MEJDS. 2019; 9:58.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anxiety and Resilience of Depressed Female–Headed Households in Tehran

*Mohsen Saeidmanesh[1], Leyli Madayeni[2]

Author Address
1. PhD of cognitive neuroscience, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. MSc in clinical psychology, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Email:** m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2018 Dec 27; **Accepted:** 2018 Feb 5

Abstract
Background & Objective: Female–headed households is a woman who is finance of family and a spouse is live but cannot do it. As a result, a woman has been in charge of the family's financial management. Some researches have shown that these women have psychological problems such as depression and anxiety. One of the psychological therapies to prevent return or relapse of depression and anxiety is cognitive therapy based on mind–consciousness. Cognitive techniques can inform and educate the participant(s) about depression, anxiety and resilience. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive–therapeutic based on conscious mind on depression, anxiety and resiliency of female–headed households in Tehran.
Methods: The design of this quasi experimental study was a pretest–posttest with a control group. The statistical population consisted of all female–headed households referred to the Imam Khomeini relief committee of district 1 in Tehran (capital city of Iran). Among them, 40 women were selected using convenience sampling. Subjects were randomly assigned into experimental and control groups after pre–test. The intervention was conducted in 8 sessions for the control group and resiliency questionnaire was used to measure the power of coping with pressure and threat (Caner and Davidson (2003)). The Beck depression inventory was used to measure depression. The Beck anxiety inventory (1990) with 21 questions was used to measure severity of anxiety. Data analyzed with descriptive (mean and standard deviation) and inferential (analyze the covariance) statistics.
Results: Covariance analysis showed that level of anxiety (F=587.5, p=0.022) and depression (F=125.4 and p=0.028) of female headed–households, respectively, decreased significantly in interventional cognitive therapy based on mind–awareness. This intervention did not have a significant effect on the resiliency.
Conclusion: Based on the results of this study, therapists can use cognitive therapy based on mind–awareness to reduce anxiety and depression.
Keywords: Cognitive therapy, Mindfulness, Anxiety, Depression, Resiliency, Female–headed household.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۵۸.

انتشار برخط شهریور ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب و تاب‌آوری زنان افسردهٔ سرپرست خانوار شهر تهران

*محسن سعیدمنش[۱]، لیلی مداینی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای علوم اعصاب‌شناختی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۶دی۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶ بهمن۱۳۹۶

چکیده

هدف: زنان سرپرست خانوار عهده‌دار ادارهٔ مالی خانواده‌اند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد این افراد از نظر روان‌شناختی دچار مشکلات افسردگی و اضطراب بوده و از طرفی نیازمند حفظ و ارتقای تاب‌آوری هستند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و اضطراب و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران است.

روش‌بررسی: این مطالعه یک پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون—پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کمیتهٔ امداد امام‌خمینی منطقهٔ یک شهر تهران تشکیل دادند که از میان آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۴۰ زن انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پس از انجام پیش‌آزمون به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مداخله در هشت جلسه برای گروه آزمایش صورت گرفت. آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه‌های افسردگی بک (۱۹۶۱) و اضطراب بک (۱۹۹۰) و آزمون تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) قبل و بعد از مداخله سنجش شدند. داده‌ها به‌طور توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد میزان اضطراب (p=۰/۰۳۲) و افسردگی (p=۰/۰۲۸) زنان سرپرست خانوار تحت مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری کاهش یافت؛ اما این مداخله بر متغیر تاب‌آوری تأثیر معناداری نداشت (p=۰/۱۴۷).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش به درمانگران نشان می‌دهد که می‌توانند برای کاهش اضطراب و افسردگی از شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی، ذهن‌آگاهی، اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، زنان سرپرست خانوار.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

زنانی را که تأمین‌کنندهٔ معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار هستند، زنان سرپرست خانوار می‌گویند (۱). زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر، با مشکل احساس تنهایی، انزوا، طردشدگی و درک‌نشدن از سوی دیگران مواجه‌اند (۲). این گروه نزدیک به یک‌چهارم از خانوارهای جهان را تشکیل می‌دهد (۳). دست‌وپنجه‌نرم‌کردن با منابع محدود حمایتی، شاغل‌بودن، کار در منزل، مسئولیت فرزندپروری و نگرانی‌های مالی باعث بیماری‌های جسمانی و روانی ازجمله مشکل‌های خواب و افسردگی و اضطراب می‌شود که متعاقب آن بهزیستی آن‌ها و خانواده‌شان را به شکل منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. نتیجهٔ پژوهش‌ها حاکی‌از نقصان سلامت روان بخش درخورتوجهی از این زنان است که تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار داشتند (در حدود ۷۷درصد) (۴). ازجمله مشکلات این زنان اضطراب و افسردگی است که موضوع این پژوهش را نیز تشکیل می‌دهد. وضعیت بد اقتصادی زنان سرپرست خانوار سبب نگرانی دربارهٔ آیندهٔ خود و فرزندانشان می‌شود. همچنین آنان به‌واسطهٔ عقاید و سنت‌های جامعه ممکن است تحت قضاوت منفی قرار گیرند و سلامت روانشان با خطر جدی روبه‌رو شود (۲).

اضطراب احساسی منتشر، ناخوشایند، مبهم، و دل‌واپسی و هراسی با منشأ ناشناخته بوده که به فرد دست می‌دهد و شامل اطمینان‌نداشتن و درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است (۳). افسردگی حالتی خُلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار، احساس‌ها و خوشی و تندرستی افراد تأثیر بگذارد. متغیر دیگر تاب‌آوری[1] است که در این پژوهش به آن پرداخته می‌شود. تاب‌آوری نقطهٔ مقابل افسردگی و اضطراب بوده و توانایی فرد برای انطباق مناسب با اضطراب‌ها و ناملایمات زندگی تعریف شده است که در قالب اشکال مختلف مشکلات خانوادگی یا روابط با دیگران و مسائل مرتبط با سلامتی یا نگرانی‌های محل کار و اقتصادی خود را نشان می‌دهد (۵). اهمیت تاب‌آوری نیز برای این طیف از افراد جامعه انکارپذیر نیست؛ چراکه درمقایسه با سایر اعضای جامعه با مشکلات و اضطراب‌های بیشتری روبه‌رو هستند.

برای جلوگیری از تبعات سنگین کژکاری‌های روان‌شناختی و به‌دنبال آن مشکلات جسمی و روحی ناشی‌از افسردگی و اضطراب از روش‌های درمانی متنوعی چون شناختی‌رفتاری و دارودرمانی استفاده می‌شود. در حوزهٔ روان‌درمانی، درمان شناختی‌رفتاری از دههٔ ۱۹۷۰ مطرح شده است؛ اما در ادامهٔ بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای جبران کاستی‌های این رویکرد معرفی شدند که یکی از آن‌ها درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[2] است. این روش با استفاده از تلفیق روش های درمان سنتی شناختی‌درمانی و راهبردهای جدیدتری چون ذهن‌آگاهی یا مدیتیشن در قالب مدل درمانی توسط برنارد و تیزدل (۱۹۹۱) طراحی شد و سپس سگال و ویلیامز با الهام از برنامهٔ کاهش اضطراب مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کابات‌—زین آن را توسعه دادند (۶). در این روش بخش شناختی به آموزش دربارهٔ افسردگی و اضطراب می‌پردازد و ذهن‌آگاهی بر آگاهی روی افکار خودکار و احساس‌ها و پذیرش‌شان بدون واکنش یا چسبندگی به آن‌ها تمرکز دارد. ذهن‌آگاهی فرایندی است که تحت عنوان تمرکززدایی به افراد هنگامی که در مواجهه با الگوهای افکار منفی برانگیخته می‌شوند کمک می‌کند تا از قیدهای قضاوت و نقد خود و نشخوار ذهنی و نیز خُلق افسرده رها شوند. بنابراین بخشی از این رویکرد به‌شکل مستقیم با آموزش بنیادی تمرین‌های ذهن‌آگاهی مرتبط است. به‌عبارت‌دیگر این رویکرد قلمرویی است که پژوهش روان‌شناختی مدرن غربی با تمرین‌های باستانی به‌نحو زیبایی تلاقی پیدا می‌کند و مفاهیمی چون پذیرش تغییرات اجتناب‌ناپذیر به‌عنوان بخشی از فرایند زندگی، رشد نگاه مثبت به خود، برقراری و نگهداری ارتباطات یا درنظرگرفتن بحران‌ها در زندگی به‌منزلهٔ چالش‌هایی برای رشد، از اجزای مهم این رویکرد است (۷).

پژوهش‌های مختلفی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر اضطراب و افسردگی در گروه‌های مختلف جامعه بررسی کرده‌اند؛ اما دربارهٔ اثربخشی این درمان در زنان سرپرست خانوار پژوهشی توسط محققان یافت نشد. برای مثال مطالعهٔ شریفی ساکی، آخته، علی‌پور و همکاران (۸) نشان داد این درمان در کاهش اضطراب و نگرانی زنان دارای سقط جنین مؤثر بوده است. گلدین، منبر، حکیمی و همکارانشان (۹) در تحقیقی اثربخشی این درمان را بر اضطراب دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی بیان کردند. دربارهٔ اثربخشی این روش بر تاب‌آوری نیز، پژوهش حیدریان، زهراکار و محسن‌زاده (۱۰) مشخص کرد این روش بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. طرح شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی استفاده‌شده در این تحقیق متعلق به ولف و سرپا (۷) بود. با داشتن این مزیت که در آن به‌منظور ارتقای تاب‌آوری به‌شکل اختصاصی مرحله‌ای قرار داده شده است.

پژوهشگران در این پژوهش به بررسی اثربخشی این رویکرد بر اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار پرداختند؛ چراکه این قشر هم از نظر آماری و هم به‌دلیل تأثیر مستقیمشان به‌عنوان مادر و به‌تبع آن تأثیر بر بهزیستی کودکان یا سایر افراد تحت کفالتشان، قشر بااهمیتی محسوب می‌شوند. همچنین آن‌ها به‌دلیل مشکل‌های اقتصادی یا مشغلهٔ فراوان به‌سبب برعهده‌گرفتن نقش تأمین‌کنندهٔ مالی خانواده، افزون‌بر نقش سنتی خود به‌عنوان زن، نیاز به تاب‌آوری زیادی دارند. وضعیت بد اقتصادی موجب شده است که هم زنان سرپرست خانوار و هم فرزندان آن‌ها از اقشار بسیار آسیب‌پذیر جامعه دربرابر آسیب‌های اجتماعی باشند؛ به‌نحوی‌که نیازهای روانی و عاطفی این زنان اغلب نادیده گرفته می‌شود و درمقایسه با خانوارهای دارای سرپرست مرد، تنش و اضطراب و ناامنی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۱)؛ ازاین‌رو عمدتاً می‌توان یکی از علائم بیماری‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس و پرخاشگری را در آن‌ها مشاهده کرد که ناشی‌از دغدغه‌های این گروه از زنان برای آیندهٔ خود و فرزندانشان است (۱۲).

دربارهٔ سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار پژوهش‌های متعددی در ایران صورت گرفته است؛ اما در این بین

[1] Resilience

[2] Mindfulness based on cognitive behavior therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

جای خالی ارائهٔ پاسخی درخور به این مشکل‌ها در قالب طرح درمانی آزمایشی مقرون به‌صرفه و تأثیرگذار و کاربردی دیده می‌شود تا بدین‌طریق راه‌گشای رفع بخشی از مشکلات این گروه تأثیرگذار در جامعه باشد؛ لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار است.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون—پس‌آزمون با گروه کنترل بود. مداخله به صورت گروهی اجرا شد. جامعهٔ آماری را تمامی زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کمیتهٔ امداد امام‌خمینی منطقهٔ یک تهران در سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند و از بین آنان ۴۰ نفر انتخاب شدند که حاضر به شرکت در آزمایش بوده و طبق پرسشنامه‌ها نمرات اضطراب و افسردگی آنان زیاد بود. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی ها به پرسشنامه‌های مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون و افسردگی بک و اضطراب بک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند.

شرایط ورود به مطالعه شامل زنان سرپرست خانوار و رضایت برای شرکت در مطالعه و نداشتن درمان هم‌زمان با مداخله بود. شرایط خروج عبارت بود از شرکت‌نداشتن منظم در کلاس‌های آموزشی؛ انجام‌ندادن تکلیف‌های منزل، تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها.

ابزارهای ذیل در این مطالعه به‌کار گرفته شدند.

ـــ پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD–RISC))[1]: این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال است که از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و توسط کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳، جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شد. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ به‌دست آوردند. آن‌ها اعلام کردند این پرسشنامه با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس اضطراب ادراک‌شده و مقیاس آسیب‌پذیری درمقایسه با اضطراب شیهان همبستگی منفی معناداری دارد که این نتایج حاکی‌از اعتبار هم‌زمان این مقیاس است (به‌نقل از ۱۳). این پرسشنامه را در ایران محمدی در سال ۱۳۸۴ هنجار کرد. محمدی با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به‌روش همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل مقولهٔ ضریب‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ به‌دست آورد (به‌نقل از ۱۳).

ـــ پرسشنامهٔ افسردگی بک (BDI)[2]: این پرسشنامه را بک در سال ۱۹۶۱ طراحی کرد و دارای ۲۱ سؤال بوده که هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. افزایش نمره نشان‌دهندهٔ شدت افسردگی است. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و ازدست‌دادن اشتها ارتباط دارد. بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ در پژوهشی با تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را به‌دست آوردند. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران نیز در پژوهش‌های مختلف مطالعه شده است. برای مثال در مطالعهٔ هاشمی و همکارانش در سال ۱۳۸۹، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۶ ذکر شد (به‌نقل از ۱۴).

ـــ پرسشنامهٔ اضطراب بک (BAI)[3]: این پرسشنامه را بک در سال ۱۹۹۰ طراحی کرد و ۲۱ سؤال دارد. هر سؤال در طیف چهاردرجه‌ای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود که افزایش نمره نشان‌دهندهٔ شدت اضطراب است. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی و بدنی و هراس) را می‌سنجد. بک و همکارانش ضریب همسانی درونی آن را ۰/۹۲ و اعتبارش را با روش بازآزمایی به‌فاصلهٔ یک‌هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر، به‌دست آوردند (به‌نقل از ۱۵). کاویانی و موسوی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در جمعیت ایرانی بیمار و غیربیمار بررسی کردند. نتایج آزمون مدنظر روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ را نشان داد (۱۵).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، آمار توصیفی و استنباطی به‌منظور تجزیه‌وتحلیل نتایج به‌کار رفت که در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون تجزیه‌وتحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم به‌ذکر است قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس در سطح استنباطی، پیش‌فرض‌های این آزمون توسط آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و آزمون لوین بررسی شد. داده‌های این پژوهش نیز توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شدند. همچنین به‌لحاظ رعایت موضوعات اخلاقی، دررابطه با جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگران نظارت دقیقی بر تکمیل پرسشنامه‌ها داشتند و توضیح‌های لازم در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. این توضیح‌ها شامل آگاهی از حق انتخاب برای شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی، اهمیت شرکت در مطالعه و اطلاعات اندکی در ارتباط با موضوع تحقیق بود.

روش اجرا: همان‌طورکه قبلاً بیان شد مداخله در این پژوهش، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بود که آزمودنی‌ها در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. این شیوه نوعی روان‌درمانی است که در آن از شیوه‌های رفتاردرمانی شناختی سنتی به‌علاوهٔ راهبردهای جدیدتر روان‌شناختی نظیر ذهن‌آگاهی و مراقبه استفاده می‌شود. طرح درمانی استفاده‌شده در این پژوهش متعلق به ولف و سرپا بوده (۷) که خلاصهٔ جلسات آن در جدول۱ آمده است.

[1] Connor–Davidson Resilience Scale

[2] Beck depression inventory

[3] Beck anxiety inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

جدول۱. طرح مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

شماره	محتوای جلسه
جلسهٔ اول	تعیین اهداف، تنظیم خط‌مشی کلی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، شش روز تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی، نوار وارسی بدنی، برای توزیع نوارها و جزوات (جلسهٔ اول) شامل تکلیف خانگی و برگه‌های ثبت تکلیف‌ها.
جلسهٔ دوم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی تمرین افکار و احساس‌ها (پیاده‌روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبهٔ نشسته ۱۰ تا۱۵ دقیقه، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی، نوار وارسی بدنی شش بار در هفت روز ده‌دقیقه‌ای.
جلسهٔ سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، ۳۰–۴۰ دقیقه نشستن در حالت مراقبه (آگاهی از تنفس و انتقال بدن به آگاهی از حس‌های قوی بدنی)، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف (شامل وارسی بدنی، تنفس با حضور، تهیهٔ فهرست وقایع ناخوشایند)، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و بازنگری، درازکشیدن همراه با داشتن حضور ذهن و ادامه‌دادن به بازنگری ، قدم‌زدن با حضور ذهن و داشتن بازنگری، مشخص‌کردن تکلیف خانگی.
جلسهٔ چهارم	تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰دقیقه مراقبهٔ آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبه، یوگا، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای+دیدن نیمهٔ اول نوار ویدئویی شفا از درون و بحث دربارهٔ آن، کپی جزوات فاجعهٔ زندگی‌کردن برای کلاس، توزیع جزوات شرکت‌کنندگان در جلسهٔ چهارم، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌طور منظم (سه بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای.
جلسهٔ پنجم	چهل دقیقه مراقبهٔ نشستهٔ آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، توجه به چگونگی برقراری ارتباط ما با تجربه‌مان ازطریق توجه به واکنش‌هایمان درقبال افکار و احساسات یا حس‌های بدنی، بیان دشواری‌های ایجادشده در طی انجام تمرین و توجه به تأثیراتشان بر بدن و واکنش به آن‌ها، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، «مهمانسرا» خواندن شعر رومی و بحث دربارهٔ آن MBSR و تماشای نیمهٔ دوم فیلم ویدئویی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای و بازنگری، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌طور منظم، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای.
جلسهٔ ششم	مراقبهٔ نشستهٔ ۴۰دقیقه‌ای آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار به‌علاوهٔ یادداشتی از واکنش افراد به مشکل‌ها، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی (شامل مراقبهٔ بدون نوار و تنفس عمیق)، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق افکار و تمرین نظرها یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌طور منظم (دو بار در روز).
جلسهٔ هفتم	۴۰ دقیقه مراقبهٔ نشستهٔ آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خُلق، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌های منجربه حس از عهده‌برآیی، برنامه‌ریزی و تهیهٔ برنامه‌ای مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان کمبود یا عود، شناسایی کارهای لازم برای رویارویی با عود/بازگشت، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با حضور ذهن، ارائهٔ تکلیف خانگی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای منظم (سه بار در روز)، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان خود.
جلسهٔ هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهنده و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه‌های دونفره یاد گرفته شده و مرور کل برنامه، توزیع پرسشنامه بین شرکت‌کنندگان، وارسی و بحث دربارهٔ برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامهٔ تمرین، پایان‌دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه (تیله، سنگ، مهره).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

۳ یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۰ زن سرپرست خانوار بود که در فاصلهٔ سنی ۲۵تا۴۵سال قرار داشتند. میانگین سنی برای گروه آزمایش ۳۴/۵ سال و انحراف معیار ۵/۵ و در گروه کنترل ۳۶ سال و انحراف معیار ۵/۵۱ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است. از آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور تعدیل اثر پیش‌آزمون استفاده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد مقدار احتمال برای متغیر اضطراب (p=۰/۱۵۳) و متغیر افسردگی (p=۰/۱۳۴) و متغیر تاب‌آوری (p=۰/۱۲۰) بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات نیز مشخص کرد مقدار p برای متغیر اضطراب (p=۰/۲۱۴) و متغیر افسردگی (p=۰/۳۲۳) و متغیر تاب‌آوری (p=۰/۱۴۳) بیشتر از ۰/۰۵ است که فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات وجود داشت.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	توان آماری
اضطراب	آزمایش	۲۰	۱۸/۲۰۰	۳/۳۵۹	۲۸/۰۰۰	۶/۲۴۲	۵/۵۸۷	۰/۰۳۲	۰/۵۹۹
	کنترل	۲۰	۱۶/۸۰۰	۴/۰۲۲	۱۷/۳۰۰	۳/۴۳۳			
تاب‌آوری	آزمایش	۲۰	۷/۹۰۰	۱/۴۱۵	۸/۳۰۰	۱/۰۰۲	۲/۱۹۳	۰/۱۴۷	۰/۳۰۳
	کنترل	۲۰	۹/۷۰۰	۱/۶۶۸	۹/۶۰۰	۱/۹۷۷			
افسردگی	آزمایش	۲۰	۲۱/۱۵۰	۱/۵۴۳	۱۸/۲۵۰	۲/۵۶۷	۴/۱۲۵	۰/۰۲۸	۰/۴۵۲
	کنترل	۲۰	۲۲/۱۰۰	۱/۲۴۵	۲۲/۶۰۰	۰/۵۶۴			

همان‌طورکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین گروه آزمایش با مداخلات MBCT و گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند در میانگین نمرات متغیر اضطراب (p=۰/۰۳۲) و افسردگی (p=۰/۰۲۸) تفاوت معناداری مشاهده شد؛ درحالی‌که تأثیر گروه درمانی MBCT در نمرات تاب‌آوری در سطح ۹۵درصد اطمینان (p=۰/۱۴۷) معنادار نبود.

۴ بحث

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد بین گروه آزمایش که مداخلات شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را دریافت کردند و گروه کنترل که تحت درمان MBCT قرار نگرفتند از نظر متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. همان‌طور که در مقدمه نیز بیان شد پژوهشی توسط محققان یافت نشد که به بررسی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان سرپرست خانوار پرداخته باشد؛ اما نشان داده شده درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی میزان اضطراب و افسردگی را در دانشجویان به‌نحو چشمگیری کاهش می‌دهد (به‌نقل از ۸). در ایران نیز مطالعهٔ کاویانی به‌منظور بررسی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر حضور ذهن بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰روزه انجام شد و مشخص کرد نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل کاهش چشمگیری پیدا کرده است (۱۴). آرچ و کرسک نیز در مطالعهٔ خود دریافتند شرکت‌کنندگانی که ۱۵ دقیقه تنفس متمرکز داشتند (یکی از تمرین‌های ذهن‌آگاهی) درمقایسه با افراد بدون این نوع تنفس، عاطفهٔ منفی کمتری را گزارش کردند (۱۶). همچنین تحقیقات آذرگون و کجباف مؤید اثربخشی روش درمانی شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند در دانش‌آموزان افسرده بود (۱۷). درنهایت پژوهش‌های جمشیدی و لعلی (۱۸) نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به پسوریازیس می‌شود.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید گفت براساس شناخت‌درمانی با مدل درمانی MBCT اجتناب از تجارب ذهنی ناخواسته کاهش یافته و فرد این تجارب را بدون درنظرگرفتن درونی یا بیرونی آن‌ها، جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفته است و فرد از نظر روانی بهبود می‌یابد. درضمن MBCT با تمرین آرام‌سازی و تعدیل افکار و باورهای فرد نقشی اساسی را در بهبود افسردگی دارد؛ بنابراین افزایش پذیرش تجارب منفی بدون هیچ‌گونه واکنشی در این زنان در پژوهش حاضر و آرام‌سازی و تعدیل افکار سبب کاهش افسردگی در آنان می‌شود؛ زیرا یکی از جنبه‌های مهم درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۱۷).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب در زنان سرپرست خانوار می‌شود. نتایج این پژوهش با تحقیق شریفی ساکی و همکاران (۸) که تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و نگرانی زنان دارای سقط مکرر جنین را تأیید کرد و نیز پژوهش گلدین و همکاران (۹) که مشخص کردند آموزش کاهش اضطراب مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش داده، همسوست. در تبیین این نتیجه از پژوهش می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار در زندگی حامی روانی ندارند؛ لذا با شرکت در گروه‌درمانی شناختی با راهنمایی درمانگر و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

اطرافیان در گروه، انگیزۀ کافی را برای کاهش مشکلات روانی می‌یابند و برای آن اقدام می‌کنند. در روش‌های MBCT فرد با تغییر باورها و نگرش‌ها و همچنین تمرینات مربوط به ذهن‌آگاهی، یاد می‌گیرد اضطراب خود را بهتر مدیریت کند (۱۸). در برنامۀ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی افراد می‌آموزند در زمان حال زندگی کنند و با انحراف توجه خود از تجارب مبتنی‌بر گذشته و آینده به تجارب زمان حال، راهبردهای کارآمد و مؤثری را برای کاهش اضطراب به‌کار برند. به‌علاوه ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند به آن چیزی که وجود دارد توجه کنند، بدون اینکه بخواهند آن را تغییر دهند یا از آن اجتناب ورزند. بدین‌ترتیب افکار و هیجان‌های قوی کمتر برانگیخته شده و فرد متوجه می‌شود که مجبور نیست درگیر آن‌ها شود یا از آنان دوری کند و هم‌زمان با این نکات توسط اصول شناخت‌درمانی افکار و باورهای غلط نیز اصلاح می‌شود (۸).

همچنین نتایج حاضر از این پژوهش نشان داد درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری ندارد. همان‌طورکه قبلاً نیز ذکر شد پژوهشی توسط محققان یافت نشد که به بررسی تأثیر این مداخلۀ درمانی بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار پرداخته باشد؛ اما باتوجه به نتایج تحقیق حیدریان و زهراکار (۱۰)، آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. دلیل ناهمخوانی بین نتایج پژوهش حاضر و مطالعۀ مذکور می‌تواند به تفاوت در جامعۀ آماری این دو پژوهش مربوط باشد. تاب‌آوری به توانایی انسانی گفته می‌شود که به‌طور موفقیت‌آمیز موقعیت نامطلوب را پشت سر گذارده وبا آن تطابق پیدا می‌کند و باوجود مواجهه با مشکل‌های زندگی به توانایی تحصیلی و هیجانی و اجتماعی دست می‌یابد. انگیزۀ اصلی ازدواج در زنان، امنیت روانی است و شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند تا حد زیادی احساس‌های فرد را بهبود بخشد و اضطراب و افسردگی را در آن‌ها کاهش دهد؛ ولی نمی‌تواند امنیت را که مقولۀ روانی زیربنایی است، بهبود بخشیده و لذا نمی‌تواند تاب‌آوری زنان را در زندگی افزایش دهد. بااین‌وجود انجام تحقیقات دیگر جهت بررسی این ناهمخوانی بین نتایج پژوهش‌ها به دیگر محققان توصیه می‌شود. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری دردسترس که تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل روبه‌رو می‌سازد و نیز استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی و نبود دورۀ پیگیری اشاره کرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نقشی که اضطراب و افسردگی در کیفیت زندگی و سلامت روان سرپرست خانوار بازی می‌کند و نیز براساس نتایج این پژوهش که حاکی‌از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار است، استفاده از این روش به متخصصان بالینی در این زمینه توصیه می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]

References

1. Mohtashmi T, Aliakbaridehkordi M, ChymeN, Alipour A, Ofoghi H. The effect of training of pivotal response treatment to mothers of autistic children on family functioning. Journal of Family Research. 2012;8(3):273–89. [Persian]
2. Bozikas V, Parlapani E. Resilience in patients with psychotic disorder. Psychiatriki. 2016;27(1):13.
3. Khushabi K, FarzadFard SZ, Kakasoltani B, Pouretemad HR, Nikkahe HR. Coping strategies and stress in mothers with autistic children in comparison with mothers with normal children. Journal of Family Research. 2010;6(1):87–97. [Persian]
4. HosseniGhadamgahi J, Dejkam M, Bayanzadeh SA, Phaze A. The quality of relationship, stress and coping strategy in patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1998;4(1):14–25. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1719-fa.html
5. Roemer L, Orsillo SM, Salters–Pedneault K. Efficacy of an acceptance–based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. Consulting Psychology. 2008;76(6):1083–9. doi:10.1037/a0012720
6. Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. Journal of Rational–Emotive and Cognitive–Behavior Therapy.2005;23(2):131-51. doi:10.1007/s10942-005-0007-9
7. Wolf C, Serpa JG. A clinician's guide to teaching mindfulness: The comprehensive session–by–session program for mental health professionals and health care providers. 2nd edition, England: Taylor and Francis; 2015, pp:216–28.
8. Sharifi Saki S, Akhte M, Alipor A, Fahimi–Far A, Taghadosi M, Karimi R, et al. The effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy in reducing anxiety and meta–worry in women with recurrent miscarriages. Feyz. 2015;19(4):334–40. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2790-fa.html
9. Goldin PR, Manber T, Hakimi S, Canli T, Gross JJ. Neural bases of social anxiety disorder: Emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. Archive of General Psychiatry. 2009;66:170–80. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.525
10. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer: A randomized trial. Iranian Journal of Breast Disease. 2016;9(2):52–9. [Persian] http://ijbd.ir/article-1-529-fa.html
11. Ganji M, Mohammadi J, Tabriziyan Sh. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2013;2(3):136–42. [Persian] http://journals.uma.ac.ir/article_127.html
12. Hasting RP, Kovshoff H, Ward NJ, Espinosa F, Brown T. Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre–school children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2005;35(1):635–44. doi:10.1007/s10803-005-0007-8
13. Nasir M. The relationship strategies coping with stress and resilience with optimism in female high school students in Dezful city. Journal of Social Psychology. 2010;5(16):57–70. [Persian]
14. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness–based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: a sixty day follow–up. Advances in Cognitive Science. 2005;7(1):49–59. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-117-fa.html
15. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck anxiety inventory (BAI). Tehran University Medical Journal. 2008;6(2):136–40. [Persian] http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html
16. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing inducrion. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(12):1849–58. doi:10.1016/j.brat.2005.12.007
17. Azargoon H, Kajbaf MB, Molavi H, Abedi MR. The effect of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of isfahan university. Clinical Psychology & Personality. 2009;1(34):13–20. [Persian]. http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-353-en.html
18. Jamshidi M, Lalie M. Effect of cognitive therapy based on mind–awareness on depression and anxiety in women suffering from Psoiasis in Isfahan city. In: The first international conference on modern research in the field of psychology and social sciences in Iran. Iran, Qom: Permanent Secretariat of the Conference; 2016. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-ESCONF01-ESCONF01_741.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.25.7]