

اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی روانشناختی و استرس

ادراک‌شده در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری

* محمد اورکی^۱، آزیتا اسدپور^۲

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۱/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۱)

Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Training on Psychological Well-Being and Perceived Stress in Women with Gastroesophageal Reflux Disease

*Mohammad Oraki¹, Azita Asadpour²

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

2. M.A. of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: Apr. 02, 2020 - Accepted: Feb. 09, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common diseases of the gastrointestinal tract, which is associated with reduced psychological well-being and increased stress. The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on psychological well-being and perceived stress in women with gastroesophageal reflux disease. **Method:** This research is semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up (two-month). The statistical population includes all women with gastroesophageal reflux disease who have referred to Tehran's medical sciences hospitals. The sample consisted of 30 women selected by targeted sampling method and then divided into two groups of experiments and controls. In eight sessions, the experimental group was trained for two hours on stress-based mindfulness training. The tools used in this study included Ryff scale of psychological well-being (RSPWB-SF) and a perceived stress Scale (PSS). Participants answered the questionnaires in three times (pre-test, post-test, follow-up) and the information obtained was analyzed using SPSS software. **Findings:** The results show that mindfulness training based on stress reduction had a significant effect on increasing psychological well-being and reducing perceived stress. **Conclusion:** The effectiveness of mindfulness training based on stress reduction as an intervention method can be used to increase psychological well-being and reduce perceived stress in women with gastroesophageal reflux disease.

Keywords: Mindfulness-Based Stress Reduction, Psychological Well-Being, Perceived Stress.

چکیده

مقدمه: ریفلاکس معده به مری از شایع‌ترین بیماری‌های دستگاه گوارش می‌باشد که با کاهش بهزیستی روانشناختی و افزایش استرس همراه است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری است. **روش:** این پژوهش، نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه) است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به ریفلاکس معده می‌باشد که به بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تهران مراجعه نموده‌اند. نمونه شامل ۳۰ زن که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی در هشت جلسه به مدت دو ساعت تحت آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند. ابزارهای به‌کاررفته در این پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (RSPWB-SF) و مقیاس استرس ادراک‌شده (PSS) بود. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) پاسخ داده و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار اسپس تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از آن است که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش استرس ادراک‌شده تأثیر معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به‌عنوان یک روش مداخله‌ای می‌تواند جهت افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری بکار رود.

واژگان کلیدی: ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک‌شده.

* نویسنده مسئول: محمد اورکی

*Corresponding Author: Mohammad Oraki

Email: orakisalamat@gmail.com

مقدمه

مطالعات نشان داده است که چندین فاکتور خطر با GERD ارتباط دارد از آن جمله عادات غذایی، استعمال دخانیات، چاقی و استرس می‌باشد. (مارتینوچی^۵، ۲۰۱۸)

در مطالعه (دلآوری و همکاران، ۲۰۱۵) بروز سالانه GERD برای مردان و زنان به ترتیب ۱۷/۷۲ و ۲۸/۰۶ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر بود. اما در مطالعات دیگر شیوع ریفلاکس در مردان بیش از زنان مشاهده شد. (پورحسینقلی و همکاران، ۲۰۱۵) دلیل تفاوت شیوع در مردان نسبت به زنان ممکن است سابقه مصرف سیگار و الکل باشد که یک عامل خطر مهم در ارتباط با ریفلاکس است. (رشادت^۶ و همکاران، ۱۳۹۶) شدت بیماری ریفلاکس معده به مری با شاخص شدت سوزش معده که منجر به ناتوانی فرد در هنگام درد شده و علائم آن که روزانه و یا در طول هفته به کرات خود را نشان دهد مشخص می‌شود. از آنجاکه جنس و جنسیت در تشخیص نشانه‌های ریفلاکس نقش دارد نتایج نشان داده که علائم ریفلاکس معده به مری، در زنان بیش از مردان منجر به سوزش سر دل، رگورژیتاسیون (حرکت بدون زحمت محتویات معده به داخل مری یا حلق)، خلط و علائم اضطراب است. (کیم و همکاران^۷، ۲۰۱۶) اگرچه بیماری ریفلاکس معده به مری را می‌توان ناشی از اختلالات محل اتصال معده به مری دانست، ولی عوامل روانشناختی نیز

بیماری مزمن بیماری طولانی‌مدتی است که تغییرات جسمی در بدن ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌کند، گاهی اوقات صعب‌العلاج بوده و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار و در برخی موارد لاعلاج است. درمان قطعی و مشخصی برای بیماری‌های مزمن وجود ندارد. از شایع‌ترین بیمارهای دستگاه گوارش که در زمره بیماری‌های مزمن قرار دارد ریفلاکس معده به مری^۱ (برگشت اسید از معده به مری) می‌باشد. (مک‌دونالد^۲ و همکاران، ۲۰۱۹) این بیماری نقصی در سد طبیعی ضد ریفلاکس است که سبب حرکت معکوس محتویات به مری است که ایجاد علائم بالینی و یا آسیب مخاطی را به دنبال دارد. (ریچتر، روبینشتاین^۳، ۲۰۱۸) افتراق بین ریفلاکس طبیعی یا فیزیولوژیک با بیماری ریفلاکس معده نامشخص است زیرا بعضی از درجات ریفلاکس، فیزیولوژیک است. ریفلاکس فیزیولوژیک معمولاً پس از صرف غذا رخ داده، کوتاه‌مدت و بدون علامت است و به ندرت در زمان خواب اتفاق می‌افتد؛ اما ریفلاکس پاتولوژیک با علائم یا آسیب مخاطی همراه بوده و اغلب شامل اپیزودهای شبانه است. در واقع در این بیماری دقایقی بعد از صرف غذا، بخصوص غذاهای پر ادویه، چرب و آبکی، محتویات معده به دهان برگشت می‌کند و باعث احساس سوزش در پشت جناغ سینه می‌شود که معمولاً دقایقی به طول می‌انجامد. (کان، اورنشتاین^۴، ۲۰۱۸)

5. Martinucci
6. Reshadat
7. Kim

1. gastroesophageal reflux disease
2. McDonald
3. Richter, Rubenstein
4. Khan, Orenstein

دارای اهمیت هستند. عامل‌های موقعیتی تأثیرگذار، زمینه موقعیت را فراهم می‌آورند و عامل‌های فردی، عنصرهایی است که فرد نسبت به موقعیت نشان می‌دهد. چگونگی ادراک این عامل‌های محیطی و فردی، ارزیابی موقعیت را که استرس‌زا با غیر استرس‌زا باشد، فراهم می‌کند. (اسلادک^۵ و همکاران، ۲۰۱۶) کارشناسان معتقدند که استرس ادراک‌شده احساسات منفی است که افراد آن را تهدیدآمیز ارزیابی می‌کنند و در یک موقعیت خاص قادر به کنار آمدن با آن نیستند. (پوتوین، ریمیدیا و سایمز^۶، ۲۰۱۶) داده‌های فعلی حاکی از آن است که استرس حاد ریفلاکس را تشدید می‌کند، این علائم با افزایش پاسخ‌های ادراکی به محرک موجب افزایش اسید داخل مری می‌شود بدون آنکه میزان اسید ریفلاکس را افزایش دهد، این فرایند احتمالاً توسط یک واسطه موجب افزایش نفوذپذیری مخاط مری می‌شود. (ساندها، فاس^۷، ۲۰۱۸) به همراه استرس و تشدید ریفلاکس کیفیت زندگی بیماران نیز کاهش می‌یابد و با عوارض جدی مانند تنگی مری و آدنوکارسینوم مری^۸ همراه می‌شود. (دین^۹ و همکاران، ۲۰۰۳) عامل مؤثر در کیفیت زندگی تمامی افراد من جمله مبتلایان به ریفلاکس بهزیستی روانشناختی می‌باشد که به‌عنوان یک روش خوب برای زندگی و ترکیبی از احساس خوب و عملکرد مؤثر است. (تنور یرلیسو^{۱۰}،

می‌توانند نقش مهمی را در گسترش، سیر بالینی و درمان بیماری ایفا کنند. (اوری چوفسکه^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) یکی از عوامل مهم روانشناختی که تأثیر مهمی بر ریفلاکس دارد، استرس می‌باشد. محرک جسمی - روانی که می‌تواند حالت سازگاری فرد را بر هم بزند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به دنبال داشته باشد. (کومار^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) این فشار ممکن است بر وضعیت جسمی و روحی افراد تأثیر منفی بگذارد. (فاوریتو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) افزایش فشارها می‌تواند با تأثیرات مخرب بر عملکرد، سلامتی و خلق‌وخوی افراد همراه باشند. (صادقی و همکاران، ۲۰۱۹) ماندگاری طولانی‌مدت این فشارها می‌تواند شخص را تحت تأثیر قرار دهد که به دنبال آن موجب ازکارافتادگی جسمی، روانی و رفتاری فرد می‌شود. (کیم^۴ و همکاران، ۲۰۱۸) استرس ادراک‌شده به‌عنوان "درجه‌ای که شرایط در زندگی یک فرد به‌عنوان استرس‌زا ارزیابی می‌شود" و اطلاعات مفیدی را فراتر از معیارهای عینی قرار گرفتن در معرض حوادث استرس‌زا فراهم می‌کند (این توصیف، تفسیر فرد از عوامل استرس‌زا و توانایی پیش‌بینی‌شده او برای مقابله با چنین چالش‌هایی می‌باشد). (عطاری، خلعتبری، کلهرنیا گلکار، ۱۳۹۹) حالتی که منعکس‌کننده ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی است. عامل‌های فردی و محیطی هر دو در ادراک عامل‌های استرس‌زا

5. Sladek

6. Putwain, Remedios, Symes

7. Sandhu, Fass

8. Esophageal adenocarcinoma

9. Dean

10. Tennur Yerlisu

1. Orzechowska

2. Kumar,

3. Favoretto

4. Kim

افراد تأثیر منفی بگذارد. (فتری، کاستل، فندریک^۴، ۱۹۹۶). از آنجا که عوامل فیزیکی به‌تنهایی برای این بیماری کافی نیست، (گروش چنسکی^۵، ۲۰۰۸) در بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری هدف اصلی تسکین مؤثر نشانه‌ها است، (دنت^۶، ۱۹۹۲) که پیچیده‌تر از فقط بهبود فیزیولوژی آسپ‌شناختی^۷ این اختلال می‌باشد. (کامولز^۸ و همکاران، ۲۰۰۳) به‌عنوان مثال، اگرچه داروهای بازدارنده پمپ پروتون^۹ قوی‌ترین مهارکننده‌های اسید هستند و بر درمان التهاب مری و برطرف کردن نشانه‌های آن تأثیر بسزایی دارند، (یانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۳) اما ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به سوزش سر دل^{۱۱} به این داروها پاسخ نمی‌دهند، (ریبنشتاین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷) که این امر می‌تواند حاصل همبودی^{۱۳} پریشانی روانشناختی بیماری ریفلاکس معده به مری باشد. به همین علت جهت درمان موفق این بیماری، نیازمند آن هستیم که افراد مبتلا مورد ارزیابی روانشناختی قرار گیرند و مداخله احتمالی در این زمینه انجام شود. (نوج کاو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸) یکی از درمان‌های موج سوم، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد که برای وضعیت‌های پزشکی خاص در بیماران با دردهای مزمن و

در سال‌های اخیر "احساس کلی بهزیستی" تعادل بین هیجان و عواطف مثبت و منفی در چالش‌های روزمره زندگی (با یا بدون بیماری‌های جسمانی) تعریف شده است. (علی پور، اورکی و همکاران، ۱۳۹۳) بهزیستی روانشناختی جزء روانشناختی کیفیت زندگی که به‌عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌های رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است (سولاکارمونا^۱ و همکاران، ۲۰۱۳)، به‌عنوان ترکیبی از یک "احساس خوب بودن" و "عملکرد خوب داشتن" می‌باشد، توصیف هیجانات مثبت مانند شادی، رضایت، توسعه توانایی‌های بالقوه، داشتن برخی کنترل‌ها بر زندگی شخصی، هدف داشتن و تجربه روابط مثبت با دیگران می‌باشد. شرایط پایداری که به فرد و جامعه امکان شکوفایی می‌دهد. (ریجری^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) سازمان بهداشت جهانی سلامت را به‌عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار بودن تعریف کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱) که در آن فرد توانایی‌های خود را درک می‌کند، می‌تواند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیاید، به‌طور متمر کار کند و به جامعه کمک کند. تأثیر گسترده و عمیق این اختلال بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ریفلاکس مشخص است و ترکیب نشانه‌ها، محدودیت رژیم غذایی و محدودیت‌های عملکردی می‌تواند در احساس کلی بهزیستی^۳ این

4. Fennerty, Castell, Fendrick
5. Gruszczynski
6. Dent
7. Pathophysiology
8. Kamolz
9. Proton pump inhibitors (PPIs)
10. Wang
11. Heartburn
12. Rubenstein
13. Comorbidity
14. Nojkov

1. Sola-Carmona
2. Ruggeri
3. Well-being

استرس‌های وابسته تدوین شده است. هر فرد می‌تواند به هنگام استرس به روشی نادرست به آن واکنش نشان دهد که این احساسات و رفتارها به‌عنوان واکنش خودکار به استرس شناخته می‌شود، اما ذهن‌آگاهی می‌تواند به فرد کمک کند که هنگام استرس با پاسخی درست و آگاهانه به آن واکنش نشان دهد. (کابات زین^۱، ۲۰۱۳)

ذهن‌آگاهی روش خاصی از توجه است که به‌وسیله کابات - زین، به‌عنوان آگاهی که از توجه به خواست و هدف و توجه غیر قضاوتی در گشودگی به تجربه در لحظه حال، نشأت می‌گیرد توصیف می‌شود. (شاپیرو^۲ و همکاران، ۲۰۰۶)

مفهوم ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که اگرچه هیجانات منفی در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد اما، بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند (شعبانی، خلعتبری، ۱۳۹۸).

ذهن‌آگاهی پنج مهارت را توصیف می‌کند که شامل ۱) عدم پاسخگویی به تجارب درونی؛ ۲) توجه به افکار و احساسات؛ ۳) عمل با آگاهی؛ ۴) برچسب‌گذاری تجارب درونی با کلمات؛ و ۵) قضاوت نکردن. ذهن‌آگاهی به‌طور خاص از طریق تکنیک‌های مراقبه با تمرکز حسی آموزش داده می‌شود. (سهرابی، درتاج، ۲۰۲۰) پذیرش این مسئله فرد را قادر می‌سازد به‌جای واکنش‌های غیرارادی به هیجانات و رویدادهای برانگیزنده آگاهانه واکنش نشان دهند و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کنند. (سگال^۳،

۲۰۱۰) این رویکرد توجه بیمار را به سرخ‌ها، پاسخ‌ها و خویشتن‌داری در زمان حال جلب می‌کند و وی را قادر می‌سازد تا به نشانه‌های بیماری به شیوه انعطاف‌پذیری پاسخ دهد. (پورمحسنی، اسلامی، ۱۳۹۵) برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ به‌عنوان یک فرایند ایجاد حالات شناختی، ذهنی و عاطفی انعطاف‌پذیر شناخته‌شده که می‌تواند به کاهش باورهای خود تحریف‌کننده کمک کند. (تریستن^۵ و همکاران، ۲۰۱۷) ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به افراد آموزش می‌دهد به مشاهده الگوهای عاطفی و شناختی بپردازند و به پذیرش دست یافتن به چشم‌انداز بدون قضاوت تشویق می‌کند. (دال^۶ و همکاران، ۲۰۱۵) شواهد پژوهشی مؤید تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود و تنظیم هیجان در زنان افسرده، (نادری، حسنی، تقی زاده، رمضان زاده، ۱۳۹۳) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (گودنایت^۷، ۲۰۱۶) و دانش‌آموزان دختر دبیرستانی، (شهیدی، اکبری، زرگر^۸، ۲۰۱۷) بوده است. این درمان برای وضعیت‌های ویژه‌ای مانند بیماران مبتلا به سرطان، بیماران قلبی، رماتیسم، افراد با اختلالات گوارش، مشکلات بلع، خوردن و هضم به‌کار برده می‌شود. (بیر و اسمیت و هوپکینز^۹، ۲۰۰۶) با مروری بر پژوهش‌ها می‌توان گفت، تاکنون

4. Mindfulness-Based Stress reduction

5. Thurston

6. Dahl

7. Goodnight

8. Shahidi, Akbari, Zargar

9. Baer, Smith, Hopkins

1. Kabat-Zinn

2. Shapiro

3. segal

شود و در صورت احراز شرایط آزمودنی‌ها انتخاب شوند) و معیارهای خروج از پژوهش عبارت‌اند از: بالاتر یا پایین‌تر از محدوده سنی اعلام‌شده، ابتلا به بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده دیگر مانند سرطان، آلزایمر و پارکینسون و قبلاً تحت درمان‌های روانشناختی قرار نگرفته باشد. پیش از انجام مداخله پرسشنامه‌های فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۱ و مقیاس استرس ادراک‌شده^۲ در بین تمامی شرکت‌کنندگان در طرح پژوهشی (به‌عنوان پیش‌آزمون) توزیع شد. شرکت‌کنندگان به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه به مدت ۲ ساعت تحت آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. خلاصه جلسات آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است. پس از پایان جلسات آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه (آزمایش، کنترل) اجرا شد، پیگیری دوماهه با ارائه مجدد پرسشنامه‌ها به هر دو گروه و جمع‌آوری تمامی داده‌ها و اطلاعات انجام شد. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس^۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری نپرداخته است نتیجه چنین مطالعه‌ای می‌تواند به‌عنوان مقدمه‌ای برای بررسی‌های بیشتر و ارائه خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی به زنان مبتلا به ریفلاکس معده به مری بکار گرفته شود؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه پیگیری، با گروه کنترل است. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به درمانگاه گوارش بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) شهر تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: تشخیص ابتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری توسط پزشک متخصص، محدوده سنی (۲۰-۵۵) سال، زن بودن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانشناختی مانند افسردگی - دوقطبی - اسکیزوفرنی. (در بررسی این معیار ورودی ابتدا پرونده پزشکی بیماران مطالعه شد، پس از آن با پزشک فوق تخصص گوارش و استاد راهنما مشاوره‌ای صورت گرفت که از طریق مصاحبه سؤالاتی در خصوص ملاک‌های اصلی تشخیص اختلالات فوق از بیماران پرسیده

1. Ryff Scale of Psychological Well-Being (RSPWB-SF)
2. Perceived stress scale(PSS)
3. SPSS

جدول ۱. خلاصه پروتکل جلسات آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

جلسه	محتوای جلسات
اول	هدایت خودکار مرحله اول: سفر جذاب و بیان اهداف و انتظارات شرکت در جلسات- توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خودکار تمرین ۱: خوردن آگاهانه (کشمش)؛ تمرین ۲: آموزش و اجرا تکنیک وارسی بدن (اسکن بودن) (تکالیف خانگی: تجربه کردن حداقل یک وعده غذایی آگاهانه).
دوم	رفع موانع راه‌هایی برای رفع موانع در تمرین (بی‌قراری و کسالت)-تمرین ۳: تنفس آگاهانه (دم و بازدم)؛ تمرین ۴: توجه آگاهانه به فعالیت‌های روزمره (شستن ظروف، مسواک زدن). تکالیف خانگی: انتخاب یک فعالیت روزانه به سبک ذهن‌آگاهی- تمرین وارسی بدن با صدای ضبط‌شده - روزی سه بار تنفس آگاهانه را در موقعیت‌های مختلف (هر هفته این تمرین به‌عنوان تکالیف خانگی تکرار می‌شود).
سوم	ذهن‌آگاهی در حرکت تمرین ۵: تمرینات کششی ایستاده؛ تمرین ۶: پیاده‌روی آگاهانه. تکالیف خانگی: تمرینات کششی ایستاده در روزهای زوج و پیاده‌روی آگاهانه با صدای ضبط‌شده در محل زندگی خود. در روزهای فرد وارسی بدن.
چهارم	ماندن در لحظه تمرین ۷: نشستن آگاهانه؛ تمرین ۸: گوش دادن عمیق به دیگران. توضیحاتی در رابطه با قضاوت و دلایل قضاوت منفی ذهن. تکالیف خانگی: روزی سه بار تنفس آگاهانه و نشستن آگاهانه روزهای زوج.
پنجم	پذیرش و اجازه دادن توضیحاتی در رابطه با مفهوم پذیرش و استفاده از آن در هنگام مواجهه با مشکلات و تجارب ناخوشایند تمرین ۹: مدیتیشن دریاچه و ارتباط آن با، تمرین ۱۰: پذیرش درد یا هر موضوع آزاردهنده و شرایطی که دوست نداریم. آشنایی با مفهوم استرس. تکالیف خانگی: نشستن آگاهانه - وارسی بدن یک روز در میان - تجربه استرس آگاهانه
ششم	افکار واقعی نیستند آشنایی با افسردگی و اضطراب و نشانه‌های نحوه برخورد با افکار اضطرابی (اتاق پر از آب) تمرین ۱۱: آگاهی از افکار؛ تمرین ۱۲: آگاهی از هیجانات. تکالیف خانگی: پیاده‌روی آگاهانه روزهای زوج - تمرینات کششی ایستاده روزهای فرد
هفتم	مراقبت از خود تمرین ۱۳: روز سکوت (فرهیختگی و بهوشیاری)؛ تمرین ۱۴: آموزش و تمرینات مراقبه عشق ورزیدن. تکالیف خانگی: در این هفته چند تمرین را باهم ترکیب کرده در ۲ نوبت انجام دهید. توجه آگاهانه به کارهای تکراری روزمره.
هشتم	جمع‌بندی تمرین ۱۵: انجام تمرین وارسی بدن با شناسایی افکار چسبنده در زندگی روزمره؛ تمرین ۱۶: هیچ‌کاری نکردن - رها کردن (آتش‌نشان و رها کردن شیلنگ و چرخیدن در فضا)-پیشگیری از عود بیماری (صحبت از نشانه‌های عود و ذکر نکات مهم در این باره). کشف توانایی‌های بالقوه در خود. یادآوری: هرچقدر می‌توانید تمرین کنید.

روانشناختی برابر ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ بوده است.

ب) پرسشنامه استرس ادراک‌شده: این مقیاس توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. دارای ۳ نسخه ۱۴، ۱۰ و ۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس ادراک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه و کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطر را در اختلالات رفتاری بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. در این مطالعه از نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده شد. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای (هرگز، خیلی کم، تا حدی، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد) است. این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ می‌گیرند. کمترین نمره از این پرسشنامه صفر و بیشترین ۵۶ است. سؤالات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. یعنی هرگز نمره چهار و خیلی زیاد نمره صفر می‌گیرد. این مقیاس دو خرده مقیاس را می‌سنجد، خرده مقیاس ادراک منفی از استرس و خرده مقیاس ادراک مثبت از استرس است. در ادراک مثبت از استرس هر چه نمره بالاتر باشد بیمار از شرایط روانی بهتری برخوردار است. در ادراک منفی از استرس هر چه نمره پایین‌تر باشد، بیمار احتمالاً شرایط بهتری خواهد داشت. در مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ضریب همسانی درونی بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق

الف) فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است که عبارت‌اند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. این آزمون نوعی ابزاری خود سنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است. در ایران، (خانجانی، شهیدی^۱ و همکاران، ۱۳۹۳) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳، ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. (خانجانی، شهیدی و همکاران، ۱۳۹۳) با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند که تمامی عامل‌های این پرسشنامه از برازش خوبی برخوردار می‌باشند. در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. برای خرده مقیاس‌های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود و مقیاس کلی بهزیستی

افراد سیگاری بدست آمده است. (حسن‌زاده، ترخان، تقی‌زاده، ۱۳۹۲).

ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از

یافته‌ها

آزمایش به ترتیب ۱۳/۳، ۷۳/۳، ۱۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۱۳/۳، ۶۶/۷، ۲۰ درصد است. میزان اشتغال در گروه آزمایش ۲۶/۷ خانه‌دار، ۲۳/۳ درصد شاغل و در گروه کنترل ۲۰ درصد خانه‌دار و ۳۰ درصد شاغل بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش (بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک‌شده) در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش میانگین گروه سنی گروه آزمایش ۳۹/۳۳، گروه کنترل ۴۱/۹۳ سال است. سطح تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، فوق‌دیپلم و لیسانس و فوق‌لیسانس و بالاتر در گروه آزمایش به ترتیب ۴۰، ۴۶/۷، ۱۳/۳ درصد و در گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۳، ۴۶/۷، ۲۰ درصد است. وضعیت تأهل مجرد، متأهل و مطلقه / بیوه در گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
بهزیستی	۷۵/۳۶	۷۷/۹۳	۷۶/۶۳	۷۰/۴۰
روانشناختی	۵/۵۸۶	۸/۶۸۵	۸/۴۸۷	۵/۱۶۵
استرس	۴۲/۱۳	۴۰/۵۶	۴۱/۵۳	۴۲/۸۶
ادراک‌شده	۲/۹۵۶	۳/۶۱۶	۳/۸۹۹	۲/۵۰۳

ویلک)، همسانی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی خطوط رگرسیون. نتایج آزمون شاپیرو ویلک (تعداد نمونه کمتر از ۳۰ نفر) نشان داد که نمرات در دو گروه داری توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$). آزمون لوین نیز در بررسی برابری واریانس‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌ها وجود ندارد ($P > 0/05$). شیب

در گروه آزمایش افزایش بهزیستی روانشناختی در دو مرحله (پس‌آزمون و پیگیری) و استرس ادراک‌شده کاهش در دو مرحله (پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مستلزم رعایت برخی از مفروضه‌های اساسی است که عبارت‌اند از، مفروضه‌های توزیع نرمال (شاپیرو

رگرسیون (داده‌های متغیرها باید خطی بودن را نشان دهند) در متغیرهای وابسته نشان داد که خطوط رگرسیون موازی هستند. پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که داده‌ها از مفروضه همگنی ماتریس - کوواریانس تخطی نمی‌کنند (واریانس نمرات پس‌آزمون تحت تأثیر پیش‌آزمون نبوده است) ($P > 0.05$). بنابراین استفاده از هر دو آزمون کوواریانس تک متغیره و چند متغیره بلامانع است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه بهزیستی روانشناختی (پس‌آزمون-پیگیری) در دو گروه

آزمایش و کنترل						
منبع واریانس	SS	df	MS	F	P	مجذور اتای تفکیکی
پیش‌آزمون	۵۹۴/۷۵۹	۱	۵۹۴/۷۵۹	۳۲/۸۲۳	۰/۰۰۰	۰/۴۵۹
گروه	۴۸۱/۸۷۴	۱	۴۸۱/۸۷۴	۲۶/۵۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۹۶
خطا	۴۸۹/۲۴۱	۲۷	۱۸/۱۲۰			
کل	۱۸۴۶۸۴	۳۰				
کل تصحیح‌شده	۲۱۶۴	۲۹				
پیش‌آزمون	۳۰۸/۴۰۶	۱	۳۰۸/۴۰۶	۱۳/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
گروه	۶۵۴/۸۰۷	۱	۶۵۴/۸۰۷	۲۸/۷۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶
خطا	۶۱۴/۹۲۷	۲۷	۲۲/۷۷۵			
کل	۱۷۸۲۶۹	۳۰				
کل تصحیح‌شده	۲۰۸۸/۹۶۷	۲۹				

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه استرس ادراک‌شده (پس‌آزمون-پیگیری) در دو

گروه آزمایش و کنترل

گروه آزمایش و کنترل						
منبع واریانس	SS	df	MS	F	P	مجذور اتای تفکیکی
پیش‌آزمون	۱۵۶/۲۶۸	۱	۱۵۶/۲۶۸	۲۷/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۰۱
گروه	۱۱۲/۷۶۹	۱	۱۱۲/۷۶۹	۱۹/۵۶۸	۰/۰۰۰	۰/۴۲۰
خطا	۱۵۵/۵۹۹	۲۷	۵/۷۶۳			
کل	۴۹۷۴۹	۳۰				
کل تصحیح‌شده	۳۷۹/۳۶۷	۲۹				
پیش‌آزمون	۱۳۶	۱	۱۳۶	۲۳/۶۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۷
گروه	۲۰۶/۶۷۷	۱	۲۰۶/۶۷۷	۳۵/۹۲۵	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱
خطا	۱۵۵/۳۳۳	۲۷	۵/۷۵۳			
کل	۴۹۹۷۳	۳۰				
کل تصحیح‌شده	۴۴۰/۹۶۷	۲۹				

سامی، ۱۳۹۵)؛ (کریستینی^۲ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ (عبدی، خیرجو، جاویدی فر، جباری، ۲۰۱۷)؛ (لانگر^۳ و همکاران، ۲۰۱۷) هم سو می باشد. نتایج جدول ۴ نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش استرس ادراک شده در زنان گروه آزمایش مؤثر است، این یافته با نتایج پژوهش های (صناعی، موسوی، مرادی، پرهون، صناعی، ۱۳۹۶)، (رضوی زاده تبادکان و همکاران، ۱۳۹۷)؛ (قادری، غلامرضایی، رضایی، ۱۳۹۵)، (تقی لو، مکوند حسینی، صداقت، ۱۳۹۶) هماهنگ می باشد. در تبیین این یافته ها و بنا به اهمیت موضوع به لحاظ بنیادی و کاربردی، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بررسی می کند که افراد مبتلا به ریفلاکس معده به مری به دلیل ذهن آگاهی پایینی که دارند قادر به درک وضعیت موجود نیستند. به همه آنچه در درون خود و محیط اطراف می گذرد هوشیار و آگاه نیستند، به یک جنبه تجربه شخصی و محیطی توجه می کنند و سایر جنبه ها برایشان احساس خطر بوجود می آورد، بنابراین دچار اضطراب و استرس می شوند. به تبع آن با احساس بی علافگی به خود و دیگران زندگی می کنند و تسلطی بر خود و محیط اطراف ندارند، این موارد بهزیستی روانشناختی فرد را به مخاطره می اندازد.

مطالعات نشان می دهد اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به GERD و درد قفسه سینه شیوع دارد. (شاپیرو و همکاران، ۲۰۱۲) به همین علت نیاز است با درمانی اثربخش و گام به گام بیمار را به

نتایج جدول ۳ در بالا نشان می دهد تفاوت میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می دهد که این نمرات به طور معنی داری افزایش پیدا یافته است. (مرحله پس آزمون $(F=26/59)$ ، مرحله پیگیری $(F=28/75)$)؛ بنابراین می توان گفت که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی روانشناختی تأثیر مثبت و معنی داری داشته است.

نتایج جدول ۴ در صفحه بعد نشان می دهد میانگین نمرات استرس ادراک شده در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشان می دهد که این نمرات به طور معنی داری کاهش یافته است. (مرحله پس آزمون $(F=19/56)$ ، مرحله پیگیری $(F=35/92)$)؛ بنابراین می توان گفت که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده تأثیر مثبت و معنی داری داشته است.

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده در زنان مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری انجام شد نتایج جدول ۳ نشان داد که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در افزایش بهزیستی روانشناختی در زنان گروه آزمایش مؤثر بوده است، این یافته با نتایج پژوهش های (جان یوسک^۱، ۲۰۱۵)؛ (اورکی،

2. Crescentini
3. Langer

1. Janusek

لحظه به لحظه و ارائه بینش‌های مستقیم در نقش ذهن در ایجاد دلشوره‌های بی‌مورد انجام می‌دهد. (سگال، ۲۰۱۰) ذهن آگاهی موجب ایجاد تجربه‌های روشن و واضح می‌شود، تجربه زندگی کردن در لحظه را به افراد می‌آموزد و در نتیجه می‌تواند، نشانه‌های روانی منفی را کاهش و بهزیستی روانشناختی را افزایش دهد. انجام تمرینات با رشد ابعاد مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌باشد، به تبع آن بهزیستی روانشناختی افزایش و استرس و نشانه‌های روانشناختی کاهش می‌یابد. (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶) در تمرین‌های ذهن آگاهی که بر فرایندهای زمان حال فرد تمرکز می‌کنند و هم‌زمان از تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی و کاهش تنش استفاده می‌شود، استرس بیماران به تدریج کاسته می‌شود. اجرای گروهی ذهن آگاهی، عامل مؤثری در کاهش استرس بیماران محسوب می‌شود. (یانگ، کاپولا، بایمی^۲، ۲۰۰۹) افراد در گروه با مشاهده تجارب بیمارانی که از ریفلاکس معده به مری رنج می‌برند متوجه شده که این بیماری افرادی را با گروه‌های سنی مختلف و درجه بندهای متنوع درگیر کرده است. تجارب بدست آمده از تمرین‌های ذهن آگاهی در طول جلسات آموزش می‌تواند در طولانی‌مدت تغییراتی در زندگی فرد و ارتباط با اطرافیان داشته باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، جهت افزایش بهزیستی

سمت‌وسوی رضایت از زندگی و افزایش بهزیستی روانشناختی رهنمون کنیم. از آنجاکه ابعاد روانشناختی چون استرس و اضطراب پدیده‌ای برخاسته از علاقه به پیش‌بینی آینده و تلاش برای پایدار نگه‌داشتن رخداد‌های خوب و جلوگیری از هرگونه رخداد استرس‌زا در روند زندگی است، برخی افراد مبتلا به بیماری ریفلاکس آینده‌چندان خوبی را برای خود نمایان نمی‌سازند و سیر پیش‌رونده بیماری هر روز نگرانی‌ها برای آینده را افزایش می‌دهد. تاب‌آوری و قدرت تحمل بیماران با ادامه دادن تمرینات ذهن آگاهی در طولانی‌مدت افزایش یافته و در آینده با قطع یا دوز پایین دارو شخص مبتلا به ریفلاکس می‌تواند با تداوم تمرینات، مشکلات کمتری با بیماری ریفلاکس معده خود داشته باشد. ذهن آگاهی بر تجارب فعلی نظارتی مستمر همراه با پذیرش دارد که این نظارت با توجه و آگاهی می‌باشد و به‌عنوان تجربیات ادراکی و حسی (احساسات خاص بدن، صداها، محیطی، تصاویر ذهنی و گفتگوها) تعریف می‌شود. (لندی، کرسول^۱، ۲۰۱۹) با آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی به بیمار آموزش داده می‌شود که تنها به زمان اکنون بیندیشد و با فکر نکردن به اینکه دو دقیقه دیگر چه رخ خواهد داد، میزان استرس و اضطراب و سایر ابعاد روانشناختی منفی را در زندگی خویش به‌گونه‌ای معنادار کاهش دهد. ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی که می‌تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و زندگی را معنادار کند. ذهن آگاهی این کار را با هماهنگ شدن با تجربه

2. Young, Cappola, Baime

1. Lindsay, Creswell

شناختی به‌ویژه روش مداخله کنترل استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مبتلایان به این بیماری در کلینیک‌های تخصصی صورت گیرد.

سپاسگزاری

در پایان مراتب سپاسگزاری خود را از سرکار خانم دکتر مخترع به جهت مساعدت و همکاری در این پژوهش صمیمانه ابراز می‌نمایم.

روانشناختی و کاهش استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری بکار رود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل ویژگی‌هایی نظیر شدت و مدت‌زمان ابتلا به بیماری، استفاده نکردن از مردان در پژوهش و عدم هم‌تاسازی افراد نمونه اشاره کرد. در حال حاضر بسیاری از روان‌شناسان بالینی از ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک ابزار غیر دارویی بسیار کارآمد برای کاهش استرس و اضطراب استفاده می‌کنند. با عنایت به افزایش شیوع ریفلاکس معده به مری در ایران و با توجه به ارتباط وضعیت‌های روانشناختی مانند میزان استرس و اضطراب در بروز این بیماری به نظر می‌رسد که لازم است در کنار درمان‌های پزشکی مرسوم، مداخلات

منابع

مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به ام‌اس. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۵(۱۵)، ۱۰-۵.

حسن‌زاده لیف شاگرد، م؛ ترخان، م و تقی‌زاده، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک‌شده زنان باردار با سابقه ناباروری. پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۳(۷۰)، ۳۴-۲۷.

خانجانی، م؛ شهیدی، ش؛ فتح‌آبادی، ح؛ مظاهری، م.ع و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۸(۳۲)، ۳۶-۲۷.

اورکی، م و سامی، پ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۰(۴)، ۱۸-۵.

پورمحسنی کلوری، ف و اسلامی، ف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲۰(۵)، ۲۴-۵.

تقی لو، ل؛ مکوند حسینی، ش و صداقت، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی شناخت درمانی

عطاری، م؛ خلعتبری، ج و کلهر نیا گلکار، م. (۱۳۹۹). اثربخشی به خود دستوری باز پردازش (اسموکر) بر احساس تنهایی، نگرانی و استرس ادراک شده بیماران استرس پس از سانحه ناشی از زلزله کرمانشاه. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۵)، ۱۴۷۴-۱۴۶۵.

علی پور، ا؛ اورکی، م؛ جان نثاری لادانی، ف و پورشمس، ا. (۱۳۹۳). مقایسه ابعاد روانشناختی عمومی مبتلایان به بیماری ریفلاکس معده به مری و افراد سالم. *گوارش*، ۱۹(۱)، ۳۱-۲۷.

قادری جاوید، ص؛ غلامرضایی، س و رضایی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن در دانش آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۸۱۰-۸۰۱.

نادری، حسن؛ حسنی، ج؛ تقی زاده، م و رمضان زاده، ف. (۱۳۹۳). کارآمدی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۲۲)، ۶۳-۵۳.

رشادت، ر؛ فتاحی، ن؛ ایری، ر؛ سعیدی، ب؛ عباسپور، ز؛ امامی، ل و همکاران. (۱۳۹۶). بررسی شیوع ریفلاکس معده و ریسک فاکتورهای مؤثر بر آن در شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۳. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۲، ۴۴-۳۶.

رضوی زاده تبادکان، ز؛ جاجرمی، م و وکیلی، ی. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ (پیگیری ۳ ماهه). *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۲۴(۳)، ۳۸۳-۳۷۰.

شعبانی، م و خلعتبری، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری های تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی در سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹)، ۱۵۲-۱۳۴.

صناعی، ه؛ موسوی، ع.م؛ مرادی، ع؛ پرهون، ه و صناعی، س. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود کارآمدی، استرس ادراک شده و جهت گیری به زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴۴)، ۶۶-۵۷.

Abdi, R., Kheyrjoo, E., Javidfar, S., & Jabari, G. (2017). Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal of Modern Rehabilitation*,

10(4): 155-162. doi: 10.18869/nirp.jmr.10.4.155.

Baime M.J. (2009). Mindfulness based stress reduction: Effect on emotional distress in diabetes. *Practical Diabetes International*, 26(6):222-224.

- Bear, R., Smith, G., Hopkins, J., & Krietemeyer, J. (2006). Using self-report assessment Methods to explore factes of mindfulness. *Journal of Assessment*, 13(1):27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.
- Crescentini, C., Matiz, A., Cimenti, M., Pascoli, E., Eleopra, R., & Fabbro, F. (2018). The effect of mindfulness meditation on personality and psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20 (3):101-108.
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9):515-523. doi: 10.1016/j.tics.2015.07.001.
- Dean, B., Crawley, A., Schmitt, M., & et al. (2003). The burden of illness of GERD: impact on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther*, 17(10): 1309-1317. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01588.x
- Delavari, A., Moradi, G., Elahi, E., & Moradi Lakeh, M. (2015). Gastroesophageal Reflux Disease Burden in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2):85-88.
- Dent, J. (1992). Long-term aims of treatment of reflux disease, and the role of non-drug measures. *Digestion*, 51: 30-34. doi: 10.7224/1537-2073.2016-093.
- Favoretto, C. A., Nunes, Y.C., Macedo, G.C., Lopes, J.S., & Quadros, I.M. (2020). Chronic social defeat stress Impact on ethanol-induced stimulation, corticosterone response, and brain monoamine levels. *Journal of Psychopharmacology*, 34(4):412-419. doi: 10.1177/0269881119900983.
- Fennerty, M. B., Castell, D., Fendrick, A.M., Halpern, M., Johnson, D., Kahrilas, P.J., & et al. (1996). The diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in a managed care environment, Suggested disease management guidelines. *Arch Intern Med* 156(5):477-484. doi: 10.1001/archinte.1996.00440050019003.
- Goodnight, J. R. M. (2016). Returning to presence: the effects of mindfulness on emotion regulation following worry among individuals with analogue generalized anxiety disorder. Dissertation, Gorgia State University. http://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/163.

- Gruszczynski, W. (2008). Psychological factors in the course of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 15(4): 213-217. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.06.143>. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.07.045>.
- Janusek, L. W., Tell, D., & Mathews, H. L. (2015). Mindfulness based stress reduction improves psychological well-being and restores immune function in women with breast cancer, from diagnosis through 6-months post-cancer treatment. *Brain, Behavior and Immunity*, 49:e37-e38.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY: Delta.
- Kamolz, T., Pointner, R., & Velanovich, V. (2003). The impact of gastroesophageal reflux disease on quality of life. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, 17(8): 1193-1199.
- Khan, S., & Orenstein, S. R. (2018). Current and Future Developments in Surgery. *Oesophago-gastric Surgery*, 1:189-232.
- Kim, Y. S., Kim, N., & Kim, G. H. (2016). Sex and gender differences in gastroesophageal reflux disease. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 22(4):575-588. doi:10.5056/jnm 16 138.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., & Villar, M. J. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1):233. doi:10.1186/s13063-017-1967-7.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2019). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 28:120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.12.004>.
- Martinucci, I., Natilli, M., Lorenzoni, V., Pappalardo, L., Monreale, A., Turchetti, G., Pedreschi, D., Marchi, S., Barale, R., & Bortoli, N. (2018). Gastroesophageal reflux symptoms among Italian university students: epidemiology and dietary correlates using automatically recorded transactions. *BMC*

- Gastroentero, 116.
- McDonald, J. W., Feagan, B. G., Jalan, R., & Kahrilas, P. J. (2019). Evidencebased gastroenterology and hepatology. Wiley - Blackwell.
- Nojkov, B., Rubenstein, JH., Adlis, SA., Shaw, MJ., Saad, R., Rai, J., & et al. (2008). The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*, 27(6): 473-482. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03596.x>.
- Orzechowska, A., Wysokinski, A., Talarowska, M., Zboralski, K., & Gruszczynski, W. (2008). Psychological factors in the course of gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 15(4): 213-217.
- Pourhoseingholi, A., Pourhoseingholi M., Moghimi-Dehkordi, B., Barzegar, F., Safaee, A., Vahedi, M., & et al. (2012). Epidemiological features of gastro-esophageal reflux disease in Iran based on general population. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 5(1): 54-59. doi: 10.22037/ghfbb.v5i1.228.
- Putwain, D., Remedios, R., & Symes W. (2016). The appraisal of fear appeals as threatening or challenging: Frequency of use, academic self-efficacy and subjective value. *Educational Psychology*, 36(9): 1670-1690. doi: 10.1080/01443410.2014.963028.
- Richter, J. E., & Rubenstein, J. H. (2018). Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 154: 267-276.
- Rubenstein, J. H., Nojkov, B., Korsnes, S., Adlis, S. A., Shaw, M. J., Weinman, B., & et al. (2007). Oesophageal hypersensitivity is associated with features of psychiatric disorders and the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 26(3): 443-452. doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03393.x.
- Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, A., Matz, S., & Felicia, A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* 18, 192.
- Sadeghi, K., Foroughi, A. A., Bazani, M., Amiri, S., & Parvizifard, A. (2019). Effectiveness of Self Help Mindfulness on Depression, Anxiety and Stress. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*

- (IJABS), 5, 4, 10-18.
- Segel, R. D. (2010). *The mindfulness solution*. New York. Guilford.
- Shahidi, S., Akbari, H., & Zargar, F. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on emotion regulation and Shapiro, M., Simantov, R., Yair, M., Leitman, M., Blatt, A., Scapa, E., & Broide, E. (2012). Comparison of central and intraesophageal factors between gastroesophageal reflux disease (GERD) patients and those with GERD-related noncardiac chest pain. *DisEsophagus*, 25(8):702-708. Doi: 10.1111/j.1442-2050.2011.01317.x.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E., & Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *clinical psychology*, 62(3): 373-386. doi:10.1002/jclp.20237.
- Sola-Carmona, J. J., Lopez-Liria, R., Padilla-Góngora, D., Daza, M. T., & Sánchez-Alcoba, M. A. (2013). Anxiety, psychological well-being and self-esteem in Spanish families with blind children. A change in psychological adjustment?. *Research in developmental disabilities*, 34(6):1886-1890. doi:10.1016/j.ridd.2013.03.002.
- Tennur Yerlish, L. (2015). Physical activity levels and psychological well-Being: A case study of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 186:739-743. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.122
- 2 test anxiety in female high school students. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(1):87. doi:10.4103/jehp.jehp_98_16.
- Thurston, M. D., Goldin, P., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2017). Self-views in social anxiety disorder: The impact of CBT versus MBSR. *Journal of Anxiety Disorders*, 47:83-90.
- Wang, Y.K., Hsu, W.H., Wang, S., Lu, C.Y., Kuo, F., Su, Y., & et al. (2013). Current pharmacological management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology Research and Practice*, 2: 1-12. doi:10.1155/2013/983653.