسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
۳	تمرین "دیدن یا شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۴	تمرین پنج‌دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۵	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی.
۶	۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
۷	۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
۸	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

پس از اجرای آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار باورهای فراشناختی و خرده مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش	انحراف معیار	گروه گواه	انحراف معیار
سن	۱۶	۱/۱۳	۱۵/۹۳	۱/۰۹
باورهای مثبت در مورد نگرانی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۳	۱۴/۸۳	۱/۷۶
	پس‌آزمون	۱۱/۶۶	۱۴	۲/۳۴
باورهای منفی در مورد نگرانی	پیش‌آزمون	۱۲/۰۸	۱۴/۵۳	۲/۴۵
	پس‌آزمون	۱۵/۴۱	۱۶/۱۷	۲/۰۱
اطمینان شناختی	پیش‌آزمون	۹/۸۸	۱۳/۵۷	۱/۸۵
	پس‌آزمون	۱۶/۷۰	۱۶/۲۲	۲/۰۸
نیاز به کنترل افکار	پیش‌آزمون	۱۲/۷۵	۱۴/۸۷	۲/۰۳
	پس‌آزمون	۱۱/۹۶	۱۳/۹۴	۱/۴۵
خودآگاهی شناختی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۶	۱۵/۱۷	۱/۹۳
	پس‌آزمون	۱۰/۹۸	۱۳/۰۲	۱/۵۶
فراشناخت کلی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۳	۱۲/۳۵	۱/۴۰
	پس‌آزمون	۱۶/۱۸	۱۶/۴۵	۱/۶۰
فراشناخت کلی	پیش‌آزمون	۹/۸۴	۱۵/۱۲	۱/۵۶
	پس‌آزمون	۱۰/۵۱	۱۳/۹۲	۱/۰۳
فراشناخت کلی	پیش‌آزمون	۸۸/۹۳	۸۹/۹۰	۵/۳۷
	پس‌آزمون	۶۴/۸۷	۸۰/۳۷	۵/۲۰
پس‌آزمون پیگیری	۶۰/۳۴	۳۰/۴۰	۷۶/۵۷	۳/۵۱

در جدول ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است، باید توجه داشت که نتایج غربال در تحلیل وارد نشده‌اند چرا که هدف از اجرای غربال، همگن‌سازی شرکت‌کنندگان بود. با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه در باورهای فراشناختی و خرده مؤلفه‌های آن نشان داده شده است. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری دارد. به علاوه بعد از گذشت دو ماه از اجرای مداخله و پس از انجام آزمون پیگیری، مشخص شد که کاهش این متغیرها در اعضای گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده‌شده در باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن، ابتدا مفروضه‌های لازم

جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لوین در نمره‌های باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، برقرار بود ($p > 0/05$). با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. 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. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون تفاوت میانگین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه در متغیر باورهای فراشناختی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ذکر شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معنا- داری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلاهی	۰/۸۴۶	۷۶/۷۸	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۵۴	۷۶/۷۸	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۱
	اثر هتلینگ	۵/۴۸۵	۷۶/۷۸	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۵/۴۸۵	۷۶/۷۸	۲	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶	۱

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین نمره‌های باورهای فراشناختی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) میان دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). به طوری که بر اساس نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود باورهای فراشناختی، مؤثر است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

متغیر	مرحله ارزیابی	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
باورهای مثبت در مورد نگرانی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۹/۳۰۵	۱	۴/۹۷۱	۰/۰۵	۰/۱۸	۰/۹۸
	پیگیری	عضویت گروهی	۶۹/۷۳۸	۱	۱۷/۹۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹	
		پیش آزمون	۱۹/۷۵۰	۱	۵/۱۹۰	۰/۰۵	۰/۱۹۱	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۷۷/۱۱۲	۱	۲۰/۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	
باورهای منفی در مورد نگرانی	پس آزمون	پیش آزمون	۷/۸۹۷	۱	۲/۳۵۲	۰/۱۳	۰/۰۹۷	۰/۸۷
	پیگیری	عضویت گروهی	۳۵/۲۴۷	۱	۱۹/۵۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱	
		پیش آزمون	۱/۲۰۰	۱	۰/۷۹۷	۰/۳۸۲	۰/۰۳۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۳۲/۱۵۵	۱	۲۱/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲	
اطمینان شناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۱/۵۴۳	۱	۷/۱۹۹	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۹۱
	پیگیری	عضویت گروهی	۳۳/۶۱۲	۱	۱۲/۲۹۱	۰/۰۱	۰/۳۵۸	
		پیش آزمون	۰/۷۰۰	۱	۰/۲۸۴	۰/۶۰	۰/۰۱۳	۰/۹۰
		عضویت گروهی	۲۹/۰۲۷	۱	۱۱/۷۶۳	۰/۰۱	۰/۳۴۸	

	۰/۳۸۸	۰/۰۱	۱۳/۹۵۱	۱	۱۶/۸۲۳	پیش‌آزمون		
۰/۹۸	۰/۴۵۶	۰/۰۰۱	۱۸/۴۱۸	۱	۲۲/۲۰۹	عضویت گروهی	پس‌آزمون	نیاز به کنترل افکار
	۰/۳۳۲	۰/۰۱	۱۰/۹۲۳	۱	۱۶/۵۲۲	پیش‌آزمون		
۰/۹۶	۰/۴۴۹	۰/۰۰۱	۱۷/۸۵۰	۱	۲۳/۹۷۵	عضویت گروهی	پیگیری	
	۰/۵۴۱	۰/۳۴	۰/۹۳۷	۱	۲/۵۰۶	پیش‌آزمون		
۱	۰/۷۱۰	۰/۰۰۱	۵۳/۸۴۷	۱	۱۴۴/۰۴۶	عضویت گروهی	پس‌آزمون	خودآگاهی شناختی
	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۰/۰۱۳	۱	۰/۰۳۲	پیش‌آزمون		
۰/۹۹	۰/۴۷۹	۰/۰۰۱	۲۰/۲۳۲	۱	۵۱/۹۹۰	عضویت گروهی	پیگیری	
	۰/۰۲۱	۰/۴۹	۰/۴۷۵	۱	۱۱/۱۷۱	پیش‌آزمون		
۱	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱	۶۴/۲۸۷	۱	۱۵۱۰/۵۴۸	عضویت گروهی	پس‌آزمون	فراشناخت کلی
	۰/۰۲۵	۰/۴۹	۰/۵۶۶	۱	۶/۹۰۶	پیش‌آزمون		
۱	۰/۸۶۱	۰/۰۰۱	۱۳۶/۴۳۸	۱	۱۶۶۳/۳۸۳	عضویت گروهی	پیگیری	

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراشی (متغیر کمکی) آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به تفاوت معنی دار بین دو گروه آزمایش و گواه در سطح ($P < 0/001$) در مؤلفه های باورهای فراشناختی (باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) و در سطح ($P < 0/01$) در مؤلفه اطمینان شناختی باورهای فراشناختی، هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری منجر شده است. این موضوع نشان می دهد که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان باورهای فراشناختی و مؤلفه های آن در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی می شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب بهبود باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی می شود. اگرچه تاکنون پیشینه پژوهشی که مستقیماً تأثیر آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهبود باورهای فراشناختی مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی را بررسی نماید، یافت نشده است؛ اما نتایج حاکی از این است که جلسات هشتگانه آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور قابل توجهی از میزان باورهای فراشناختی مبتلایان در دوره مداخله بکاهد، به گونه ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است. در این راستا نتایج به دست آمده در این پژوهش با پژوهش پناهنده و انسفلی (۱۳۹۰) همسو می باشد. با مرور پیشینه تحقیق، پژوهشی که ناهمسو با مطالعه حاضر انجام شده باشد، صورت نگرفته است. بر اساس نظریه ولز (۲۰۰۹) پس از شکل گیری باورهای فراشناختی است که می توان صحبت از ایجاد و تداوم اختلال کرد لذا باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر باید در درمان مورد هدف قرار بگیرند، زیرا باورهای فراشناختی بر شیوه پاسخ دهی فرد به افکار، باورها، علائم و هیجان های منفی تأثیر می گذارند بر این اساس باورهای فراشناختی نقش مهم و با اهمیتی در پیش بینی اضطراب و افسردگی دارد، این باورها علتی برای تحول و تداوم این مشکلات می باشد. بر پایه یافته های این پژوهش، شیوه های درمانی باید در راستای تغییر ارزیابی ها و باورهای مبتلایان و فراهم ساختن راهبردهای جانشین برای مقابله با تهدید باشد، لذا باید بیش از هر چیزی ارزیابی ها و باورها فرد اصلاح شود. به طور کلی چون اضطراب اجتماعی و افسردگی رابطه معنی داری با باورهای فراشناختی دارند بهتر است درمانگران هنگام درمان، افزون بر اصلاح باورهای غیرمنطقی مبتلایان، بر چالش با باورهای فراشناختی تمرکز نمایند. اگر باورهای فراشناختی به طور مؤثر به چالش کشیده شوند، شاید بتوانند در کاهش و در نتیجه بهبود اضطراب اجتماعی و افسردگی مبتلایان مؤثر باشد و از عود بیماری بکاهند. در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های همسو با آن، می توان از

آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی برای کمک به مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی استفاده کرد. نکته مهم در تبیین این یافته‌ها، این است که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود. از دیرباز آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در طب و روانپزشکی، به عنوان یکی از شیوه‌های درمان غیردارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی، مورد توجه بوده است (تیزدل، سگال، ویلیامز، رایدوی، سولبی و لاو، ۲۰۰۰). دلیل اثربخشی آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که آموزش ذهن آگاهی به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد و سوگیری‌های منفی را مختل ساخته و فرد با آگاهی بیشتری با آن برخورد می‌کند، لذا این امر منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه، جنبه‌ی پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبتنی بر پایدار بودن تأثیر مداخله پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است. بر این اساس که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله‌به‌مرحله‌ی بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید. لذا می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشند و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل رفتارها و باورهای منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (جنگین^۲، ۲۰۰۷). یکی از جنبه‌های آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. با این اوصاف به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد (بوهملیجر، پرنجر، تال و کایچپرز^۳، ۲۰۱۰). از امتیازات رویکرد آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دیدگاه گروه محوری آن است که هم به لحاظ هزینه‌های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان، خدمات روان‌شناختی را به تعداد بزرگتری از افراد نیازمند عرضه می‌کند، این امر جدا از منافع درمانی و در عین کاهش هزینه‌ها، می‌تواند جوابگوی لیست طولانی مراجعانی باشد که در انتظار دریافت خدمات روان‌شناختی، بار سنگین رنج روانی را برای مدت طولانی به دوش می‌کشند. فراتر از این و جدا از تأثیر درمانی و کاهش هزینه‌های مالی در به‌کارگیری پروتکل شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، دید مردم، جنبه بهزیستی و ارتقا دارد و امروزه بهره‌جویی از انواع روش‌های یوگا و

1. Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau
2. Junkin
3. Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers

مراقبه در میان مردم، خصوصاً با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر شیوع دارد. محدودیت‌هایی در مطالعه وجود داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مدنظر باشد، عدم به‌کارگیری یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه مداخله، با توجه به شرایط نمونه انتخابی که نمونه بالینی نبوده است و تنها جنس مؤنث بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه‌ی پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت عمده‌ی این پژوهش، انجام آن بر روی نوجوانان ۱۴-۱۷ ساله در شهر خرم‌آباد بود که امکان تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دیگر مناطق جغرافیایی را دشوار می‌سازد. با وجود محدودیت‌های موجود، مزیت عمده‌ی مطالعه حاضر، عرصه شیوه درمانی از محدوده‌ی بیمارستانی به اجتماع (در میان دانش‌آموزان مدارس) کشیده شد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخله آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی هر دو جنس دختر و پسر و سایر مقاطع سنی و به صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی انجام دهند که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود. چراکه این درمان می‌تواند علاوه بر پیشگیری، ارتقای سلامت روانی را مقدور سازد. به دلیل محدود بودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه و همچنین به دلیل این‌که اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و در میان دختران بیشتر از پسران رخ می‌دهد و از طرف دیگر، همبودی آن‌ها پیامدهای روانی و مشکلات رفتاری زیادی به دنبال دارد، برای درک بهتر زمان بروز و تداوم این اختلالات در نوجوانان ایرانی، بررسی حاضر ضروری به نظر می‌رسد، از این‌رو با توجه به این‌که درصد بالایی از جمعیت کشورمان را نوجوانان تشکیل داده‌اند، بررسی مسائل و مشکلات آنان ضروری است و کارهای پژوهشی بیشتری را می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به ویژه مسئولین محترم دانشگاه، مدیریت محترم آموزش و پرورش، مدارس شهر خرم‌آباد و تمامی دانش‌آموزانی عزیزی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد که بر اساس شماره ۴۷۲۰ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۴/۲۱ در دانشگاه لرستان تصویب شده است.

منابع

- پناهنده و انسغلی، خدیجه (۱۳۹۰)؛ بررسی کارآمدی آموزش حضور ذهن مبتنی بر شناخت درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب امتحان و بهبود باورهای فراشناختی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- حسنوندعموزاده، مهدی؛ روشن چسلی، رسول و حسنوندعموزاده، مسعود (۱۳۹۲)؛ رابطه باورهای فراشناختی با علائم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک) در جمعیت غیر بالینی. مجله علمی-پژوهشی، پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، ۷۰-۵۵.
- دلاور، علی (۱۳۸۶)؛ روش‌های آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.
- شریفی، وناداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری‌آشتیانی، رزیتا؛ حکیم‌شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی‌رودسری، محسن (۱۳۸۳)؛ پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای SCDI بر اساس DSMIV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۲۲-۸.
- هاشمی، زهره؛ محمودعلیلو، مجید و هاشمی‌نصرت‌آباد، تورج (۱۳۸۹)؛ اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی، مجله روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره ۳ (پیاپی ۷)، ۹۷-۸۵.
- Albert, U.; Rosso, G.; Maina, G. and Bogetto, F. (2008); *Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes*. J of Affe Diso; 105: 297-303.
- Amir, N.; Beard, C.; Taylor, C. H. T.; Klumpp, H.; Elias, J.; Burns, M. and Chen, X. (2009); *Attention Training in Individuals with generalized Social Phobia: A Randomized Controlled Trial*. J Con Clini Psycho; 77(5): 961-973.
- Avenevoli, S.; Swendsen, J. P.; Burstein, M. and Merikangas, K. R. (2015); *Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: prevalence, correlates and treatment*. J Amer Acade Chil Adole Psychi. 54(1): 37-44.
- Bohlmeijer, E.; Prenger, R.; Taal, E. and Cuijpers, P. (2010); *The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with chronic medical disease: A meta-analysis*. J Psychosom Res; 17: 539-544
- Corcoran, K. M. and Segal, Z. V. (2008); *Meta-cognition in depressive and anxiety disorder: current directions*. Inter, J of Cogn ther; 1(1): 33-44.
- Eisendrath, S.; Chartier, M. and Mclane, M. (2012); *Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression [electronic version]*. Cogn And BehaviPractice; 18: 362-370.
- Fawzy, T. I.; Hecker, J. E. and Clark, J. (2006); *The relationship between cognitive avoidance and attentional bias for snake-related thoughts*. J Anxi diso; 20: 1103-1117.
- Hamilton, K.; Wershler, J. L.; Macrodimitris, S. D.; Ching, L. E. and Mothersill, K. J. (2012); *Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy intervention across diverse populations*; J Cog And Beha Pra; 1-11.

- Harvey, A.; Watkins, E.; Mansell, W. and Shafian, R. (2004); *Cognitive behavioural processes across psychological disorder: A trans diagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hofmann, S. G.; Sawyer, A. T.; Witt, A. and Oh, D. (2010); *The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review*. J of ConsAnd Clini Psycho; 78: 169-183.
- Junkin, S. E. (2007); *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women*[Dissertation]. Saskatoon, Canada; University Of Saskatchewan, 42-46.
- Kashdan, T. B. and Roberts, J. E. (2011); *Comorbid social anxiety disorder inclients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment*. Behav Rese And Thera; 49: 875-844.
- Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Tin, R.; Merikangas, K. R. and Walters, E. E. (2005); *Life time prevalence and age of onset distributions of DSM- IV disorder in the national comorbidity survey replication*. Achie of Gen psycho; 62: 593-602.
- Khoury, B.; Lecomte, T.; Fortin, G.; Mass, M.; Therien, P.; Bouchard, V. and Hofmann, S. G. (2013); *Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis*. Clini Psycho Revi; 33: 763-771.
- Kingsbury, M. (2014); *Social anxiety and interpretation bias in computer medlated contexts*. Faculty of Graduate and Postdoctoral Affairs.
- Kingsbury, M. and Coplan R. (2015); *Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages*. Computer in Hum Behav; 54: 368-379.
- Mace, C. (2008); *Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science*. American New York, Routledge Press; 35-36.
- McEvoy, P. M. and Perini, S. J. (2009). *Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial*. J of Anxi Disor; 23: 519-528.
- McAleavey, A. A.; Castonguay, L.G. and Goldfried, M. R. (2014); *Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia*, J Beha Thera; 45(1): 21-35.
- Mineka, S.; Watson, D. and Clark, L. A. (1998); *Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorder*. Annul Psycho; 49: 377-412.
- Miers, A. C.; Blote, A. W.; Bogels, S. M. and Westenberg, P. M. (2008); *Interpretation bias and social anxiety in adolescents*. J of Anxi Disor. 22: 1462-1471.
- Ost, L. G. (2008); *Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis*. Behav Reseand Thera, 46: 296-321.
- Puklek, M. and Videc, M. (2008); *Psychometric properties of the social anxiety scale for adolescents (SAS-A) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in slovene adolescents*. J Stud psycho; 50(1): 49-65.
- Ranta, K.; Kaltiala-Heino, R.; Pelkonen, M. and Murtunen, M. (2009); *Associations between Peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity*, J of adoles; 32: 77-93.
- Rapee, R. M. and Spence, S. H. (2004); *The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model*. Clini Psycho Revi 24, 737-767.

- Schoevers, R. A.; Deeg, D. J. H.; Van Tilburg, W. and Beekman, A. T. F. (2005); *Depression and general anxiety disorder. Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients*. American J of Geria Psychi; 13: 9-31.
- Spada, M. M.; Nikcevic, A. V.; Moneta, G. B. and Wells, A. (2008); *Meta-cognition perceived Stress, And negative emotion*. Percei and Indiv Differ; 44(5): 81-172.
- Stein, M.; Fuetsch, M.; Muller, N.; Hofler, M.; Lieb, R. and Ulrich Wittchen, H. (2001); *Social anxiety disorder and the risk of depression*, Arch Gen Psychi; 58: 251-256.
- Teasdale, J. D.; Segal, Z. V.; Williams, J. M.; Ridgeway, V. A.; Soulsby, J. M. and Lau, M. A. (2000); *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. J Consult Clin Psycho; 68(4): 615-623.
- Teubert, D. and Pinquart, M. (2011); *A meta-analytic review on the presentation of symptom of anxiety in children adolescents*. J of anxi disor; 25: 579-590.
- Vaananen, J. M.; Frojd, S.; Ranta, K.; Marttunen, M.; Helmine, M. and Kaltiala-Heino, R. (2011); *Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescenc*. J of affec diso. 133: 97-104.
- Vaananen, J. M.; Isomaa, R.; Kaltiala-Heino, R.; Frojd, S.; Helmine, M. and Marttunen, M. (2014); *Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence prospective population cohort study*, BMC psychology, 14-79.
- Wells, A. (2009); *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Voncken, M. J. and Bogels, S. M. (2008); *Social performances deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during a speech*. J of Anxi Disor. 22: 1384-1392.

The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Recovery meta-cognitive beliefs in Suffering Disorder Comorbidity Social Anxiety and Depression

Ghadampour, E. ^۱, Gholamrezaei, S. ^۲, Radmehr, P. ^{*۳}

Abstract

Introduction: The aim of this study is the examination effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Recovery meta-cognitive beliefs in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression.

Methods: The study method of sub-experimental design pretest-posttest and follow-up design with control group. The study population consisted of all secondary school girls students in the first and second period suffering disorder comorbidity social anxiety and depression are Khorramabad. That in order to implement a screening test was conducted the first 437 participating the age range 14 to 17 years, social anxiety and depression questionnaires completed, Among the 30 Person with high suffering disorder social anxiety and depression (one standard deviation above the average for the group) was selected, The 30 Person selected simple randomly divided into 2 groups of 15 experimental and control. The experimental group received 8 sessions of 2 hours, week a meeting as a group training were mindfulness-based cognitive. Ultimately, the collected data were analyzed applying spss-19 software via ANCOVA method.

Results: The findings of the present study demonstrated a significant positive impact of Mindfulness-based cognitive therapy on reduction of level meta-cognitive beliefs ($P < 0/001$). Gain was maintained at follow-up.

Conclusion: According to the results, recommended mindfulness-based training to Recovery meta-cognitive beliefs in suffering with disorder comorbidity social anxiety and depression.

Keywords: "Meta-Cognitive Beliefs", "Social Anxiety", "Depression"

1 .Assistant professor, psychology Department, Lorestan University.

2 .Assistant professor, psychology Department, Lorestan University.

3 .Master of Science student, general psychology, Lorestan university (Corresponding Author)

