

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه

زمینه بروز اختلال اضطراب فراگیر، فرآیندهای روانشناختی، شناختی، ارتباطی و اجتماعی افراد را با آسیب جدی مواجه ساخته و خودکارآمدی آنها را کاهش می دهد. اما آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک می کند؟ این پژوهش با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش کار

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را زنان مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۱ شهر تهران تشکیل دادند. از این جامعه، ۴۰ نفر بصورت دردسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از پیش آزمون پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای زنان گروه آزمایش اجرا گردید و از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. یافته های پژوهش با استفاده از کواریانس تحلیل شدند. یافته ها نشان داد میانگین پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون به ترتیب کاهش و افزایش پیدا کرده است. نتیجه تحلیل کواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد که به منظور پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می توان از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده کرد.

کلمات کلیدی

اضطراب فراگیر، ذهن آگاهی، پریشانی روانشناختی، خودکارآمدی.
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مریم زارع^۱

راحله زمانی مزده^{۲*}

۱. گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Email: zamani.raheleh@yahoo.com

مقدمه

اضطراب، احساس کلی دلشوره در مورد خطر احتمالی آینده و ترس واکنش هشدار است که در پاسخ به خطر فوری روی می دهد راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی مجموعه ای از اختلالات معروف به اختلالات اضطرابی که در نشانه های واضح ترس یا اضطراب اهمیت بالینی دارند و مشترک هستند را مشخص کرده است (۱). اغلب ما گاهی نگران و مضطرب میشویم و اضطراب هیجانی است انطباقی که به ما کمک می کند تا برای تهدید احتمالی برنامه ریزی کرده و آماده شویم (۲). این در حالی است که در برخی افراد اضطراب و نگرانی در مورد جنبه های مختلف زندگی از جمله رویدادهای پیش پا افتاده مزمن شدید نامعقول و غیر قابل کنترل می شود؛ به طوری که این نگرانی می تواند در بیشتر روزها در مورد چند رویداد یا فعالیت متفاوت مسائلی مانند زندگی روزمره، تحصیل و عملکرد شغلی و همراه با نشانه هایی چون بیقراری عصبانیت و تحریک پذیری عدم تمرکز یا خالی شدن ذهن به راحتی خسته شدن تنش عضلانی و یا اختلال خواب همراه باشد که این موارد تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (GAD) را به خود اختصاص می دهند (۳). این اختلال اختلال اضطرابی نسبتاً شایع و با سیری مزمن است که آثار مخربی بر عملکرد بیمار می گذارد و با بیماری های مختلفی همچون افسردگی همراه می شود (۴) به طوری که برآوردها حکایت از این دارند که تقریباً ۳ درصد جمعیت ظرف هر دوره یک ساله و ۵/۷ درصد در مقطعی از زندگی خود از این اختلال رنج می برند (۵). همچنین در محیط های بالینی گزارش شده است که ۵۵ تا ۶۰ درصد از افرادی که مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده اند زن بوده اند و زنان بیشتر از مردان اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می کنند (۶). نتایج بررسی ها در کشور ایران نیز

نشان داده است که میزان شیوع این اختلال در کل افراد ۰/۱۰ است که این نسبت برای زنان ۶/۸ درصد و برای مردان ۳/۲ درصد می باشد و در میزان شیوع در دو جنس تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی نتایج نشان داد که علیرغم میزان شیوع بالا در افراد جامعه آماری میزان ابتلای زنان به نشانگان این اختلال بسیار بیشتر از مردان و حدود دو برابر آنها می باشد (۷).

مرور مطالعات نشان می دهند که پریشانی روانشناختی در زنان دچار اضطراب فراگیر بالاتر است (۸). پریشانی های روانشناختی دربرگیرنده، حالات ذهنی ناخوشایند شامل افسردگی، اضطراب و استرس است که هر سه علائمی از شرایط هیجانی و فیزیولوژیکی را دربرمی گیرد (۹). حتی سطوح بالای پریشانی روان شناختی می تواند زمینه ساز مرگ و میر زودرس در افراد شود (۱۰)؛ می توان گفت پریشانی روان شناختی یک وضعیت هیجانی منحصربه فرد و ناراحت کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش زا یا نیاز خاص است که به آسیب گذرا یا همیشگی برای وی منتهی می شود (۱۱). افراد با پریشانی روانی بالا بیشتر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماری های جسمی، پیش بینی کننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی در آنها می باشد (۱۲) در واقع پریشانی روانشناختی یکی از مهمترین عوامل خطر برای انواع بیماری روانی و جسمانی است (۱۳).

یکی از مفاهیم مدل توانمندسازی خودکارآمدی است (۱۴). خودکارآمدی یک متغیر کلیدی روانشناسی بالینی، آموزشی، اجتماعی، رشدی، سلامتی و رفتاری است. بندورا خودکار بودن را به عنوان ظرفیت درک شده فرد برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار تعریف می کند. در نتیجه، خودکارآمدی یک مفهوم

شناختی است که نیازهای رفتاری را با ظرفیت های فردی مقایسه می کند (۱۵). به عقیده بندورا، این عوامل به طور مؤثری خودکار بودن را ایجاد می کنند. ۱- تجارب موفق، ۲- تجارب جانشینی، ۳- اقتناع کلامی یا اجتماعی و ۴- حالات عاطفی و فیزیولوژیکی (۱۶). خودمختاری بر انتخاب رفتار، زمان و موقعیت انجام رفتار و میزان تلاش و پشتکار برای انجام یک کار خاص تأثیر می گذارد (۱۷). خودکارآمدی، تأثیری بر قدرت واقعی زنان در مواجهه با چالش ها و انتخاب هایی که انجام می دهد، دارد (۱۸). از طریق تعیین باورهایی که زنان در مورد قدرت خود بر تأثیرگذاری بر موقعیت ها دارد، خودکارآمدی می تواند در رسیدن به اهداف، انجام وظایف و فائق آمدن بر چالش ها نقش مهمی ایفا کند (۱۹)؛ در حوزه شغلی، خودکارآمدی می تواند برای یافتن چرایی حضور کم تر زنان در حیطه های تحت کنترل مردان در حوزه های علم، فناوری، مهندسی و ریاضیات نقش مهمی ایفا کند (۲۰).

اضطراب و مشکلات ناشی از آن رو به فزونی شده است، درمان های مختلف دارویی و غیر دارویی برای مشکلات ناشی از اضطراب طراحی شده اند، اما نیاز است تا مشاوران و روانشناسان به درمان های غیر دارویی و روان شناختی برای حل مشکلات مربوط به اضطراب بپردازند؛ یکی از درمان هایی که در مورد اختلال های مختلف روان شناختی مؤثر بوده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (۲۱).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی-رفتاری نسل سوم قلمداد می شود. ذهن آگاهی ریشه در مراقبه بودایی و تمرینات آن دارد (۲۲). ذهن آگاهی شکلی از مراقبه و یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت در مورد وقایع جاری، است (۲۳). در تکنیک ذهن آگاهی از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده می شود (۲۴). ذهن آگاهی از

طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم اکنون و توجه عاری از قضاوت نسبت به تجارب لحظه به لحظه پدیدار می شود (۲۵). ذهن آگاهی به افراد می آموزد که بجای اینکه بخواهند به زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند (۲۶). در یک پژوهشی که بصورت مروری انجام شد، گزارش شد که روش ذهن آگاهی اثرات مثبت روانی مختلف، از جمله افزایش بهزیستی روانی، کاهش علائم روانی و واکنش پذیری هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار و سرزندگی نشاط را بوجود می آورد (۲۷). مرور پژوهش ها نشان از اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر اضطراب و مشکلات ناشی از آن دارد (۲۸-۳۱).

همانطور که بیان شد زنان مبتلا به اضطراب فراگیر در زمینه پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی مسائلی دارند. مرور پژوهش ها نشان از آن دارد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر طیف گسترده ای از متغیرهای روانشناختی افراد دارای اضطراب تأثیر دارد و به نظر می رسد این درمان بر مسائل روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر اثرات مثبتی داشته باشد؛ بنابراین از آنجا که به مداخلات روانشناختی به منظور بهبود حالات روانی زنان نیاز می باشد، انجام مطالعه آزمایشی برای درمان زنان مبتلا به اضطراب فراگیر به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ضروری به نظر می رسد. توجه به تمام عوامل ذکر شده اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می کند؛ علاوه بر این، تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور محدود بوده و شکاف تحقیقاتی در زمینه تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان مبتلا به اضطراب فراگیر را هر چه بیشتر نمایان می سازد و مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگر به این مسئله شد. با توجه به مطالب مذکور این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-

وجود پیش‌آزمون، از روش آماری تحلیل کواریانس استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه پریشانی روانشناختی: پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر که وضعیت روانی فرد را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (۳۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شده است. نمره گذاری سوالات به صورت لیکرت پنج درجه است. مطالعات حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلال‌های روانی نیز دارد (۳۳). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط واسیلیادیس و همکاران (۳۴) مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران نیز یعقوبی پایایی ابزار را ۰/۸۳ گزارش کرده است (۳۵). در این پژوهش نیز پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ بدست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: پرسشنامه توسط شرر و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شد. شامل ۲۳ سؤال است. ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد. که هر سؤال شامل ۵ گزینه در مقیاس لیکرت است. سؤال‌های شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت عکس نمره گذاری می‌شود (۳۶). وودروف و کاشمن (۳۷) در بررسی مقیاس مذکور، روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کرده اند و برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کرده و وجود سه عامل را در این مقیاس تأیید کردند. همچنین ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شد.

آگاهی بر پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان با اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع هدف کاربردی و از نوع داده‌ها، یک پژوهش کمی است. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق، زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه ۱ شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری، روش نمونه‌گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس است. بدین ترتیب با انتشار فراخوان در مراکز مشاوره منطقه ۱ شهر تهران ابتدا ۶۸ زن برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند، در مرحله بعد از این تعداد، ۴۰ نفر به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند و در دو گروه ۲۰ نفری جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اضطراب فراگیر - بازه سنی ۳۰ الی ۴۵ سال - عدم استفاده از دارو و سایر مداخلات روانشناختی و معیارهای خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه از درمان و همچنین مصرف داروهای روانشناختی بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که اول برای هر دو گروه (آزمایشی و کنترل) پیش‌آزمون پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی اجرا شد، سپس جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش اجرا شد (بسته درمانی در جدول ۱ آورده شده است) اما برای گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد بلافاصله بعد از اتمام مداخله آزمایشی برای گروه آزمایش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شده، داده‌های لازم جمع‌آوری شد. در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد. گفتنی است که برای تجزیه و تحلیل تفاوت معنی‌دار میان دو گروه در میزان پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی به دلیل

جدول ۱. خلاصه بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	خلاصه جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر، معرفی مختصر برنامه، تشریح اهداف برنامه درمانی، بحث در مورد محتوای دوره، تمرینهای جلسات، توافق با اعضا در مورد مشارکت در جلسات و زمان و مکان تشکیل جلسات، آموزش تمرین خوردن کشمش، آرایه تکلیف
جلسه دوم	انجام تمرین واریسی بدن، بازنگری و مرور تکالیف خانگی و نحوه انجام آن توسط اعضا، توضیح ذهن آگاهی و اجرای تمرین

<p>دشناگاهی از حرکت، انجام تمریناتی اختصاصی در حالت درازکش یا نشسته و انجام اقدامات ذهنآگاه، ارایه تکلیف نظرخواهی از چند نفر از اعضا در مورد تکالیف جلسه، ۵ دقیقه تمرین دیدن یا شنیدن بهصورت عملی، اجرای عملی تمرین مراقبه نشسته به مدت ۳۰-۴۰ دقیقه، ارائه توضیح کوتاهی در مورد تمرین های انجام شده، هدف از انجام آنها و لزوم انجام مستمر آنها در خارج از جلسات، اجرای تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای، ارایه تکلیف</p>	<p>جلسه سوم</p>
<p>نظرخواهی از آزمودنی‌ها در مورد تکالیف جلسه قبل، توضیح اعضا در مورد کاربردگ ثبت وقایع ناخوشایند، تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵ دقیقه توسط درمانگر و آزمودنی‌ها، ۴۰ دقیقه انجام مراقبه نشسته (هوشیار بودن نسبت به تنفس، بدن، صداها، سپس افکار)، توضیح اضطراب، انواع اضطراب و از جمله اضطراب اجتماعی، نشانه‌ها و علل اضطراب، پیامدهای اضطراب و تأثیر اضطراب اجتماعی بر زندگی افراد، ارایه تکلیف</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>مرور تکالیف جلسه قبل، نظرخواهی از اعضا در مورد انجام این تکالیف و احساس و نظر آنها پس از انجام تکالیف، اجرای عملی تمرین مراقبه نشسته همانند جلسات قبل، ارایه توضیح به آزمودنی‌ها در مورد تأثیر این تمرین و اهمیت آن، بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی میدهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها، ارایه تکلیف</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>مرور تمرینات و تکالیف، تمرین مراقبه نشسته با مشارکت اعضا، توضیح در مورد هیجان، نشخوار فکری و نقش هیجان‌ات و نشخوارهای فکری به‌عنوان راهبردهای ناکارآمد در سازگاری و مقابله با آسیبها، نظرخواهی از اعضا در این زمینه با بیان مثال و تجاربشان، آموزش تکنیک ذهنآگاهی در لحظه به افراد، ارایه تکلیف</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>بررسی و مرور تکالیف اعضا، انجام تمرین مراقبه نشسته به‌صورت عملی و با همکاری همه اعضا، بحث در مورد ارتباط بین فعالیت و خلق و اجرای تمرینی در این زمینه، ارایه تکلیف</p>	<p>جلسه هفتم</p>
<p>نظرخواهی از افراد در مورد تمرینات جلسه قبل، گزارش کاربرگهای فهرست اولویتها و جدول برنامه‌ریزی برای رسیدن به این اولویت- ها، اجرای تمرین واریسی بدن (که در جلسه دوم توضیح داده شد) مجدداً با همکاری اعضا، تأکید به افراد جهت اجرای تمرینها و بحثها در زندگی روزمره، اجرای مراقبه گروهی به کمک سنگ، اجرای پس آزمون.</p>	<p>جلسه هشتم</p>

نتایج

در پژوهش حاضر ۴۰ زن در دو گروه حضور داشتند. میانگین
سنی زنان ۳۸/۴۵ بود. در جدول زیر به مقایسه دو گروه از لحاظ
سنی پرداخته شده است.

جدول ۲. آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن دو گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار P
گروه آزمایش	۳۷/۸۷	۳/۴۳	۰/۲۱۸
گروه گواه	۳۸/۰۶	۳/۷۸	

در جدول ۱ نتیجه آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن زنان
شرکت در دو گروه آزمایش و گواه آورده شده است؛ همانطور
که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی داری در میانگین سنی دو
گروه مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج توصیفی و تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات پریشانی روانشناختی

گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P
پیش آزمون			پس آزمون			
مقایسه پس آزمون						

آزمایش	۳۹/۴۷	۸/۵۴	۲۴/۲۱	۷/۵۴	۱۵/۵۴	<۰/۰۰۱
گواه	۳۸/۵۶	۷/۸۹	۳۷/۵۶	۸/۴۳		

برای گروه کنترل تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر پریشانی روانشناختی نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $8/54 \pm 39/47$ در مرحله پیش آزمون به $7/54 \pm 24/21$ در مرحله پس آزمون کاهش پیدا کرد. در حالی که

جدول ۴. نتایج توصیفی و تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات خودکارآمدی

گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقایسه پس آزمون	مقدار P
آزمایش	۵۴/۸۹	۱۰/۶۶	۷۹/۴۳	۹/۴۲	۱۹/۴۳	<۰/۰۰۱
گواه	۵۶/۸۲	۱۱/۹۰	۵۵/۳۴	۱۱/۴۳		

برای گروه کنترل تقریباً تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجه تحلیل کواریانس ارایه شده در این جدول نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون، میانگین نمرات پس آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند ($p < 0/001$).

با توجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات گروه آزمایش نسبت به نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در هر متغیر خودکارآمدی نشان می‌دهند. به طوریکه، میانگین نمره گروه آزمایش از $10/66 \pm 54/89$ در مرحله پیش آزمون به $9/42 \pm 79/43$ در مرحله پس آزمون افزایش پیدا کرد. در حالی که

بحث و نتیجه گیری

مضطرب است، می‌گردد. به این صورت که مهارت ذهن آگاهی افراد را متوجه افکار اضطراب ساز خود می‌سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن هشیارانه یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق موجب کاهش نشخوار فکری می‌گردد. آگاهی ارتقا یافته نسبت به لحظه حاضر که از مهمترین مهارتهایی است که در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموخته می‌شود، انعطاف پذیری شناختی و رفتاری را تسهیل می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد پاسخ های سازگارانه تری به موقعیتها بدهد و کمتر از پاسخهای عاداتی یا تکانشی استفاده کند.

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. اولین نتیجه پژوهش نشان داد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. این نتیجه با نتایج پژوهش های قبلی (۲۸-۳۱) که نشان دادند ذهن آگاهی بر اضطراب و مشکلات ناشی از آن موثر است، همسو بود. در تبیین این نتایج میتوان گفت زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حسهای مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها میتواند باعث کاهش واکنشهای هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه های اضطراب برانگیخته می‌شوند (؛ تیسادل () با ابداع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عقیده داشت آموزش ذهن آگاهی موجب عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری که مشخصه تفکر بیماران

همچنین می‌توان گفت که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با توجه به آشفته گیهای ذهنی موجود زنان مضطرب، آموزش ذهن آگاهی و تمرکز بر لحظه حال، موجب پردازش جنبه های تجربه بی واسطه شامل فعالیت های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری می‌گردد و با استفاده از فنون و تمرینهای ذهن آگاهی، فرد به فعالیت های روزمره آگاهی پیدا

ذهن آگاهی هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی تقویت می شود، بنابراین می توان انتظار داشت که زنان شرکت کننده در این برنامه نگرش مثبت تری نسبت به توانمندی خود داشته باشند و در کنار آمدن با اضطراب و نگرانی به طور موفقیت آمیزی عمل کنند. ذهن آگاهی با تشویق زنان به تمرین مکرر توجه روی محرک های خنثی و آگاهی هدفمند نسبت به جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدید کننده و نگران کننده در مورد عملکرد خود در موقعیت های مختلف رها و ذهن آنها را از حالت خودکار خارج می کند. این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک و اضطراب می شود که این عوامل موجب افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر می شود.

استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی محدودیت اصلی این پژوهش بود، لذا در تعمیم نتایج بایستی احتیاط کرد. در این پژوهش عوامل زمینه ای و تفاوت های فرهنگی کنترل نشد. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه ای اثر مداخلات را بیش برآورد کرده باشند. متغیرهایی مانند سن و سابقه بیماری و یا وضعیت مالی که ممکن است بر متغیرهای پژوهش اثر گذار باشد کنترل نشد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی مربوط به درمان، محدودیتی برای تفسیر نمرات درمان در این پژوهش محسوب می شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به منظور تعمیم دهی معتبرتر، از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود؛ همچنین این درمان می تواند روی سایر اقشار جامعه تکرار شود، یعنی برای تعمیم پذیری بهتر، در جوامع مختلف آماری اثربخشی این شناخت درمانی سنجیده شود. در نهایت پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده سایر عواملی که ممکن است همزمان با درمان نتایج را تحت تأثیر قرار دهند کنترل و در نظر گرفته شوند.

Reference

1. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. Using generalized anxiety disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a primary care setting. *Cureus*. 2020 May;12(5).

کرده، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و با آگاهی لحظه به لحظه از احساسات، افکار و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا کرده و از ذهن خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می گردد. در تمرینات ذهن آگاهی از زنان درخواست نمی شود که نشانگان اضطراب را در خود ایجاد نکنند، بلکه مشاهده بدون داوری حس ها که به طور طبیعی انجام می شود، مورد تشویق قرار می گیرد. از سوی دیگر می توان اظهار کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مداوم تمرکز بر روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمند نسبت به ذهن و جسم، افراد مضطرب را از درگیری ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگران کننده در مورد عملکردشان رها کرده و ذهن آنها را از حالت خودکار خارج می سازد. به عبارت دیگر، این روش با افزایش دادن آگاهی افراد از تجربیات زمان حال و بازگرداندن تمرکز بر شناخت و پردازش ماهرانه تر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی، انگیزختگی فیزیولوژیک، تنیدگی و اضطراب می گردد و در نتیجه منجر به کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر می گردد.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. این نتیجه نیز با نتایج پژوهش های قبلی (۲۸-۳۱) که نشان دادند ذهن آگاهی بر اضطراب و مشکلات ناشی از آن موثر است، همسو بود. برای تبیین این نتیجه می توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عمدتاً شامل پذیرش لحظه حال با توجه عمدی و آگاهی غیرقضاوتی است که این مهم به مرور زمان در تصور کنترل پذیری امور تاثیرگذار بوده و می تواند رفتار فرد را جهت تلاش بیشتر در دستیابی اهداف و همچنین عدم گسستگی روانی در مسائل مختلف شکل دهد که با توجه به این مورد می توان انتظار داشت که رفتار زنان به مرور زمان از پختگی لازم برخوردار شده و شاهد بهبود سطح خودکارآمدی زنان خواهیم بود. در شناخت درمانی مبتنی بر

2. Onaemo VN, Fawehinmi TO, D'Arcy C. Comorbid cannabis use disorder with major depression and generalized anxiety disorder: a systematic review with meta-analysis of nationally representative epidemiological surveys. *Journal of affective disorders*. 2021 Feb 15; 281:467-75.
3. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*. 2020 Jun 1; 288:112954.
4. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *Journal of Investigative Medicine*. 2020 Oct;68(7):1228-34.
5. Gong Y, Zhou H, Zhang Y, Zhu X, Wang X, Shen B, Xian J, Ding Y. Validation of the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) as a screening tool for anxiety among pregnant Chinese women. *Journal of affective disorders*. 2021 Mar 1; 282:98-103.
6. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety disorders: a review. *Jama*. 2022 Dec 27;328(24):2431-45.
7. Shahriari H, Zare H, Aliakbari Dehkordi M, Sarami Foroushani G. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interventions in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JRUMS* 2018; 17 (5) :461-478
8. Simionescu G, Doroftei B, Maftai R, Obreja BE, Anton E, Grab D, Ilea C, Anton C. The complex relationship between infertility and psychological distress. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021 Apr 1;21(4):1-.
9. Marchand A, Blanc ME. The Contribution of Work and Non- Work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight- year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada. *Journal of occupational health*. 2010 May;52(3):176-85.
10. Petzold MB, Plag J, Stroehle A. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Der Nervenarzt*. 2020 May; 91:417-21.
11. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008 Dec 16;52(25):2156-62.
12. Kwan Z, Bong YB, Tan LL, Lim SX, Yong AS, Ch'ng CC, et al. Socioeconomic and sociocultural determinants of psychological distress and quality of life among patients with psoriasis in a selected multi-ethnic Malaysian population. *Psychology, health & medicine*. 2017;22(2):184-95.
13. Zhou X. Managing psychological distress in children and adolescents following the COVID-19 epidemic: A cooperative approach. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2020 Aug;12(S1):S76.
14. Schunk DH, DiBenedetto MK. Self-efficacy and human motivation. In *Advances in motivation science* 2021 Jan 1 (Vol. 8, pp. 153-179). Elsevier.
15. Linge AD, Bjørkly SK, Jensen C, Hasle B. Bandura's Self-Efficacy Model Used to Explore Participants' Experiences of Health, Lifestyle, and Work After Attending a Vocational Rehabilitation Program with Lifestyle Intervention—A Focus Group Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2021 Dec 24:3533-48.
16. Peura P, Aro T, Räikkönen E, Viholainen H, Koponen T, Usher EL, Aro M. Trajectories of change in reading self-efficacy: A longitudinal analysis of self-efficacy and its sources. *Contemporary educational psychology*. 2021 Jan 1; 64:101947.
17. Bhati K, Sethy T. Self-efficacy: Theory to educational practice. *The International Journal of Indian Psychology*. 2022 Nov 5;10(1):1123-8.
18. de la Fuente J, Kauffman DF, Boruchovitch E. Past, present and future contributions from the social cognitive theory (Albert Bandura). *Frontiers in psychology*. 2023 Aug 7; 14:1258249.
19. Kodden B, Kodden B. The impact of self-efficacy. *The Art of Sustainable Performance: A Model for Recruiting, Selection, and Professional Development*. 2020:31-8.
20. Rachmawati S, Hidayat DR, Badrujaman A. Self-efficacy: Literatur review. In *pro siding Seminar Nasional Bimbingan dan Konseling Universitas Negeri Malang* 2021 (pp. 90-99).
21. Zhang D, Lee EK, Mak EC, Ho CY, Wong SY. Mindfulness-based interventions: an overall review. *British medical bulletin*. 2021 Jun;138(1):41-57.
22. Roemer L, Williston SK, Rollins LG. Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*. 2015 Jun 1;3:52-7.
23. Öst LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*. 2008 Mar 1;46(3):296-321.
24. Richard BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical psychology*. 1982 Apr;50(2):226.

25. Gehart DR. Mindfulness and acceptance in couple and family therapy. Springer Science & Business Media; 2012 Mar 30.
26. Keye MD, Pidgeon AM. Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*. 2013 Dec 2;1(6):1-4.
27. Rakel D, Luke F, Victor SS, Mary JK. Mindfulness in medicine. *EXPLORE* March/April 2011; 7(2):124-6
28. Strohmaier S, Jones FW, Cane JE. Effects of length of mindfulness practice on mindfulness, depression, anxiety, and stress: A randomized controlled experiment. *Mindfulness*. 2021 Jan;12:198-214.
29. Johannsen M, Nissen ER, Lundorff M, O'Toole MS. Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2022 Jun 1;94:102156.
30. Parsons D, Gardner P, Parry S, Smart S. Mindfulness-based approaches for managing stress, anxiety and depression for health students in tertiary education: a scoping review. *Mindfulness*. 2022 Jan 1:1-6.
31. Strohmaier S. The relationship between doses of mindfulness-based programs and depression, anxiety, stress, and mindfulness: A dose-response meta-regression of randomized controlled trials. *Mindfulness*. 2020 Jun;11(6):1315-35.
32. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002 Aug;32(6):959-76.
33. Green K, Karraki H. Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates. 2010.
34. Vasiliadis HM, Chudzinski V, Gontijo-Guerra S, Préville M. Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry research*. 2015 Jul 30;228(1):89-94.
35. Yaghoubi H. Psychometric features of the 10-question version of Kessler's Psychological Distress Questionnaire (10K-). *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 2014; 6(4): 45-57
36. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982 Oct;51(2):663-71.
37. Woodruff SL, Cashman JF. Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the self-efficacy scale. *Psychological reports*. 1993 Apr;72(2):423-32.

Original Article

The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on psychological distress and self-efficacy of women with generalized anxiety disorder

Received: 14/12/2019 - Accepted: 01/06/2020

Maryam Zare¹
Raheleh Zamani Mazdeh^{2*}

¹Department of Psychology, science and research Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

²Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

*corresponding author: Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Email: zamani.raheleh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder causes psychological, cognitive, communication and social processes of people to face serious damage and reduces their self-efficacy. But does mindfulness-based cognitive therapy help improve psychological distress and self-efficacy in women with generalized anxiety disorder? This research was conducted with the aim of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on psychological distress and self-efficacy of women with generalized anxiety disorder.

Method: In this research, a semi-experimental method and a pre-test and post-test design with a control group were used. The statistical population of this research was made up of women suffering from generalized anxiety referring to the counseling centers of the 1st district of Tehran. From this community, 40 people were randomly selected and randomly replaced in the experimental and control groups. The implementation method was as follows: after the pre-test of psychological distress and self-efficacy, cognitive therapy based on mindfulness was implemented for women in the experimental group, and the post-test was performed for both groups. The research findings were analyzed using covariance.

Results: The findings showed that the average psychological distress and self-efficacy of women in the experimental group decreased and increased respectively in the post-test compared to the pre-test. The result of covariance analysis showed that after removing the pre-test effect, the mean post-test scores of the two groups had a statistically significant difference ($p < 0.001$).

Conclusion: This study shows that cognitive therapy based on mindfulness can be used for psychological distress and self-efficacy of women with generalized anxiety disorder.

Keywords: Generalized anxiety, mindfulness, psychological distress, self-efficacy.

conflict of interest: There is no conflict of interest.