

## اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال منطقه ۵

روجاخانی زاده<sup>۱</sup>، مهدی شاه نظری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناس بالینی دانشگاه آزاداسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران.  
<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاداسلامی واحد کرج.

نام نویسنده مسئول:

مهدی شاه نظری

### چکیده

متخصصان علوم رفتاری بر این باورند، احساس تنهایی به عنوان یک عامل سبب شناختی در سلامت عمومی و بهزیستی روان شناختی پیامدهای آنی و دراز مدت جدی بر زندگی افراد دارد (گوسینز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). [هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال شهرستان تهران منطقه ۵ می باشد. مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیب متفکرانه ای از درمان شناختی- رفتاری بک و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات- زین است که توسط سگال و همکاران ابداع گردید (سگال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).] این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی بوده و نمونه آماری آن، شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. روش نمونه گیری افراد پژوهش بصورت روش نمونه گیری دردسترس بود. پس از انتخاب نمونه های نهایی، گروه آزمایش، مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۹۹۲) دریافت نمودند و ابزار سنجش جهت مقیاس احساس تنهایی، از آشروهمکاران (۱۹۸۴) تهیه شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نتایج نشان داد مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی منجر به کاهش احساس تنهایی و افزایش بهزیستی روان شناختی گردیده است. پیشنهاد می شود تحقیقاتی در این رابطه در شهرهای دیگر و با نمونه های مختلف آماری صورت گیرد تا امکان تعمیم دهی بیشتر نتایج فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می شود که اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی سایر افراد جامعه مانند بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس، اختلال افسردگی و ... نیز به کار برده شود و نتایج درمانی آنها با یکدیگر مورد مقایسه قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** احساس تنهایی، بهزیستی روان شناختی، مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.

<sup>۱</sup>-Goossens

<sup>۲</sup>- Segal

## مقدمه

[نوجوانی دوره‌ای مهم از رشد انسان‌هاست که در طول این دوره نوجوانان با عوامل متعددی مواجه می‌شوند. احساس تنهایی یکی از جنبه‌های زندگی روزانه نوجوانان است که می‌تواند موجب مشکلات جسمی و روان‌شناختی گردد. بر اثر پیشرفت روز افزون جوامع و کم رنگ شدن روابط انسانی و همچنین تغییر ماهیت این روابط، یکی از پدیده‌هایی که توجه محققان را در این حوزه به خود جلب کرده احساس تنهایی است. احساس تنهایی پدیده‌ای فراگیر و شایع در دنیای مدرن محسوب می‌شود که به طور فزاینده‌ای برای میلیون‌ها نفر از افراد به خصوص نوجوانان مشکل ساز است (لی راکس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).] تجربه تنهایی، مسئله‌ای جهانی است که همه انسان‌ها کم و بیش آن را تجربه کرده و با زندگی آنها همراه شده است. افراد مختلف در همه فرهنگ‌ها، نژادها، طبقات اجتماعی، سنین و زمان‌ها تنهایی را تجربه می‌کنند. با این حال در ادبیات روان‌شناختی به این مسئله توجه زیادی نشده است (برگونو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). [درمانگران تأکید دارند، احساس تنهایی به عنوان زمینه ساز بسیاری از نابهنجاری‌ها، چنانچه به موقع درمان نشود و به طور طولانی مدت در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، منجر به بسیاری از اختلالات روانی می‌شود (اجمال<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).] 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 (استوکلی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰)؛ [به عبارت دیگر، احساس تنهایی، تجربه‌ای ناخوشایند مانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس یا دیگران نمود می‌یابد (الهاگین<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).] بنابراین احساس تنهایی هنگام برخی از تغییرات سریع و ناگهانی امری عادی و رایج است و به ناسازگاری تعبیر نمی‌گردد، اما هنگامی که به طور مزمن، مانع موفقیت در تکالیف و کارکردهای طبیعی می‌شود، می‌تواند پیامدهای عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی زیان‌باری را به دنبال آورد (بلک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).] در این صورت، احساس تنهایی، تهدیدی برای سلامت روان و کارکردهای روانی-اجتماعی فرد به شمار می‌آید (هنریچ و گالون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶).] [دان<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۷) عقیده دارند که احساس تنهایی یکی از مشکلات شایع دوران نوجوانی است که می‌تواند روابط اجتماعی فرد را نامتعادل سازد و او را درگیر مشکلات عاطفی و روانی-اجتماعی نماید. در این میان عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در دوره نوجوانی، ارتباط با خانواده، معلمان، محیط‌های مدرسه و اجتماعی جایگاه مهمی دارند (آرسلان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰).] [تاکنون بیشتر محققان به عواملی مانند افسردگی و اضطراب توجه کرده و عنایت کمتری به احساس تنهایی در این افراد جامعه داشته‌اند، لذا توجه به این متغیر به خصوص در نوجوانان به سبب ارتباط آن با سلامت روانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (لهمان و جارویس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰).] در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه درمان شناختی-رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۳</sup> اشاره نمود (پاپاچرجیو و ولز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۴).] [درمانگران با رویکردهای نظری مختلف از روش‌های متفاوتی برای کنترل و درمان احساس تنهایی افراد در جمعیت‌های مختلف استفاده می‌کنند. یکی از روش‌های کارآمد در این گستره، روش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۵</sup> 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 (دادونا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹).] ذهن آگاهی به هوشیاری لحظه به لحظه، هوشیاری نسبت به واقعیت فعلی و درباره آنچه عملاً فرد انجام می‌دهد، مربوط می‌شود (هارینگتون و پیکلس<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۹).] [به دیگر سخن، ذهن آگاهی به عنوان یک فرآیند 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<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)؛ اما ذهن آگاهی

3- Le Roux

4- Berguno

5- Ajmal

6- Stoeckli

7- Elhageen

8- Black

9- Heinrich &amp; Gullone

10- Dunn

11- Arslan

12- Lohman &amp; Jarvice

13- Mindfulness-Based Cognitive Therapies (MBCT)

14- Papageorgio &amp; Wells

15- Mindfulness-based

16- Diodona

17- Harrington &amp; Pickles

18- Ramel

به عنوان یک روش درمانی توسط کابات- زین در سال ۱۹۷۹ با هدف کاهش استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن به کار گرفته شد. در طی دو دهه اخیر رشد سریعی در درمان های روان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۹</sup> انجام شده است که می توان به مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ترکیب متفکرانه ای از درمان شناختی- رفتاری بک و روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات- زین است که توسط سگال و همکاران ابداع گردید (سگال<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).<sup>[۱]</sup> مفروضه های اساسی این روش درمانی عبارتند از: ۱- مشاهده و توجه به تجربه فردی درونی، ۲- توصیف و برجسب نزدن تجربه فردی، ۳- توانایی مداخله آگاهانه در فعالیت ها، بدون انحراف توجه، ۴- بی طرفی و عدم قضاوت درباره تجربه و ۵- عدم واکنش در مقابل تجربه فردی (کاسچیویند<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).<sup>[۲]</sup> در مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 می شود. در این روش افراد بودن در زمان حال را حس می کنند و به آنها اجازه داده می شود، جنبه های رفتاری، هیجانی و شناختی خود را در مقام بی طرفی و قضاوت تجربه کنند (کهویوری<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).<sup>[۳]</sup> این روش درمانی برنامه استاندارد شده ای است که در آن افراد تجارب فردی را مورد قضاوت قرار نمی دهند، از برجسب زدن های منفی یا مثبت اجتناب می ورزند و تمام تجارب فعلی خود را بدون قضاوت ارزشی و سوگیری توجه، مورد پذیرش قرار می دهند (دادونا، ۲۰۰۹).<sup>[۴]</sup> [ویلیمز<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی بر روی گروهی از دانشجویان نشان داد، مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کنترل برخی از نشانگان افسردگی مانند غمگینی، گوشه گیری، کمروبی، احساس تنهایی و همچنین اضطراب، درد و پریشانی های روان شناختی روش سودمندی است. همچنین تیلور<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۲)، به نقل از کهویوری و همکاران، (۲۰۱۳) در گروهی از نوجوانانی که از نشانگان افسردگی رنج می بردند، مبرهن نمود، از آنجا که این روش درمانی موجب قطع چرخه های پردازش معیوب و منفی تفکر می شود و یک نگرش منعطف نسبت به رویدادهای زندگی را فراهم می سازد، در کنترل و کاهش نشانگان افسردگی مانند کمروبی، گوشه گیری، احساس تنهایی و پریشان خوابی نقش مؤثر و سازنده ای دارد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده توجه به اینکه دوران نوجوانی بخصوص در دختران می تواند در زندگی آنان، بسیار سرنوشت ساز باشد، مسائل این دوران چه از نظر فردی و چه به لحاظ اجتماعی از اهمیت بسیاری برخوردار بوده و هر گونه بی توجهی نسبت به آن می تواند منجر به از دست رفتن بهترین دوران زندگی افراد و در نهایت آسیب های اخلاقی و رفتاری شود و این در حالی است که، دامنه وسیعی از جمعیت کشور ما را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند.]

### روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می باشد. در این پژوهش، از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده می شود. جامعه آماری این پژوهش را دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال منطقه ۵ شهر تهران تشکیل داد. نمونه آماری این پژوهش، شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. روش نمونه گیری افراد پژوهش بصورت روش نمونه گیری دردسترس بود. به منظور انتخاب نمونه موردنظر، ابتدا به ۲۳۵ نفر از دانش آموزان دختر پرسشنامه احساس تنهایی داده شد. پس از بررسی پرسشنامه، ۳۰ نفر از افرادی که نسبت به میانگین پرسشنامه از احساس تنهایی بیشتری رنج می بردند انتخاب و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. متغیر مورد بررسی در این پژوهش متغیر احساس تنهایی بود که در دختران نوجوان مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه های نهایی پژوهش و توجیه اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، گروه آزمایش مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۹۹۲) دریافت نمودند و گروه کنترل، آموزشی در این زمینه دریافت نکردند. گروه ها قبل و بعد از درمان با استفاده از پرسشنامه های موردنظر ارزیابی شدند. محتوای جلسات آموزشی به تفکیک در جدول (۱) آمده است.

### فرضیه پژوهش

مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۷ سال تأثیر دارد.

19- Mindfulness-based Cognitive Therapy

20- Segal

21- Geschwind

22- Kuyken

23- Williams

24- Taylor

**ابزار پژوهش**

**مقیاس احساس تنهایی:** مقیاس احساس تنهایی آش و همکاران (۱۹۸۴) برای سنجش احساس تنهایی دوره کودکی و نوجوانی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه مشتمل بر ۱۶ گویه اصلی و ۸ گویه نامربوط که از علائق و سرگرمی های آزمودنی می پرسد و در نمره گذاری نهایی از محاسبات حذف می شود، تشکیل شده است. مقیاس احساس تنهایی براساس رتبه بندی لیکرت (از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم) نمره گذاری می شود و به هر عبارت بین ۱ تا ۵ نمره داده می شود. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۳ بوده و با استفاده از روش اسپیرمن- براون برابر ۰/۹۱ و همچنین استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن ۰/۹۱ بود. ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و نیز همسانی درونی آن با توجه به همبستگی ۰/۶۶ بین دو نیمه آزمون و با استفاده از روش تنصیف در سطح قابل قبولی می باشد (معدنی پور و همکاران، ۱۳۹۰).

**روش اجرای پژوهش**

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش آموزش های مورد نظر را در ۸ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. محتوای جلسات آموزشی به تفکیک در جدول شماره (۱) آمده است.

**جدول (۱) خلاصه جلسات آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاه**

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی اعضاء، توضیح در مورد هدف و اهمیت جلسات، مفهوم ذهن آگاهی، اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات و آگاهی از ذهن آگاهی بر روی عضلات، دادن تکالیف خانگی.
جلسه سوم	بررسی تکالیف خانگی، آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته همراه با توجه در زمان حال، دادن تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف خانگی، آموزش 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.
جلسه 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.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانگی، تغییر خلق و افکار از طریق افکار به عنوان فقط فکر و نه به عنوان 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.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف خانگی، هشیار شدن به نشانه های احساس تنهایی و تنظیم برنامه ای برای روبرو شدن احتمالی با نشانه های احساس تنهایی و بهزیستی روان شناختی، دادن تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف خانگی، استفاده از فنون حضور در زمان حال برای افزایش بهزیستی روان شناختی و کنترل احساس تنهایی و تعمیم آن به موقعیت های واقعی زندگی، اجرای پس آزمون.

**داده های توصیفی**

داده های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول شماره (۲) شاخص های جمعیت شناختی مربوط به افراد مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل (n=۳۰)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	مجموع
نهم	۴	۵	۹
پایه تحصیلی	۶	۵	۱۱
یازدهم	۵	۵	۱۰

کل	۱۵	۱۵	۳۰
عمومی	۴	۵	۹
انسانی	۴	۴	۸
تجربی	۴	۴	۸
ریاضی	۳	۲	۵
کل	۱۵	۱۵	۳۰
۱۵سال	۴	۵	۹
۱۶سال	۶	۵	۱۱
۱۷سال	۵	۵	۱۰
کل	۱۵	۱۵	۳۰

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می شود، آزمودنی های این پژوهش شامل ۳۰ دختر نوجوان بود که ۱۵ نفر از این افراد در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. میزان تحصیلات نهم، دهم و یازدهم در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۴، ۶ و ۵ نفر و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۵ و ۵ نفر گزارش شد. شمار افراد در رشته های تحصیلی عمومی، علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی به ترتیب در افراد گروه آزمایش ۴، ۴ و ۳ نفر، و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۴ و ۲ نفر بود. همچنین قابل ذکر است شمار افراد در گروه های سنی ۱۵، ۱۶ و ۱۷ سال در افراد گروه آزمایش به ترتیب ۴، ۶ و ۵ نفر، و در افراد گروه کنترل به ترتیب ۵، ۵ و ۵ نفر بود که موارد ذکر شده، به صورت گروه های مجزا در جدول ۴-۱ بیان شده است. علاوه بر این، میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه آزمایش ۱۶/۰۶ (۰/۷۹) و میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه کنترل ۱۶/۰۰ (۰/۸۴) بود. در ادامه در جدول (۳) یافته های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات دختران نوجوان در مراحل قبل و بعد درمان برای متغیر احساس تنهایی، به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمره احساس تنهایی دختران نوجوان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون (n=۳۰)

شاخص	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۴۸/۴۶	۷/۱۸	۳۹/۷۳	۵/۴۱
گروه کنترل	۴۹/۵۳	۵/۰۲	۵۰/۷۳	۵/۹۳

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین (و انحراف استاندارد) احساس تنهایی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۴۸/۴۶ (۷/۱۸) و میانگین افراد گروه کنترل در این مرحله ۴۹/۵۳ (۵/۰۲) بود که نشان می دهد میانگین های دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی ندارد؛ اما میانگین (و انحراف استاندارد) احساس تنهایی در افراد گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ۳۹/۷۳ (۵/۴۱) و میانگین (و انحراف استاندارد) افراد گروه کنترل ۵۰/۷۳ (۵/۹۳) بود که نشان می دهد افراد گروه آزمایش که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرده اند میانگین نمرات احساس تنهایی آنها پایین تر از میانگین نمرات گروه کنترل است. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در ابتدا قبل از تحلیل کوواریانس، در رابطه با پیش فرض های لازم برای استفاده از مدل آماری تحلیل کوواریانس، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون، مبنی بر تساوی واریانس گروه ها تأیید شد ( $P < 0/135$ ). تأیید پیش فرض تساوی واریانس ها بدین معنی است که واریانس یا پراکندگی نمره های احساس تنهایی گروه های آزمایشی و کنترل در جامعه مساوی است. نتایج آزمون لوین در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس گروه‌ها در متغیر احساس تنهایی

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲/۳۶۴	۱	۲۸	۰/۱۳۵

نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در میزان احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	ضریب F	سطح معناداری	میزان تفاوت	توان آزمون
احساس تنهایی	۷۴۸/۱۴	۱	۷۴۸/۱۴	۱۲۹/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۸	۰/۹۹
گروه	۷۶۰/۶۰	۱	۷۶۰/۶۰	۱۳۱/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۰	۰/۹۹
خطا	۱۵۵/۷۱	۲۷	۵/۷۶				
کل	۶۳۱۹۳/۰۰	۳۰					

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نمرات پیش آزمون و پس آزمون احساس تنهایی در بین دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ( $p < ۰/۰۱$ ) وجود دارد. میزان تفاوت بین دو گروه ۰/۸۲ است، یعنی ۸۲ درصد از واریانس نمره‌ها، با عضویت گروهی مرتبط است. توان آماری برابر با ۰/۹۹ است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنی‌دار ۹۹ درصد است. این نتیجه نشان می‌دهد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان در گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است، بنابراین فرضیه پژوهش حاضر تأیید گردید.

## بحث و نتیجه گیری

محققان بر این باورند، احساس تنهایی توجه غیرعادی و اضطراب آلود به خویشتن است که در موقعیت های مختلف اجتماعی تجلی می یابد. به طوری که از یک سو فعالیت های فردی افراد را فلج می کند و از سوی دیگر فعالیت های اجتماعی افراد را مختل و موجب بروز رفتارهای خام، نسنجیده و واکنش های نامتناسب اجتماعی می شود. درمانگران حوزه های مختلف از روش های متفاوتی برای کنترل و کاهش احساس تنهایی سود می برند که یکی از این روش ها، مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. لذا در این پژوهش سعی شده تصویر تقریباً روشنی از اثربخشی مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی نوجوانان دختر گردد که در ذیل به بحث و تبیین نتایج این پژوهش می پردازیم.

فرضیه این پژوهش مبنی بر اینکه مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان مؤثر است، در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. به دیگر سخن، نتایج نشان پژوهش تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی دختران نوجوان تأثیر داشته و منجر به کاهش معنادار احساس تنهایی در این افراد شده است. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش های محققاتی چون ویلیامز<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۲)، تیلور<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۲) به نقل از کهپوری<sup>۲۷</sup> و همکاران، (۲۰۱۳)، فردریکسون<sup>۲۸</sup> (۲۰۱۲)، رابین و جانکین<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۴)، کینگستون و کنی<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۴)، ملیانی (۱۳۹۲) و ترخان (۱۳۹۵) هماهنگ و همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که درمانگران در مورد تأثیرگذاری مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی افراد مبتلا بر این باورند، احساس تنهایی محصول شناخت غلط فرد از خود و دیگران، خودکم بینی افراطی نسبت به توانمندی ها، عدم آگاهی از مهارت های اجتماعی و باورهای نادرست از مسخره شدن و طرد شدن از سوی دیگران است که منجر به سازش نیاافتگی های اجتماعی افراد در محیط های مختلف می گردد. بی گمان با شناخت توانمندی های خود و آگاهی نسبت به باورها و افکار غیرمنطقی، می توان به مطلوب ترین سطح سازش یافتگی اجتماعی و مؤثرترین شکل ارتباط با دیگران دست یافت؛ لذا این دسته از درمانگران معتقدند جلسات درمانی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای این دسته از افراد فرصت مناسبی جهت رهایی از شناخت ها و باورهای نادرست است، چرا اینکه در مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشاهده و نظارت افکار، احساسات و حس های بدنی به عنوان رویدادهای گذار و نه به عنوان افکار واقعی تأکید می شود. این مهم باعث می گردد افراد بیش از آنکه درصدد تغییر افکار خودانتقادی 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 شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 پذیرایی 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 افزایش می دهد. این امر به نوبه خود باعث کنترل افکار منفی در روابط بین فردی و افزایش سازش یافتگی اجتماعی افراد در مناسبات اجتماعی آنها می شود (ترخان، ۱۳۹۵). رابین و جانکین (۲۰۱۴) در تحقیقات خود اشاره داشته است، افرادی که از عزت نفس پایین و احساس تنهایی 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 روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی می شود. مداخلات شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در اینگونه افراد، از آنجا که 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 تهدید کننده زندگی دارد. در این راستا فردریکسون (۲۰۱۲) بر این باور است از آنجا که افراد تنها و کمرو توجه بیمارگونه ای به محیط اطراف خود دارند، مداخلات شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی، نقش مؤثری در سازگاری اجتماعی آنها دارد، چرا که در مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل توجه در جهت روشن نمودن و شفاف بودن حس های بدنی مانند ضربان قلب، تنفس و میزان حرارت بدن از آموزش های اصلی درمانگر است. این آموزش کنترل توجه باعث می شود افراد ذهن خود را از هرگونه قضاوت هایی که منجر به احساس تنهایی می شود، پاک نمایند و عمیقاً به زمان حال

25- Williams

26- Taylor

27- Khoury

28- Fredrickson

29- Robin & Junkin

30- Kingstone & Kenny

توجه کنند و آن را به فعالیت روزمره خود تعمیم دهند که این مسأله نه تنها منجر به این می شود که افراد افکار انعطاف پذیر و واقع بینانه ای در مناسبات اجتماعی خود داشته باشند، بلکه احساس تنهایی آنها در شبکه ارتباطی کاهش می یابد. در همگرایی با واریسی های فوق سگال<sup>۳۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) و تیلور (۲۰۱۲) به نقل از کهویوری و همکاران، (۲۰۱۳) بر این باورند از آنجا که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب درک لحظه به لحظه رویدادها و اجازه ثبت آنها با هوشیاری کامل بدون تأثیر انتظارات، علائق و سوگیری های شناختی و بودن در زمان حال می شود، در کنترل بسیاری از نشانگان افسردگی نقش مؤثری ایفا می کند. به دیگر سخن این محققان معتقدند مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی فرآیند پردازش اطلاعات سوگیر را خنثی می کند و این توانایی را به افراد می دهد بجای رویکرد قضاوتی، محدود و اغلب منفی، برداشت روشن و شفافی از آنچه عملاً در حال حاضر درک می شوند، داشته باشند. چنین توانایی، این امکان را به افراد می دهد که قبل از واکنش به نگرانی و افکارهای غیر منطقی مربوط به روابط اجتماعی مانند اجتناب از موقعیت های تهدید کننده، رفتارهای سالم تر و منطقی تر داشته باشند. این حالت در شرایط مختلف، باعث افزایش اعتماد به نفس، خودباوری و در نهایت کاهش غمگینی، احساس تنهایی، کمرویی و گوشه گیری افراد ارتباطات اجتماعی می شود. به طور کلی این پژوهش در همگرایی با تحقیقات مشابه بیانگر این واقعیت است که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک روش درمانی برای تقویت آگاهی در افکار، ادراک ها، هیجان ها و الگوهای رفتاری و همچنین نقش بسیار مهمی در کاهش حساسیت، زودرنجی، برانگیختگی هیجانی و افزایش خودپذیری، انعطاف پذیری و واقع گرایی افراد تنها و کمرو در مناسبات اجتماعی دارد.

## منابع و مراجع

- [۱] ترخان، مرتضی (۱۳۹۵). تأثیر مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمروبی دانشجویان. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*. ۵ (۲): ۹۲-۱۰۴.
- [۲] معدنی پور، کبری؛ رنجبر، فرخ حق؛ کاکاوند، علیرضا؛ ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۹۰). رابطه سبک دلبستگی با خوش بینی و احساس تنهایی در دانش آموزان ۹-۱۲ شهر کرج. *فصلنامه سلامت و روان شناسی*. ۱۱(۱): ۹۳-۱۱۰.
- [۳] ملیانی، مهدیه؛ اللهیاری، عباسعلی؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ طاولی، آزاده (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر نشانه های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. *مجله علوم رفتاری*. ۷ (۲): ۱۵۹-۱۶۶.
- [4] 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.
- [5] Arslan, C. Hamarta, E. Ure, O & Ozyesil, Z. (2010). An investigation of loneliness and perfectionism in university students. *Journal of social and behavioral sciences*, 2, 814-818.
- [6] Black, K. (2009). Exploring adolescent loneliness and companion animal attachment. *Doctoral Dissertation, University of New Mexico*.
- [7] Berguno, G. Leroux. P. M cainish, k shik, s (2004) Experience of loneliness at school and its relation to bullying and quality of teacher intervention. *The qualitative report*. 9(3) L: 336-40
- [8] Diodona, F. (2009). *Hand book of mindfulness*. New York: Willy Press:36-65.
- [9] Dunn, J. C., Dunn, J. G. H., & Bayduza, A. (2007). Perceived athletic competence, sociometric status, and loneliness in elementary school children. *Journal of Sport Behavior*, 30, 246-269.
- [10] 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 Egyptian schools.
- [11] Fredrickson, M, J. (2012). "Positive emotions & emotional well-being and mindfulness". *Psychological Science*. 17: 177-185.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] Harrington, N. & Pickles, C. (2009). "Mindfulness and cognitive behavioral therapy: Are they compatible concepts". *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23: 315-323.
- [15] Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26, 695-718.
- [16] Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness: The heart of rehabilitation*. In Leskowitz, E. (Ed.), *Complementary and alternative medicine in rehabilitation* (pp. xi-xv). Saint Louis: Churchill Livingstone.
- [17] Khoury, B.; Lecomte, T.; Fortin, G.; Mass, M.; Therin, P.; Bouchard, V. & Hofmann, S. G. (2013). "Mindfulness based therapy: A comprehensive metaanalysis". *Clinical Psychology Review*: 33: 763-771.
- [18] 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.
- [19] Le Roux, A. (2008). *The relationship Between Adolescents Attitudes Toward Their Fathers and Loneliness: A Cross-Cultural Study*. Department of Psychology, University of the Free State (18), 219-226.

- [20] Lohman, B. J. & Jarvice, D. A. (2000). Adolescent stressors, coping strategies and psychological health studied in the family context. *Journal of youth and adolescence*. Vol 29. No. 10. 15-43.
- [21] Papageorgio, C. and Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. Chichester. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] Segal, Z, V. Williams, J, M, G. & Teasdale, J, D.(2002). *Mindfulnessbased cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- [25] Stoeckli, G.(2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, 103: 28-39.
- [26] William, R, M.(2012). Mindfulnessbased stress reduction, mindfulnessbased cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*. 15(4): 232-250.