

July-August 2020, Volume 8, Issue 3

The Effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy on Anxiety, Resilience and Life Expectancy of Anxious Women

Behnaz Pishgahi^{1*}, Esmat Danesh², Narges Salimi nia³

1- M.Sc Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran (**Corresponding Author**)

Email: Behnaz.pi@gmail.com

2- Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Received: 27 April 2020

Accepted: 21 July 2020

Abstract

Introduction: Mindfulness is considered as a promoter of self-awareness thinking to improve anxiety and anxiety. Therefore, in order to identify the bio-psychological foundations and treatment of anxiety in women, in this study, the effectiveness of mindfulness-based group therapy on resilience. Life expectancy and anxiety in anxious women were examined.

Methods: This study was a quasi-experimental (pre-test-post-test with a one-month control and follow-up group). The statistical population of the present study consisted of all women who referred to Karaj city counseling centers in 2019 due to anxiety or related problems, of which 30 were selected by available sampling method and randomly in Two experimental groups (15 subjects) and control subjects (15 subjects) were included. During eight 90-minute sessions, the experimental group was subjected to mindfulness-based therapy group 2 days a week, but no intervention was performed on the control group. Both before and after the intervention, and after a month of follow-up, both groups answered Spielberger's state-of-the-art anxiety questionnaires, Connor and Davidson's resilience, and Schneider's hope. To analyze the data, repeated measurement analysis of variance was used using SPSS software version 23.

Results: There was a significant difference between the mean post-test scores of the intervention and control groups, so that mindfulness training reduced anxiety in the control group ($p < 0.01$). The results also showed that mindfulness training increased resilience and life expectancy ($p < 0.01$).

Conclusions: According to the obtained results, the use of group therapies such as mindfulness has positive effects on reducing anxiety and increasing the resilience and life expectancy of anxious women. Therefore, in different stages of treatment or after, it is possible to help reduce anxiety and increase the resilience and hope of anxious women by providing this type of training.

Keywords: Mindfulness, Anxiety, Resilience, Life Hope, Women.

اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تاب آوری و امید به زندگی زنان مضطرب

بهناز پیشگاهی^{۱*}، عصمت دانش^۲، نرگس سلیمی نیا^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: Behnaz.pi@gmail.com

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۸

چکیده

مقدمه: ذهن آگاهی به عنوان یک حالت ارتقا دهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود نگرانی و اضطراب در نظر گرفته می شود. از این رو در جهت شناخت پایه های زیست-روان شناختی و درمان اضطراب در زنان، در این پژوهش کارآیی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری، امید به زندگی و اضطراب در زنان مضطرب مورد بررسی قرار گرفت. **روش کار:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه) بوده است. جامعه ی آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنانی بود که به دلیل اضطراب یا مشکلات مرتبط با آن به مراکز مشاوره شهر کرج در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، ۲ روز در هفته تحت گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت اما بر گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و پس از پیگیری یک ماهه به پرسشنامه های اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر، تاب آوری کونور و دیویدسون و امیدواری اشنایدر پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۳ استفاده شد.

یافته ها: بین میانگین نمره های پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت، بدین ترتیب که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب در گروه مداخله شد ($p < 0/01$). همچنین نتایج نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش تاب آوری و امید به زندگی نیز شده است ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، استفاده از درمان های گروهی همچون ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری و امید به زندگی زنان مضطرب برجای می گذارد. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می توان با ارایه این دسته از آموزش ها به کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری و امیدواری زنان مضطرب کمک کرد.

کلیدواژه ها: ذهن آگاهی، اضطراب، تاب آوری، امید به زندگی، زنان.

مقدمه

حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می گردد ولی اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویش، فکرهای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است و موجب تضعیف عملکرد فرد می شود (۳). مطالعات پژوهش های انجام شده در زمینه شیوع اضطراب نشان داده است که احتمال ابتلا زنان به اضطراب بیش از مردان است (۴،۸،۹). عوامل زیست شناختی، هورمونی، چرخه زندگی و عوامل اجتماعی از عوامل تشدید کننده اختلالات روانی در زنان هستند. به

طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۱). این سازمان اضطراب را در راس اختلالات روانی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان تخمین می زند (۲). بنابراین، در میان اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی احتمالاً شایع ترین اختلال می باشند، اگرچه اضطراب برای بیشتر افراد یک عکس العمل پنهان و گذراست و موجب

عمده ترین مشکلات جامعه بشری است که به عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش یافته به شمار می رود و تعداد بی شماری با آن دست به گریبان هستند (۸). اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس خستگی، بی قراری، احساس تنگی نفس در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده همراه می گردد. مجموع علائمی که هنگام اضطراب وجود دارد در افراد مختلف متفاوت است (۹). اضطراب خفیف، مبهم اما نگران کننده است در حالی که اضطراب شدید می تواند به شدت ناتوان کننده باشد و تاثیر جدی بر زندگی روزانه فرد بگذارد (۱۰). برخی آزمون های اضطرابی، اضطراب را به دو شکل آشکار (حالت) و پنهان (صفت) مجزا کرده اند. اضطراب آشکار، حالت حاد و متغیری از اضطراب می باشد که در موقعیت های مختلف تغییر می کند و یک رویداد مشخص در ایجاد آن دخیل است. اضطراب پنهان، الگوی دائم اضطراب و به عنوان خصوصیت مزاجی فرد می باشد و کمتر احتمال دارد که با یک رویداد محرک خاص مرتبط باشد. در این حالت فرد معمولاً وحشت زده و ترسو بوده و نسبت به محرک ها تحریک پذیر می باشد (۱۱). برخی از اتفاقاتی که به طور روزمره برای افراد رخ می دهد، تاب و توان فرد را کاهش داده یا از بین می برد. اضطراب یکی از عواملی است که باعث کاهش تاب آوری در فرد می شود (۱۲).

در سال های اخیر، رویکردهایی که به جای ناپهنجاری و اختلال، به ظرفیت ها و توانمندی های انسان پرداخته اند، مورد توجه مشاوران و روان شناسان قرار گرفته اند؛ یکی از بنیادی ترین سازه های این رویکردها تاب آوری است (۱۳). تاب آوری روان شناختی به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس زا می شود تعریف می گردد (۱۴). که در آن تعادل حیاتی به کارکرد قبلی خود باز می گردد. همچنین تاب آوری به صورت آشکار، تمایل به اضطراب را کاهش می دهد (۱۵). تاب آوری نوعی توانایی فطری برای رشد است که در انسان به عنوان یک ارگانیزم وجود دارد و در حقیقت، تاب آوری نوعی مکانیزم سازش مثبت را ایجاد می کند که چندین عامل فردی و اجتماعی را تحت عنوان عوامل محافظتی در تقویت فرد و کاهش عوامل خطرآفرین به کار می گیرد (۱۶). البته تاب آوری تنها پایداری در برابر

علاوه برخی زنان علاوه بر انجام وظایف خانه با فعالیت های بیرون خانه و شاغل بودن روبه رو هستند، که مسائل مربوط به خود را به وجود می آورد (۵). همچنین سلامت روانی در زنان موجب شادی و نشاط و بالا رفتن حس اعتماد به نفس در آنان می شود و فقدان آن اضطراب، استرس، دلهره و ناامیدی از زندگی را به همراه خواهد داشت (۶). با در نظر گرفتن اینکه مولفه اضطراب یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است که به عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش یافته به شمار می رود و تعداد بی شماری با آن دست به گریبان هستند (۸) و به علاوه با توجه به اینکه در آسیب شناسی این مولفه بسیاری از سیستم های روانشناختی و زیست فیزیولوژیکی درگیر هستند و انتقادات که به رویکرد های پیشین در ارتباط با درمان اضطراب انجام گرفته است (۹) و همچنین به سبب همبودی های گسترده مولفه اضطراب با بسیاری از اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی، نشخوار فکری، آسیب پس از سانحه، ADHD، سلوک و انواع گسترده دیگری از اختلالات روانشناختی (۱۰)؛ از این رو شناخت درمان هایی که با لحاظ نمودن پایه های زیست شناختی و روانشناختی، به طور معنی داری در کاهش اضطراب و نگرانی موثر باشند، ضروری است. همچنین به سبب دخالت سیستم های روانشناختی و زیست فیزیولوژی در مولفه اضطراب، واکنش های افراد نسبت به برخی اتفاقات که به طور روزمره برای هر فردی اتفاق می افتد، به صورت افراطی و اغراق آمیز بوده و این نیز به تبع ذخایر زیست- روانشناختی افراد در جهت مقابله با تجربیات تلخ را رو به اتمام می رساند؛ لذا در این حالت فرد در هنگام مواجهه با استرسورها معمولاً وحشت زده شده و نسبت به محرک ها تحریک پذیر می شود (۱۱)؛ بنابراین این افراد در مواجهه با کوچکترین استرسور زندگی واکنش های شدید فیزیولوژیکی از جمله سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس خستگی، بی قراری، احساس تنگی نفس در قفسه سینه و ناراحتی مختصر معده و در زمینه های روانشناختی نیز نشخوارهای ذهنی و نگرانی به شدت تاثیر جدی بر زندگی روزانه فرد و سازو کارهای مقابله ای او می گذارد (۱۰). از این رو این نوع از فرایندها و سازوکارهای پویای انطباق و سازگاری در مواجهه با استرسورها و تجربیات تلخ زندگی را می توان تحت عنوان تاب آوری بررسی نمود. اضطراب یک بعد از استرس است که در پاسخ به محرک های داخلی و خارجی رخ می دهد (۷). اضطراب یکی از

بهناز پیشگاهی و همکاران

به نظر می‌رسد که بیشتر اشتغالات فکری افراد مضطرب در مورد وقوع رویدادی تهدیدکننده در آینده مواجه هستند. بنابراین به نظر می‌رسد که بیماران مضطرب توانایی لذت بردن از زمان حال را ندارند و در آینده به سر می‌برند. به منظور کمک به این گونه بیماران می‌توان از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده نمود. ذهن آگاهی از جمله مفاهیم مهمی است که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده و به نظر می‌رسد نقش مهمی در اختلال اضطراب ایفا می‌کند. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌های خاص است: بودن در حال حاضر، هدفمند و خالی از قضاوت. ذهن آگاهی بدان معناست که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به حال معطوف کند (۲۵). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون است، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (۲۶). بررسی پژوهش‌های صورت گرفته در مورد اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نیز این مسئله را مورد تأیید قرار داده‌اند. این گونه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانگان جسمی و روانی اختلالات اضطراب موثر هستند (۲۷).

زنان نیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان پایه سلامت خانواده و جامعه است. سلامت آنان یکی از محورها و شاخص‌های توسعه نیز هست؛ بنابراین شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی و توانایی‌های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد. همچنین، سازمان جهانی بهداشت سلامت زنان را به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها معرفی نموده است. همان گونه که مطرح شد، آنچه از لحاظ روانی انسان را در برابر اضطراب آسیب پذیر می‌کند، درگیری ذهنی با رویدادهای متحمل آینده است. بنابراین ذهن آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد تمرکزمان را در زمان حال نگه داریم. وقتی ما نسبت به زمان حال، آگاه هستیم دیگر توجه ما به آینده درگیر نیست. از سویی دیگر، با توجه به شیوع، همبودی و نقش اضطراب در تداوم اختلالات روانشناختی (۳۶) و به علاوه ارتباط میان تاب آوری و امید به زندگی با شاخص‌های سلامت روانی و جسمی در بین زنان و اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اختلالات افسردگی، نشخوار فکری، افزایش قدرت تحمل در مقابل مشکلات، اضطراب، درد مزمن، استرس پس

آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (۱۷). پژوهش سزودو و همکاران نشان داد که افراد دارای تاب آوری، سطوح بالای انسجام خانوادگی، ارتباطات بهتر و مشکلات کم در عملکرد خانواده را گزارش کردند، اما گروهی که دارای تاب آوری پایین بودند مسائل و مشکلات بیشتری را در ارتباطات خانوادگی گزارش دادند (۱۸). فریبورگ در پژوهش خود با عنوان نقش واسطه‌ای تاب آوری در ارتباط با ترس و اضطراب نشان دادند که تاب آوری با ابعاد مختلف سلامت رابطه مثبت معنی داری دارد به عبارت دیگر افراد تاب آور انعطاف پذیری بیشتری در شرایط آسیب‌زا دارند و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند (۱۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنش‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند، امید به زندگی است. پژوهش‌ها نشان داده است که امیدواری در افراد، به میزان زیادی تحت تأثیر میزان تاب آوری در ایشان است (۲۰). منظور از امید به زندگی، تعداد سال‌هایی است که یک فرد انتظار دارد زندگی کند. امید به زندگی می‌تواند توانایی برای مقابله با مشکل فرد بیمار باشد که در گذراندن مراحل درمان، به ویژه به صورت موفق می‌تواند نقش بسزایی ایفا کند. حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت بخشد (۲۱). بنابراین، امید به زندگی به عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود. امید به معنای توانایی باور داشتن احساس بهتر در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند و یک عامل شفا دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف می‌شود و می‌تواند نقش مهمی در سازگاری با فقدان بیماری داشته باشد (۲۲). افرادی که دچار رخدادهای استرس‌زا شده‌اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که افراد به دنبال پیش‌گویی خودکام بخش هستند، مایلند در جهت پیش‌بینی‌های خود رفتار کنند (۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که امیدواری با کاهش میزان اضطراب همراه می‌باشد (۲۴).

افراد واجد شرایط به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت های ذهن آگاهی کابات زین، استپها، گولد آستین و سنتورلی (۲۹)، به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای، ۲ روز در هفته قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. هر دو گروه در شرایط پیش آزمون و پس آزمون با پرسشنامه های اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر، تاب آوری کونور و دیویدسون و امیدواری اشنایدر، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله ارائه ی توضیحات درباره اهداف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، آزادی آزمودنی ها جهت شرکت در پژوهش و کسب رضایت آگاهانه ی آنها رعایت گردید. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1398.23 مصوبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد. در ادامه، شرح ابزارهای جمع آوری اطلاعات در پژوهش حاضر، آمده است:

پرسشنامه حالت-صفت اضطراب: پرسشنامه استاندارد اضطراب-صفت اسپیلبرگر دارای ۴۰ سوال است که ۲۰ سوال آن اضطراب موقعیتی و ۲۰ سوال اضطراب شخصیتی را می سنجد. پاسخ سوالات چهار گزینه ای است (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) که به هر یک از گزینه ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ داده می شود. برای به دست آوردن نمره فرد مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه گردید. بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، در دامنه ای بین ۸۰-۲۰ قرار گرفت (نمره ۱۹-۰ طبیعی، نمره ۴۰-۲۰ اضطراب خفیف، ۶۰-۴۱ اضطراب متوسط و نمره ۸۰-۶۱ اضطراب شدید) (۳۰). براساس استاندارد سازی که توسط مهram در ایران انجام شده است، پایایی مقیاس اضطراب آشکار براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ و برای مجموع آزمون پایایی ۰/۹۴ می باشد (۳۱). پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون: جهت سنجش تاب آوری از مقیاس کانر و دیویدسون استفاده شد. کانر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی سال های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه نمودند. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال با طیف ۵ درجه ای کاملاً نادرست تا کاملاً درست است که نمره ۱ تا ۵ به آن ها تعلق می گیرد. نتایج تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس چند بعدی است و دارای ۵ مولفه ی تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی / تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و

از سانحه، کاهش رفتارهای اعتیادی و سوء مصرف مواد، اضطراب اجتماعی (۲۰، ۲۴، ۱۷) و کاربرد وسیع گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران اضطرابی (۲۷) و کمبود پژوهش ها در زمینه متغیرهای تاب آوری و امید به زندگی و اضطراب بخصوص در میان زنان از سوی دیگر، لذا این موضوع مبین لزوم و اهمیت پژوهش حاضر است؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از درمان های موثر در کاهش اضطراب و تمرکز بر زمان حال می باشد. با توجه به مطالب ارائه شده پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تاب آوری و امید به زندگی زنان مضطرب انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع میدانی و نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه) است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل، گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و متغیرهای وابسته، اضطراب، تاب آوری و امید به زندگی می باشند. از آنجاکه میزان شیوع اختلالات اضطرابی در زنان بیشتر است (۴)، جامعه ی آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنانی می باشد که به دلیل اضطراب یا مشکلات مرتبط با آن به مراکز مشاوره شهر کرج در سال ۱۳۹۸ رجوع کردند. از طریق نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، تعداد ۳۰ زن از مراجعین به دو مرکز خصوصی مشاوره در کرج، وارد پژوهش شدند. میانگین تعداد نمونه سه پژوهش صورت گرفته قبلی حجم نمونه این پژوهش را تعیین نموده است (۱۸، ۱۹، ۲۰). معیارهای ورود به مطالعه شامل: محدوده ی سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، کسب نمره ی متوسط و بالاتر در پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (نمره ی معادل و بالاتر از ۴۱)، داشتن حداقل میزان تحصیلات سیکل جهت تکمیل پرسشنامه ها، موافقت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و تداوم شرکت در جلسات مداخله؛ و معیارهای خروج شامل: تشخیص هرگونه اختلال بارز روان شناختی بر اساس ویراست پنجم تشخیص بیماری های روانی در مصاحبه بالینی، مصرف داروهای روان پزشکی، استفاده از هر نوع خدمات روان شناختی و درمان های موازی، مشکلات جسمی ناتوان کننده، اعتیاد به مواد مخدر و الکل بودند.

با توجه حداقل حجم نمونه در طرح های علی-آزمایشی که برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است (۲۸)،

بهناز پیشگاهی و همکاران

معکوس انجام می شود. امتیاز کلی پرسشنامه از طریق مجموع امتیازهای کل عبارات محاسبه می شود و امتیازهای بالاتر بیانگر امید به زندگی بیشتر در فرد می باشد (۳۴). شواهد اولیه در مورد روایی و پایایی این پرسشنامه توسط اشنایدر و همکاران فراهم شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آزمون-آزمون مجدد ۰/۸۰ در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، گزارش شده است (۳۵). در جمعیت دانشجویی ایران پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای خرده مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس تفکر راهبردی ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۶). هر دو گروه (کنترل و آزمایش) قبل و بعد از مداخله و پس از پیگیری یک ماهه به پرسشنامه های اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر، تاب آوری کونور و دیویدسون و امیدواری اشنایدر پاسخ دادند.

روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی است. آن ها روایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی ۰/۷۳ و پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۲). سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش آموز دبیرستانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۹۳ برای این مقیاس گزارش داد و با روش تحلیل عاملی مولفه های اصلی، وجود یک عامل را در این مقیاس تایید کرد (۳۳). مقیاس امیدواری اشنایدر: پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر توسط اشنایدر و همکاران ساخته شده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه و دو خرده مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی است. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. شیوه ی نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می باشد. نمره گذاری در مورد عبارات ۳، ۷ و ۱۱ به صورت

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مهارت های ذهن آگاهی کابات زین، استها، گولد آستین و سنتورلی (۲۰۱۰)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن. مثال: خوردن کشمش خودآگاه (مراقبه های که در آن شرکت کنندگان چند دقیقه را صرف بررسی ویژگیهای حسی - بینایی، بویایی، مزه و لمس یک دانه کشمش میکنند). تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی در طی ۶ روز. واریسی بدنی (یک مراقبه هدایت شده ۴۵ دقیقه ای است که در آن شرکت کنندگان با کمک تنفس، توجه خودشان را به حسهای موجود در قسمتهای مختلف بدن معطوف میکنند). تکلیف خانگی (انجام ذهن آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز مثل شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و...).
جلسه دوم	رویارویی با موانع، تمرین بر روی حسهای ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی. مثال: تمرین افکار و احساسات (شرکت کنندگان یک سناریو مبهم مثل جواب سلام ندادن یک دوست در خیابان را تجسم می کنند. سپس واکنشهایشان را به چنین رخدادی و اینکه این چه تاثیری میتواند بر خلق داشته باشد را مورد بررسی قرار میدهند). تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند (از شرکت کنندگان خواسته میشود که به یک رخداد یا لحظه خوشایند توجه و افکار، احساسات و حسهای بدنی مرتبط با آن را مشاهده نمایند).
جلسه سوم	حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین، رویارویی با افکار از طریق تحت کنترل درآوردن آنها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای. مثال: مراقبه نشسته هدایت شده ۴۰-۳۰ دقیقه ای (که در آن شرکت کنندگان دعوت میشوند مدام به الگوی تنفس توجه کنند و به طور کنجکاوانه جایی که ذهن شان سرگردان شده را مشاهده نمایند و سپس به آرامی به تنفس برگردند. در انتهای این تمرین توجه به بدن گسترش می یابد). تکلیف خانگی (راه رفتن ذهن آگاه). در راه رفتن ذهن آگاه (از شرکت کنندگان خواسته میشود که به وضعیت قرار گرفتن پاها و حسهای بدنی ناشی از حرکت توجه کنند). تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه ای سه بار در روز. فضای تنفس ۳ دقیقه ای (یک تمرین ۳ دقیقه ای است که در آن شرکت کنندگان ابتدا از افکار، احساسات و حسهای بدنی لحظهای حالشان آگاه میشوند، سپس توجه شان را به تنفس معطوف میکنند و در نهایت توجه خود را به بدن به عنوان یک کل گسترش میدهند). تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند (از شرکت کنندگان خواسته میشود که به یک رخداد یا یک لحظهای ناخوشایند توجه و افکار و احساسات و حسهای بدنی مرتبط با آن را مشاهده نمایند).
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بیزاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناختهای معیوب، درگیر شدن و جابگزینی آنها. مثال: مراقبه دیدن/ شنیدن (یک تمرین مراقبه های کوتاه است که در آن از شرکت کنندگان خواسته میشود تا توجه شان را به مناظر بینایی و یا صداها متمرکز کنند و هر وقت که ذهنشان سرگردان شد به آرامی به این حسها برگردند). تکلیف خانگی: مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی بدون جهت گیری خاص). مراقبه نشسته (ابتدا توجه به تنفس و سپس به بدن معطوف میشود. از شرکت کنندگان خواسته میشود که حسهای بدنی شدیدشان را با نگرشی باز و کنجکاوانه کاوش کنند). تکلیف خانگی: فضای تنفس سه دقیقه ای نه تنها سه بار در هر روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس یا هیجانات ناخوشایند میشوند.

اجازه / مجوز، ایجاد رابطهای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستور العملهای گسترده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.

جلسه پنجم
مراقبه نشسته (شرکت‌کنندگان ابتدا توجه را به تنفس، حسهای بدنی، صداها و سپس به افکار معطوف میکنند. دعوت به اینکه به سرگردانی ذهن توجه کنند و اگر ذهن مکرراً به سمت افکار، احساس یا حسهای بدنی خاص بازگشت، کنجکاوی و گشودگی در مورد آنها صورت گیرد، جستجوی دشواریهای که در طی مراقبه در بدنشان ایجاد میشود، آگاهی از تنش و دیگر حسهای دشوار و در نهایت استفاده از تنفس به عنوان وسیله‌ای برای نگره داشتن توجه با گشودگی انجام گیرد). تکلیف خانگی: مراقبه‌ی نشسته هدایت شده.

افکار حقایق نیستند، رویارویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد حضور ذهن، دیدن «نوار در ذهن» برای آگاهی از آنچه در ذهن میگذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.

جلسه ششم
مراقبه نشسته تجسم (افکار به عنوان تصاویر روی پرده سینما یا ابرهای گذرا در آسمان یا برگهای روی رودخانه هستند. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته میشود تا به قصد یک فکر دشوار را به ذهنشان بیآورند و نگرشی گشوده و غیر قضاوتی در مورد آگاهی‌شان اتخاذ کنند). تکلیف خانگی: مراقبه هدایت شده کوتاهتر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه. سناریوهای مبهم (به شرکت‌کنندگان یک سناریوی مبهم دیگر داده میشود و از آنها خواسته میشود تا واکنشهای متفاوت شان را جستجو کنند). تکلیف خانگی: تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در هر روز و هر روز که استرس یا هیجانات دشوار وجود داشته باشد.

چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های خود، برنامه‌ی فعالیت برای رویارویی با خطر، پیشگیری از عود.

جلسه هفتم
مثال: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، حس‌های بدنی، صداها و سپس به افکار). تکلیف خانگی: تمرین خود جهت دهی. اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت (تهیه‌ی لیستی از فعالیتها و تقسیم آنها به فعالیتهایی که افزایش دهنده‌ی سطح انرژی و خلق هستند و آنهایی که خلق را پایین می‌آورند و انرژی بر هستند). تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در هر روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس یا هیجانات دشوار میشوید. بحث در مورد نشانه‌های عود (شرکت‌کنندگان تشویق میشوند تا در مورد نشانه‌های عود دوره‌های شیدایی یا افسردگی خودشان و بعد از آن در مورد این که اگر این نشانه‌ها دیده شدند، چه پاسخی به آنها بدهند، در گروه صحبت نمایند). تکلیف خانگی: برنامه‌ریزی در مورد عود (شرکت‌کنندگان برنامه‌ی پیشگیری از عود خودشان را تهیه میکنند که این شامل افرادی که میتوانند به آنها کمک یا از آنها حمایت کنند نیز میشود).

زنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه‌ی فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

جلسه هشتم
مثال: واریسی بدنی تکلیف خانگی: تجارب و پاسخ به تمرینها میتواند در طول زمان و در پرتو یادگیری جدید تغییر کند. انعکاس (شرکت‌کنندگان با یکدیگر در مورد قصد اولیه‌شان از شرکت در کلاس، آنچه که یاد گرفته‌اند و موانع احتمالی انجام تمرین به بحث و بررسی می‌پردازند). پس‌خوراندن شی یادآورنده (گرفتن پس‌خوراندن کتبی از شرکت‌کنندگان در مورد تجاربشان در کلاس).

یافته‌ها

و در گروه کنترل (۵۷/۶۱ درصد مجرد و ۴۲/۳۹ درصد متأهل) بودند. (جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای موردپژوهش را به تفکیک گروه نشان می‌دهد. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ استفاده شد که در ادامه نتایج این تحلیل، بررسی می‌شود.

از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد بررسی برای گروه آزمایش (۳۱/۶۵±۵/۴۴) و کنترل (۳۲/۵۳±۵/۰۶) سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۴/۳۱ درصد در گروه آزمایش) و (۴۸/۲۷ درصد در گروه کنترل) در سطح تحصیلی کارشناسی بودند. همچنین، در گروه آزمایش (۵۶/۳۶ درصد مجرد، ۴۳/۶۴ درصد متأهل)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر	شاخص آماری	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تاب‌آوری	میانگین	۵۳/۴۶	۷۰/۰۶	۶۹/۷۳	۵۴/۳۳	۵۳/۸۶	۵۴/۵۳
	انحراف معیار	۷/۰۲	۵/۲۵	۵/۳۹	۸/۷۹	۷/۵۰	۷/۷۲
امید به زندگی	میانگین	۲۱/۸۶	۳۸/۴۶	۳۸/۱۳	۲۲/۶۶	۲۳/۰۶	۲۱/۵۳
	انحراف معیار	۶/۰۹	۵/۵۸	۴/۱۹	۵/۰۹	۶/۵۳	۵/۵۰
اضطراب حالت	میانگین	۵۳/۲۶	۳۸/۴۰	۳۹/۳۳	۵۴/۲۰	۵۲/۴۶	۵۳/۷۳
	انحراف معیار	۷/۵۳	۵/۹۹	۵/۵۸	۶/۳۴	۶/۴۶	۷/۲۸
اضطراب صفت	میانگین	۵۱/۲۰	۴۵/۸۶	۴۶/۵۳	۵۱/۷۳	۵۰/۵۳	۵۱/۴۶
	انحراف معیار	۸/۱۴	۷/۹۵	۷/۵۹	۸/۸۶	۸/۸۸	۸/۶۸

بهناز پیشگاهی و همکاران

(جدول ۲) حاکی از افزایش نمره های تاب آوری و امید به زندگی، و کاهش نمره های اضطراب حالت و اضطراب صفت

در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون خود و نسبت به گروه کنترل است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون، M باکس و کرویت موخلی متغیرهای پژوهش

متغیر	لون					W موخلی
	F	P	M	F	W	
تابآوری	۰/۰۷۰	۰/۷۹۳	۲۱/۷۷۲	۳/۲۰۴	۰/۷۴۵	۳/۹۵۷
امید به زندگی	۰/۱۹۴	۰/۶۶۳	۱۸/۶۵۳	۲/۷۴۵	۰/۸۷۹	۳/۴۹۵
اضطراب حالت	۰/۲۰۰	۰/۶۵۸	۲۱/۳۴۱	۳/۱۴۰	۰/۹۸۸	۰/۳۳۳
اضطراب صفت	۰/۴۸۵	۰/۴۹۲	۷/۰۵۹	۱/۰۳۹	۰/۵۸۱	۱/۶۶۲

در (جدول ۳) نتایج آزمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه ها و معنادار نبودن آزمون ام. باکس و آزمون کرویت موخلی برای هیچ یک از متغیرها، حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس و فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها است.

جدول ۴: آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایش		گروه کنترل
		Z	Z	
تابآوری	پیش آزمون	۰/۱۵۳	۰/۲۰۰	۰/۱۳۱
	پس آزمون	۰/۱۷۳	۰/۲۰۰	۰/۱۴۵
امید به زندگی	پیش آزمون	۰/۲۰۸	۰/۰۸۰	۰/۱۵۸
	پس آزمون	۰/۱۷۲	۰/۲۰۰	۰/۲۲۳
اضطراب حالت	پیش آزمون	۰/۱۷۳	۰/۲۰۰	۰/۱۴۳
	پس آزمون	۰/۱۸۰	۰/۲۰۰	۰/۱۶۲
اضطراب صفت	پیش آزمون	۰/۱۷۹	۰/۲۰۰	۰/۱۵۷
	پس آزمون	۰/۱۸۵	۰/۱۷۷	۰/۱۹۸

اطلاعات (جدول ۴) حاکی از برقراری مفروضه ی توزیع طبیعی داده ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش

آزمون، پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

مؤلفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
تابآوری	درون گروهی (مراحل)	۱۳۲۸/۸۶۷	۶۶۴/۴۳۳	۱۱۷/۸۳۱**	۰/۸۰۸
	بین گروهی (مداخله)	۲۳۳۰/۷۱۱	۲۳۳۰/۷۱۱	۷۱/۹۸۱**	۰/۷۲۰
امید به زندگی	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۳۷۶/۰۲۲	۶۸۸/۰۱۱	۱۲۲/۰۱۲**	۰/۸۱۳
	درون گروهی (مراحل)	۱۳۰۳/۷۵۶	۶۵۱/۸۷۸	۱۷۶/۳۷۲**	۰/۸۶۳
اضطراب حالت	بین گروهی (مداخله)	۲۴۳۳/۶۰۰	۲۴۳۳/۶۰۰	۴۷۹/۱۱۵**	۰/۹۴۵
	تعامل (مراحل*مداخله)	۱۴۱۶/۶۰۰	۷۰۸/۳۰۰	۱۹۱/۶۳۸**	۰/۸۷۳

۰/۷۲۲	۷۲/۸۹۳**	۶۰۹/۷۰۰	۱۲۱۹/۴۰۰	درون گروهی (مراحل)	
۰/۸۴۴	۱۵۱/۰۶۲**	۲۱۶۰/۹۰۰	۲۱۶۰/۹۰۰	بین گروهی (مداخله)	اضطراب حالت
۰/۶۵۴	۵۲/۸۹۶**	۴۴۲/۴۳۳	۸۸۴/۸۶۷	تعامل (مراحل*مداخله)	
۰/۵۷۵	۳۷/۸۲۹**	۸۶/۹۷۸	۱۷۳/۹۵۶	درون گروهی (مراحل)	
۰/۶۱۱	۴۳/۹۶۰**	۲۵۶/۷۱۱	۲۵۶/۷۱۱	بین گروهی (مداخله)	اضطراب صفت
۰/۴۱۵	۱۹/۸۵۲**	۴۵/۶۴۴	۹۱/۲۸۹	تعامل (مراحل*مداخله)	

*P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

امید به زندگی، اضطراب حالت و صفت زنان مضطرب اثر داشته است. همچنین اثر تعاملی برای تاب آوری حدود ۸۱ درصد، امید به زندگی ۸۷ درصد، اضطراب حالت ۶۵ درصد و اضطراب صفت ۴۲ درصد همگی در سطح (P=۰/۰۰۱) معنادار است.

نتایج (جدول ۵) نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه گیری در متغیرهای تاب آوری (P=۰/۰۰۱)، امید به زندگی (P=۰/۰۰۱)، اضطراب حالت (P=۰/۰۰۱) و اضطراب صفت (P=۰/۰۰۱) معنادار است؛ بنابراین می توان گفت درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم تاب آوری،

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک راهه گروه های آزمایش و کنترل در سه مرحله

متغیر	گروه	□	مجذور اتا
تاب آوری	آزمایش	۶۱/۵۵**	۰/۷۴۶
	کنترل	۰/۲۴۵	۰/۰۱۲
امید به زندگی	آزمایش	۲۵۴/۱۶۲**	۰/۹۲۴
	کنترل	۳/۱۶۳	۰/۱۳۱
اضطراب حالت	آزمایش	۱۱۰/۹۰۸**	۰/۸۴۱
	کنترل	۱/۰۶۷	۰/۸۰۴
اضطراب صفت	آزمایش	575/34**	622/0
	کنترل	177/0	079/0

ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست.

نتایج (جدول ۶) نشان می دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیرهای تاب آوری، امید به زندگی، اضطراب حالت و صفت همگی در سطح (P=۰/۰۰۱) معنادار است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرینی به منظور مقایسه های جفتی میانگین های گروه ها

متغیر	زمان اندازه گیری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
تابآوری	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۶/۶۰*	۰/۸۹۳	۰/۴۶	۰/۴۳۵
	پیش آزمون-پیگیری	-۱۶/۲۶*	۱/۰۳۵	-۰/۲۰	۱/۰۸۳
امید به زندگی	پیش آزمون-پیگیری	۰/۳۳	۰/۵۲۳	۰/۶۶	۱/۰۰۳
	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۶/۵۹*	۰/۷۳۵	۰/۴۰۰	۰/۴۵۶
	پیش آزمون-پیگیری	-۱۶/۲۳۰*	۰/۸۴۸	۱/۱۳۳	۰/۴۱۳
	پس آزمون-پیگیری	۰/۳۵	۱/۰۹۰	۱/۵۲۳	۰/۳۶۳

بهناز پیشگاهی و همکاران

۰/۹۰۷	۱/۷۳۳	۱/۱۷۱	۱۴/۸۶۷*	پیش آزمون-پس آزمون	
۱/۰۷۷	۰/۴۶۷	۱/۱۴۰	۱۳/۹۳۳*	پیش آزمون-پیگیری	اضطراب حالت
۱/۳۶۴	-۱/۲۶۷	۰/۴۱۹	-۰/۹۳۳	پس آزمون-پیگیری	
۰/۶۱۱	۱/۲۰۰	۰/۷۲۲	۵/۳۳۳*	پیش آزمون-پس آزمون	
۰/۴۶۳	۰/۲۶۷	۰/۷۰۸	۴/۶۶۷*	پیش آزمون-پیگیری	اضطراب صفت
۰/۲۸۴	۰/۹۳۳	۰/۳۸۶	-۰/۶۶۷	پس آزمون-پیگیری	

*P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

تنفس خود آگاهی پیدا کنند به علاوه به افراد می آموزد که عوامل ذهنی و درون روانی خود را که تشدید کننده اضطراب هستند، به عنوان مشتی افکار و احساسات گذرا در نظر بگیرند؛ بنابراین فرد با تمرینات ذهن آگاهی از توجه متمرکز بر عوامل فیزیولوژیکی و روانشناختی تشدید کننده اضطراب جلوگیری می کند (۴۲). از طرفی، ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد رها کنند و ذهن آنها را از دنده اتوماتیک خارج کنند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد (۴۳). به طور کلی ویژگی ذهن آگاهی آن است که بیمار را نسبت به ریشه های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می نماید و بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می شود و به فرد امکان می دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آنها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه های زیستی اختلال بیندیشند (۴۴). در این مطالعه نشان داده شد که پس از مداخله ی ذهن آگاهی، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پس آزمون تاب آوری زنان مضطرب گروه آزمایش و کنترل وجود داشت و این میانگین در مرحله ی پس آزمون در گروه آزمایش بالاتر بود. بنابراین می توان نتیجه گرفت، ذهن آگاهی بر تاب آوری زنان مضطرب گروه آزمایش تاثیر داشته است. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین همسو بوده است (۴۵،۴۶). در تبیین این یافته می توان چنین بیان نمود که آموزش ذهن آگاهی می تواند با تقویت فرایندهای مقابله شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت های تنظیم هیجان مانند تاب آوری و تحمل پریشانی، آموزش

در (جدول ۷) مقایسه آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت میانگین های درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در سه زمان پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری معنادار است که نشان دهنده تاثیر مداخله بر تاب آوری، امید به زندگی، اضطراب حالت و صفت در زنان مضطرب گروه آزمایش و ماندگاری این تاثیر در مرحله پیگیری است؛ در حالی که در گروه کنترل، این تفاوت ها معنادار نیست.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، تاب آوری و امید به زندگی زنان مضطرب انجام شد. ذهن آگاهی یک روش مقرون به صرفه در پیگیری از عود و سازگاری با شرایط تنش زا به شمار می رود (۳۷). از این رو در بسیاری از مداخلات روانشناختی که فرد تحت فشار و استرس قرار دارد به کار گرفته می شود (۳۸). این روش درمانی باعث کنترل فرد در پاسخ به استرس و ارتقاء مهارت مقابله ای در مهار یک وضعیت چالش برانگیز می شود (۳۹). یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب حالت و صفت در گروه آزمایش مؤثر بوده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین همسو بوده است (۲۷،۴۰،۴۱). در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که آسیب شناسی اضطراب در افراد و بخصوص در زنان به دلیل عوامل زیست شناختی، هورمونی، چرخه زندگی و عوامل اجتماعی دارای ابعاد روانی و فیزیولوژیکی بسیاری است. بنابراین شناخت پایه های فیزیولوژیکی- زیستی و روانشناختی این مولفه در درمان بسیار کارساز است و با توجه به اینکه ذهن آگاهی فیدبک های جسمی لحظه به لحظه را اعمال می نماید و به افراد می آموزد، از احساسات و وضعیت های بدنی و

آنها نسبت به زندگی افزایش یابد. زنانی که ذهنی متمرکز ندارند توانایی واقع بینی در مسائل را از دست می دهند و بیشتر به نقاط تاریک و ناخوشایند زندگی توجه دارند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می برند (۵۵). زنانی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد، آگاهی آنها نسبت به فعالیت های روزانه خود بیشتر است و بیشتر با خصوصیات خودکار ذهنشان (به طور مثال تمایل به فرار از زمان حال و درگیر شدن در گذشته و آینده) آشنایی دارند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می دهند (۵۶). مجموع این عوامل به افراد کمک می کند که امید به زندگی بالاتری را تجربه کنند و همانطور که نتایج پژوهش نشان داد افرادی که تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفته اند نسبت به گروه کنترل امید به زندگی بالاتری را گزارش کرده اند.

نتیجه گیری

در این مطالعه نشان داده شد که استفاده از درمان های گروهی همچون ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری و امید به زندگی زنان مضطرب برجای می گذارد. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می توان با ارایه این دسته از آموزش ها به کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری و امیدواری زنان مضطرب کمک کرد. آموزش فنون ذهن آگاهی به عنوان مهارت های سازگاری می تواند بسیاری از مشکلات زنان مضطرب را کاهش دهد و توان آنها را برای سازگاری با شرایط کنونی خودشان افزایش دهد. این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود: آزمودنی های این مطالعه محدود به نمونه ای در دسترس در شهر کرج گردید و از این جهت در تعمیم یافته ها بر روی دیگر شهرها بایستی احتیاط نمود همچنین، مطالعه حاضر بر روی گروه زنان مضطرب انجام گردید و تعمیم نتایج آن بر روی دیگر گروه ها نیز با احتیاط باید صورت گیرد. همچنین، از محدودیت های مربوط به ابزارهای خود گزارش دهی نیز نباید غافل شد. با در نظر داشتن این محدودیت ها پیشنهاد می شود که مطالعات آینده ضمن احتیاط در تعمیم یافته ها و رفع محدودیت های مطالعه حاضر بر روی دیگر گروه ها نیز انجام گردد و کاربرد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان روشی جهت کاهش اضطراب و ارتقای امیدواری و تاب آوری افراد به درمانگران توصیه می گردد.

حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدخلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (۴۷). به بیانی دیگر، ذهن آگاهی به افراد به جای اجتناب از درد و رنج می آموزد که چگونه با آنها کنار بیاید و با وجود آن ها زندگی کند. آموزش تکنیک هایی همچون مواجهه و پذیرش در مبحث ذهن آگاهی به افراد و بخصوص زنان می آموزد که با مسائل اضطراب زا به جای اجتناب یا فرار دائمی از آنها با آگاهی و تمرکز فکری مواجهه شوند و این مسائل و درد و رنج ها را به عنوان بخشی از زندگی بهنجار انسان در نظر بگیرند و به درستی رفتار کنند. از طرفی با توجه به اینکه پژوهش آزادی و همکاران نشان می دهد افراد دارای تاب آوری بالا در شرایط استرس زا و موقعیت های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می کنند (۴۹،۴۸) و به علاوه افزایش تاب آوری باعث فعال شدن ناحیه ای از مغز می شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرات سودمند در کارکرد سیستم ایمنی بدن می شود (۵۰) و به علاوه این به نوبه خود می تواند باعث کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش قدرت تحمل در برابر درد و رنج و مهارت های تنظیم هیجان شود؛ لذا مهارت های ذهن آگاهی با بازسازی و ترمیم تغییرات عصب زیست شناختی و روان شناختی می تواند در افزایش تاب آوری در مقابل اضطراب های چند علیتی زنان موثر باشد. یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر این بود که مداخله ذهن آگاهی باعث افزایش امید به زندگی زنان مضطرب در گروه کنترل شده است. این یافته با پژوهش های پیشین همسو می باشد (۵۱،۵۲،۵۳). این یافته را می توان اینطور تفسیر کرد که زنانی که ذهن آگاهی بالاتری دارند سبک زندگی بهتری را هم دنبال می کنند، همچنین آنها سلامت روانی بهتری را تجربه می کنند. سبک زندگی ذهن آگاهانه به آنها کمک می کند، اضطراب، استرس و پریشانی روانشناختی کمتری را تجربه کنند. در نتیجه این افراد از زندگی خود لذت بیشتری خواهند برد و دارای بهزیستی روانشناختی بالا و کیفیت زندگی مطلوب خواهند بود (۵۴). مجموع این عوامل را می توان در اینکه افرادی که تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفته اند نسبت به افرادی که این درمان را دریافت نکرده اند امید به زندگی بالاتری دارند موثر دانست. همچنین، ذهن آگاهی در زنان باعث می شود نسبت به خود، توانایی ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری پیدا کرده و در نتیجه امیدواری و خوشبینی

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد. بدین وسیله، از تمامی شرکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

Reference

1. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, Demeyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Hasking P, Murray E. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*. 2018 Oct;127(7):623. <https://doi.org/10.1037/abn0000362> PMID:30211576 PMCID:PMC6193834
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
3. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017 Jun;19(2):93. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow> PMID:28867934 PMCID:PMC5573566
4. Petch S, DeMaio A, Daly S. Prediction of recurrent preterm delivery in asymptomatic women-an anxiety reducing measure?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X. 2019 Oct 1;4:100064. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100064> PMID:31673690 PMCID:PMC6817671
5. Sijbrandij M, Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Ndogoni L, Ulate J, Hamdani SU, Van Ommeren M. Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. *International journal of mental health systems*. 2016 Dec;10(1):44. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0075-5> PMID:27252778 PMCID:PMC4888633
6. Velez BL, Cox Jr R, Polihronakis CJ, Moradi B. Discrimination, work outcomes, and mental health among women of color: The protective role of womanist attitudes. *Journal of counseling psychology*. 2018 Mar;65(2):178. <https://doi.org/10.1037/cou0000274> PMID:29543474
7. Spielberg CD. Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In *Anxiety and the anxiety disorders* 2019 Jan 22 (pp. 171-182). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203728215-11>
8. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017 Jun;19(2):93.
9. Springer KS, Levy HC, Tolin DF. Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2018 Apr 1;61:1-8.
10. Smoller JW. The genetics of stress-related disorders: PTSD, depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2016 Jan;41(1):297-319.
11. Ghods AA, Sotodehasl N, Khalaf ME, Mirmohamadkhani M. Situational Anxiety among Nurses. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*. 2017 Oct;4(4).
12. Carvalho IG, Bertolli ED, Paiva L, Rossi LA, Dantas RA, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016;24.
13. Woods DD. Essential characteristics of resilience. In *Resilience engineering* 2017 Nov 1 (pp. 21-34). CRC Press.
14. Folke C. Resilience (republished). *Ecology and Society*. 2016 Dec 1;21(4).
15. Wee SH, Lee SJ, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Cha B, Lee D, Seo JY, Choi JW, Ahn IY. Personality Characteristics Predicting Depression, Anxiety and Resilience in the Graduate Medical Students. *Korean J Psychosom Med*. 2018 Dec 1;26(2):102.
16. Yamaguchi S, Kawata Y, Shibata N, Hirose M. Direct and Indirect Effect of Hardiness on Mental Health Among Japanese University Athletes. In *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics* 2017 Jul 17 (pp. 148-154). Springer, Cham.
17. Folke C, Carpenter SR, Walker B, Scheffer M, Chapin T, Rockström J. Resilience thinking: integrating resilience, adaptability and transformability. *Ecology and society*. 2010 Dec 1;15(4).
18. Szwedo DE, Hessel ET, Allen JP. Supportive romantic relationships as predictors of resilience against early adolescent maternal negativity. *Journal of youth and adolescence*. 2017 Feb 1;46(2):454-65.

19. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*. 2006 Aug 1;61(2):213-9.
20. Frounfelker RL, Tahir S, Abdirahman A, Betancourt TS. Stronger together: Community resilience and Somali Bantu refugees. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2019 Mar 28.
21. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*. 2017 Apr 1;389(10076):1323-35.
22. Bower H, Björkholm M, Dickman PW, Höglund M, Lambert PC, Andersson TM. Life expectancy of patients with chronic myeloid leukemia approaches the life expectancy of the general population. *Journal of Clinical Oncology*. 2016 Aug 20;34(24):2851-7.
23. Parvin V, Mehdi R. Investigation into the effectiveness of auditory rehabilitation on the stress, anxiety, depression and life expectancy of parents of deaf children. *Yafteh*. 2018;20(2).
24. Chandra A, Ryu JJ, Karra P, Shrotriya P, Tvergaard V, Gaisser M, Weik T. Life expectancy of modular Ti6Al4V hip implants: influence of stress and environment. *Journal of the mechanical behavior of biomedical materials*. 2011 Nov 1;4(8):1990-2001.
25. Langer EJ, Ngnoumen CT. *Mindfulness*. In: *Positive Psychology 2017* Sep 1 (pp. 95-111). Routledge.
26. Creswell JD. *Mindfulness interventions*. *Annual review of psychology*. 2017 Jan 3;68:491-516.
27. Bajaj B, Robins RW, Pande N. Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*. 2016 Jul 1;96:127-31.
28. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. routledge; 2013 Mar 7.
29. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based interventions in content: past, present and future*. *Clin Psychol Sci Pract*. 2010;10(2):144-56. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
30. Rafiee B, Akbarzade M, Asadi N, Zare N. [Comparison of attachment and relaxation training effects on anxiety in third trimester and postpartum depression among primipara women]. *Journal of Hayat*. 2013; 19(1):76-88. [Persian]
31. Mahram B. Validity of Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) in Mashhad city. Tehran: Allameh Tabatabaie University; 1993. [Persian]
32. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003 Sep;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113> PMID:12964174
33. Samani S, Joukar B, Sahragard N. resilience, mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology (thinking and behavior)*. 2007; 13(3): 290-295. [Persian]
34. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*; 1991.60(4):570-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570> PMID:2037968
35. Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York: Sage publication Inc; 2007.
36. Kermani Z, Khodapanahi M K, Heidari M. [Psychometrics features of the snyder hope scale]. *J Appl Psychol*; 2011.5(3):7-23. [Persian].
37. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, Lewis G, Watkins E, Brejcha C, Cardy J, Causley A. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015 Jul 4;386(9988):63-73.
38. Baer RA, editor. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Elsevier; 2015 Jul 14.
39. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, Worthington JJ, Pollack MH, Simon NM. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013 Aug;74(8):786. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083> PMID:23541163 PMCID:PMC3772979
40. Song Y, Lindquist R. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse education today*. 2015 Jan 1;35(1):86-90. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.06.010>

- PMid:25066651
41. Bergen-Cico D, Cheon S. The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness*. 2014 Oct 1;5(5):505-19. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0205-y>
 42. Parsons EM, Luebke AM, Clerkin EM. Testing the relationship between social anxiety schemas, mindfulness facets, and state and trait social anxiety symptoms. *Mindfulness*. 2017 Dec 1;8(6):1634-43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0738-6>
 43. English LH, Wisener M, Bailey HN. Childhood emotional maltreatment, anxiety, attachment, and mindfulness: Associations with facial emotion recognition. *Child abuse & neglect*. 2018 Jun 1;80:146-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.006> PMid:29605464
 44. Tubbs JD, Savage JE, Adkins AE, Amstadter AB, Dick DM. Mindfulness moderates the relation between trauma and anxiety symptoms in college students. *Journal of American college health*. 2019 Apr 3;67(3):235-45. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1477782> PMid:29979916 PMCID:PMC6330246
 45. Hwang WJ, Lee TY, Lim KO, Bae D, Kwak S, Park HY, Kwon JS. The effects of four days of intensive mindfulness meditation training (Templestay program) on resilience to stress: a randomized controlled trial. *Psychology, health & medicine*. 2018 May 28;23(5):497-504. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1363400> PMid:28851238
 46. Sünbül ZA, Güneri OY. The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2019 Mar 1;139:337-42. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009>
 47. Kim BJ, Cho IS, Cho KI. Impact of mindfulness based stress reduction therapy on myocardial function and endothelial dysfunction in female patients with microvascular angina. *Journal of cardiovascular ultrasound*. 2017 Dec 1;25(4):118-23. <https://doi.org/10.4250/jcu.2017.25.4.118> PMid:29333218 PMCID:PMC5762694
 48. Azadi S, Hosini A. The correlation of Social support tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam province. *Journal of war and public health* 2011; 3(12):48-58.
 49. Babapour J. The relationship of metacognition components and mindfulness to obsessive beliefs among students. *J Sch Psychol*. 2014;1(4):23-38.
 50. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*. 2003 Jul 1;65(4):564-70.
 51. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. The effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Self-care activities and life expectancy in patients with type 2 diabetes with one year follow up. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019 Nov 10;26(8):1-3.
 52. Saatchi R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT (on Depression, Death Anxiety and Life Expectancy in Elderly Women. *Journal of Gerontology*. 2019 Jan 10;3(2):11-20.
 53. Haji-Adineh S, Farzanfar A, Salehi-Morekani S, Vahidi M, Kalthornia-Golkar M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Life Expectancy and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2019 Jun 15;6(2):79-86.
 54. Johns SA, Beck-Coon KA, Brown LF, Stutz PV, Daggy JK, Tang Q, Pell JA, Newton EV, Helft PR. Effects of mindfulness meditation on quality of life in adults with advanced cancer and family caregivers: A randomized pilot.
 55. Haji-Adineh S, Farzanfar A, Salehi-Morekani S, Vahidi M, Kalthornia-Golkar M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Life Expectancy and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2019 Jun 15;6(2):79-86.
 56. Miller S. Music therapy and mindfulness: Treating women with addiction in a therapeutic community. *Music and Medicine*. 2017 Jan 31;9(1):50-8.