

اثربخشی استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مهدیه رحمانی^۱

مهدیه صالحی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم اضطرابی بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی به شیوه‌ی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران در سال ۱۳۹۶ بود که از بین آن‌ها، ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش و بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه یک ساعته قرار گرفتند. آزمودنی‌ها توسط مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (فرست و همکاران، ۱۹۹۷)، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (اسپیتر و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) ارزیابی شدند. داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی آموزش در کاهش علائم اضطرابی بود ($F(1,26)=63/67, P<0/001$). این آموزش با کاهش علائم اضطرابی، نقش مهمی در کاهش پیامدهای ناشی از اختلال اضطراب فراگیر برای بیمار و همچنین خانواده‌های آنان خواهد داشت و می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های کمکی، حمایتی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های دارویی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر.

^۱ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۱. مقدمه

هنگامی اختلال‌های اضطرابی^۱ در ادبیات روانشناسی بالینی و روان‌پزشکی توجه زیادی دریافت کرده‌اند، با این حال همان‌طور که داگاس^۲ (۲۰۰۰، به نقل از رایبچاد، ۲۰۱۳) بیان می‌کند نسبتاً تعداد اندکی از این بررسی‌ها بر اختلال اضطراب فراگیر^۳ (GAD) متمرکز بوده‌اند. اختلال اضطراب فراگیر یکی از چالش برانگیزترین اختلال‌های اضطرابی به لحاظ تشخیص و درمان محسوب می‌شود. این اختلال شایع‌ترین اختلال اضطرابی است و فرایندهای محوری آن معرف فرایندهای اصلی دخیل در همه‌ی اختلال‌های اضطرابی است (بارلو، ۲۰۰۴). مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ (DSM-V) میزان شیوع یک ساله‌ی این اختلال در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان به ترتیب ۹ و ۲/۹ درصد و در میان جمعیت سایر کشورها در دامنه‌ای از ۰/۴ درصد تا ۳/۹ درصد است و به عنوان یک‌رشته نگرانی‌های افراطی که بیشتر روزها برای مدت ۶ ماه روی می‌دهد و حداقل دو موضوع نگرانی را در برمی‌گیرد، تعریف شده است. علاوه بر این شخص به سختی می‌تواند نگرانی خود را کنترل کند. به انضمام اینکه علائمی از قبیل تحریک‌پذیری، بی‌قراری، عصبانیت، خستگی زودرس، اشکال در تمرکز و حافظه، تنش عضلانی و اختلال خواب را نیز ممکن است تجربه شود که این مشکلات باعث اختلال در زندگی روزمره و مشکلات اجتماعی شده و هزینه‌های اقتصادی فراوانی را به دنبال خواهد داشت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) که در صورت توجه به سبب‌شناسی و درمان این اختلال شایع و مزمن می‌توان مشکلات ناشی از آن را کاهش داد.

لذا با توجه به وجود چنین مشکلاتی، هزینه‌هایی که این اختلال به همراه دارد، نرخ پایین پاسخ به نمایش موجود و پیش‌آگهی ضعیف برای این اختلال نیاز به توجه بیشتر و درمانی اثربخش برای آن احساس می‌شود. به نظر می‌رسد درمانی برای این اختلال اثربخش است که در کوتاه‌ترین زمان بیشترین اثربخشی را داشته باشد. در پی میزان پائین نرخ بهبودی نمایش موجود در درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، چندین مدل درمانی معرفی شدند که یکی از آن‌ها، استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBSR) است که نخستین بار توسط کابات-زین طراحی شده است (یانگ، لیو، ژانگ و لیو، ۲۰۱۵؛ سونگ، لو، چن، جنگ و وانگ، ۲۰۱۴). استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است؛ از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می‌شود (کابات-زین و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از ستارپور، احمدی و صادق زاده، ۱۳۹۴). ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود (جانسکی و لوکجان، ۲۰۱۰). در این الگو در واقع ذهن آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای است که در حال حاضر در جریان است. این توجه دارای ویژگی غیرقضاوتی و همراه با پذیرش است (روزنویگ و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی اثرات خود را از طریق چهار مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان، و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد که واقع‌بین شدن و پذیرش استرس و اضطراب به همین شکلی که هست سبب می‌شود تا احساس آن کمتر شود (فاضلی، ۱۳۹۳، به نقل از حسینی، ۱۳۹۴). پذیرش و تمرکز حواس دو مفهوم نزدیک و مرتبط به هم هستند. تصور می‌شود

¹ anxiety disorders

² Douglas

³ generalized anxiety disorder

⁴ diagnostic and statistical manual of mental disorder- fifth edition

⁵ Mindfulness-Based Stress Reduction

پرداختن به توجه آگاهانه و توسعه ارتباط پذیرش بیشتر با تجربه لحظه حال حاضر مفید است، زیرا آن‌ها می‌توانند افراد را به رها کردن عادت‌ها، واکنش‌های غیر مفید برای تجربه فعلی قادر سازند و در عوض باعث انتخاب راه‌های مفیدتر برای پاسخ شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۱، ۲۰۱۲؛ به نقل از کاواناگ و همکاران، ۲۰۱۴). در برخی از مطالعات اثربخشی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطرابی (زیدان و همکاران، ۲۰۱۰؛ بهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰؛ گلدین و گروس، ۲۰۱۰؛ لیچ، باون و مارلات، ۲۰۰۵؛ کابات-زین، ۲۰۰۳) مورد تأیید قرار گرفته است.

با توجه به این‌که اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلالی ناتوان‌کننده در نظر گرفته می‌شود؛ شیوع بالای آن و با در نظر گرفتن آن به عنوان یک اختلال ناتوان‌کننده و تأثیر آن در عملکرد فرد که با کیفیت پایین زندگی همراه است و از آن جایی که درمان‌های دارویی به تنهایی نمی‌توانند در کاهش علائم این اختلال مؤثر باشند، شناسایی درمان روان‌شناختی که بتواند در کوتاه‌ترین زمان اثربخشی بیشتری برای کمک به این افراد داشته باشد، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به ماهیت استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی و این‌که از جمله مداخلات کوتاه مدت روان‌شناختی است، این سؤال بوجود می‌آید که آیا در کاهش علائم اضطرابی افرادی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است و یا نه و این تأثیر چگونه است؟

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی^۲ است با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل^۳ می‌باشد که به بررسی اثربخشی آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افراد دارای رگه‌های اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است. علت شبه آزمایش بودن طرح، ناتوانی از تصادفی سازی دستیابی به شرکت‌کنندگان در گروه نمونه پژوهش است. در روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل دو گروه از آزمودنی‌ها انتخاب می‌شوند، قبل از اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایش هر دو گروه مورد سنجش (پیش‌آزمون) قرار می‌گیرند، پس از اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایشی دوباره هر دو گروه مورد سنجش پس‌آزمون قرار می‌گیرند (بیفولکو، ۲۰۱۲؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۱۱). جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تهران می‌باشد که از بین آن‌ها ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. ملاک‌های ورودی عبارت‌اند از: ۱- داشتن ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (GAD-7) و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM-5، ۲- عدم ابتلا به اختلال سوءمصرف مواد، ۳- رضایت آگاهانه از روش درمانی در فرایند پژوهش، ۴- عدم دریافت مداخله‌های روان‌درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان و ۵- محدوده‌ی سنی بین ۲۰ الی ۵۰ برای بیماران. ملاک‌های خروجی نیز شامل موارد زیر بود: ۱- سابقه‌ی مشکلات و ناتوانایی‌های متوسطه تا شدید یادگیری (جهت جلوگیری از تداخل در توانایی تکمیل درست پرسشنامه‌ها و شرکت در پژوهش)، ۲- وجود بیماری جسمی حاد، ۳- دریافت درمان‌های روان‌شناختی (دست‌کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش) و ۴- مصرف داروهای روان‌پزشکی (دست‌کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش). ابزارهای پژوهش که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از:

¹ Segal, Williams & Teasdale

² semi experimental

³ pretest-posttest group design

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I)^۱: در ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (براساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-TR)، SCID-I ابزار جامع معیار شده‌ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). اجرای این ابزار به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره‌ی پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد و به همین دلیل مصاحبه‌کننده باید در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I/CV) که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و غالباً برای استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه‌ی پژوهشی کامل تر و طولانی‌تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص‌ها و نیز زیر نوع‌های آن‌ها و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است (گروث-مارنات، ۲۰۰۹). تران و اسمیت (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای این مصاحبه گزارش کرده‌اند. نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده‌اند.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ سؤالی (GAD-7)^۲: این مقیاس توسط اسپیتزر، کروتنک، ویلیامز و لوو (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال می‌باشد که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ‌وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند، گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. در آخر پرسشنامه سؤال ۸ ارائه می‌شود که به این نکته می‌پردازد که هر یک مشکلات مطرح شده در ۷ سؤال اول تا چه اندازه در انجام کار، امور مربوط به خانه یا ارتباط فرد با دیگران مشکل ایجاد کرده است. گزینه‌های انتخابی عبارت‌اند از به‌هیچ‌وجه، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد. نقاط برش برای پرسشنامه عبارت‌اند از ۵ (خفیف)، ۱۰ (متوسط)، ۱۵ (شدید). اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سؤالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سؤال آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار^۳ (PHQ-8) گردیده و ۷ سؤال دیگر مربوط به اضطراب بوده و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) گردیده است. آن‌ها همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس (GAD-7) را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب بک، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90)، پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب بک ۰/۷۲، چک‌لیست نشانه‌های روانی ۹۰ سؤالی (SCL-90) ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (SF-20) و ابعاد آن بین ۰/۳۰ برای بعد عملکرد جسمی تا ۰/۷۵ برای بعد سلامت روانی به دست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک‌لیست نشانه‌های روانی (SCL-90) ۰/۶۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی (SF-36) ۰/۲۸- به دست آمد. همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال

¹ Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID)

² Generalized Anxiety Disorder Scale- 7 item

³ Patient Health Questionnaire

اضطراب فراگیر (GAD-7) از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ حاکی از پایایی مناسب این آزمون بوده است (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)^۱: این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ بخشی خودگزارشی است که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد ارزیابی می‌کند. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند تجربه می‌کنند (بک و استیر، ۱۹۹۰). در مجموع نمره‌ی آزمودنی‌ها بین صفر تا ۶۳ متغیر است. نمره‌ی کمتر از ۷ نشانه‌ی هیچ یا کمترین حد اضطراب؛ ۸-۱۵ بیانگر اضطراب خفیف؛ نمره‌ی ۱۶-۲۵ نشانه‌ی اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ بیانگر اضطراب شدید است (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). این مقیاس، گروه‌های تشخیصی مبتلا به اضطراب را از گروه‌های غیر مضطرب تفکیک می‌نماید. این پرسشنامه دارای همسانی درونی ۰/۹۲، اعتبار بازآزمایی برای یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است، به‌علاوه مقیاس اضطراب بک همبستگی متوسطی را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون^۲ (HARS) (همیلتون، ۱۹۵۹) نشان می‌دهد که برابر ۰/۵۱ است، و همچنین روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این آزمون در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی این آزمون را (r=۰/۷۲، p=۰/۰۰۱)، پایایی (r=۰/۷۲، p=۰/۰۰۱) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ=۰/۹۲) را گزارش کردند. همچنین در مطالعه‌ی دیگر بر روی نمونه‌ی ۶۰۰ نفری از دانشجویان ایرانی پایایی پرسشنامه‌ی اضطراب بک، ۰/۹۰ گزارش شد (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲).

افرادی که بر اساس پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی، دارای اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شدند، با توجه به معیارهای ورود و خروج از پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه یک ساعته قرار گرفتند (محتوای جلسات در جدول یک ارائه شده است) اما گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. هر دو گروه، در ابتدا و انتهای مداخله، توسط پرسشنامه اضطراب بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس^۳ (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اعضاء گروه و معرفی اعضاء توسط خودشان، بیان مقررات و قوانین مربوط به گروه و کلاس مربوطه، تمرین خوردن کشمش (ابتدا لمس کردن آن و بیان حس‌ها توسط گروه سپس بو کردن، نگاه کردن و بعد در دهان گذاشتن و مززه کردن و به آرامی در دهان چرخاندن و خیلی آهسته جویدن و خوردن آن)، صحبت کردن گروه در مورد تمرین انجام شده در گام دوم، دراز کشیدن روی زمین و انجام معاینه‌ی بدن با چشمان بسته و توسط ذهن به مدت نیم ساعت، صحبت در مورد تمرین انجام شده در گام چهارم و جويا شدن از حس‌ها و عواطف و افکار آن‌ها در حین تمرین

¹ Beck Anxiety Inventory

² Hamilton's Anxiety Rating Scale

³ Analysis of covariance

دوم	<p>صحبت کوتاه و چند دقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطفشان، دراز کشیدن و انجام معاینه‌ی هوشیارانه بدن به مدت نیم ساعت، صحبت با اعضا در مورد تمرین گام دوم و پاسخ به سؤالات اعضا، ایستادن و انجام چندین حرکت کشش یوگا و تکان دادن بدن با چشمان بسته به مدت ده دقیقه، صحبت درباره تکالیف هفته گذشته (خوردن هوشیارانه، انجام بادی اسکن با سی دی و حل تمرین ۹ نقطه)، انجام تمرین ۹ نقطه روی تخته و توضیح در مورد آن، نشستن با چشمان بسته به منظور رها کردن افکار، عواطف و احساسات و تمرکز بر نفس برای اینجا بودن به مدت ده دقیقه</p>
سوم	<p>صحبت کوتاه و چند دقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطفشان، دراز کشیدن روی زمین و انجام تمرینات یوگا به مدت نیم ساعت، صحبت در مورد تمرین انجام شده در گام دوم و جویا شدن از حس‌ها و عواطف و افکار آن‌ها در حین تمرین، صحبت در مورد تمرینات هفته گذشته با اعضا، نشستن و انجام تمرین شکمی با چشمان بسته</p>
چهارم	<p>صحبت کوتاه و چند دقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطفشان، نشستن هوشیارانه، صحبت در مورد تمرین انجام شده و جویا شدن از حس‌ها و عواطف و افکار آن‌ها در حین تمرین، ایستادن و انجام چند حرکت کششی یوگا به مدت ده دقیقه، صحبت با اعضا در مورد تمرینات هفته گذشته به خصوص یوگا، صحبت کردن در مورد تجارب ناخوشایند و انجام این تمرین روی تخته به کمک اعضا، نشستن و انجام تمرین شکمی با چشمان بسته</p>
پنجم	<p>صحبت کوتاه و چند دقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطفشان، ارزشیابی نیمه دوره- صحبت با گروه در مورد سؤالات: ۱. آیا در حال یادگیری و تغییر هستید؟ ۲. در حال حاضر در کجا قرار دارید؟ ۳. آیا بنا به تعهدی که دارید تمرین کرده‌اید؟ اگر نه چرا؟ ۴. آیا مایل به تعهد جدیدی هستید؟ اعضا گروه دوبه‌دو روبروی هم می‌نشینند و درباره ۴ سؤال بالا با هم بحث می‌کنند، ایستادن و انجام حرکات یوگا، نشستن هوشیارانه به مدت نیم ساعت تا چهل دقیقه برای رها کردن افکار و عواطف و با استفاده از نفس بودن در اینجا و نگاه کردن به مسیر در جریان عواطف، احساسات، بدن و افکار و درک کردن آن‌ها و سپس رها کردنشان</p>
ششم	<p>رفتن گروه به کنار پنجره و نگاه کردن به شهر، نشستن مراقبه‌ای با استعاره از شهر، صحبت درباره شهر درون با گروه، از اعضا بخواهیم روی حس فعلی خود اسم بگذارند مثلاً غم، شادی، نگرانی، بی‌حوصلگی، سردرگمی و ...، راه رفتن و قدم زدن هوشیارانه، نشستن مراقبه‌ای و دقت بر نفس</p>
<p>روز سکوت یا روز هوشیاری: در صورت امکان بعد از جلسه ششم و قبل از جلسه هفتم یک روز از ساعت ۹ تا ۲-۳ بعدازظهر گروه تمام تمرینات انجام شده را مرور کرده و آن روز اعضای گروه در سکوت کامل این تمرینات را انجام می‌دهند حتی صرف ناهار نیز در سکوت انجام می‌شود.</p>	
هفتم	<p>از اعضا خواسته می‌شود در جایی از کلاس که هیچ‌وقت آن قسمت را دوست نداشته‌اند بنشینند، صحبت کردن با اعضا در مورد گام اول، نشستن مراقبه‌ای، صحبت کردن درباره جلسات گذشته و احساس حضور در جمع اینجا، قدم زدن آگاهانه به مدت یک ربع</p>
هشتم	<p>صحبت کوتاه و چند دقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطفشان، دراز کشیدن و انجام معاینه‌ی هوشیارانه بدن به مدت نیم ساعت، صحبت در مورد تمرین انجام شده و تغییرات به وجود آمده در اعضا در طی این دو ماه، صحبت پایانی اعضا گروه برای یکدیگر، توصیه‌های برای فارغ‌التحصیلان این دوره</p>

۳. یافته ها

اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و سن در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	گروه		
	آزمایش	کنترل	
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۵ (%۳۳/۳)	۸ (%۵۳/۳۳)
	کاردانی	۳ (%۲۰)	۲ (%۱۳/۳)
	کارشناسی	۷ (%۴۶/۷)	۴ (%۲۶/۷)
	ارشد و بالاتر	۰	۱ (%۶/۷)
	کل	۱۵ (%۱۰۰)	۱۵ (%۱۰۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۵ (%۳۳/۳)	۶ (%۴۰)
	متأهل	۱۰ (%۶۶/۷)	۹ (%۶۰)
	کل	۱۵ (%۱۰۰)	۱۵ (%۱۰۰)
شغل	خانه‌دار	۱۲ (%۸۰)	۱۳ (%۸۶/۷)
	دولتی	۳ (%۲۰)	۲ (%۱۳/۳)
	کل	۱۵ (%۱۰۰)	۱۵ (%۱۰۰)
سن	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
	۳۴/۲۶ (۸/۵۱)	۳۳/۸ (۱۲/۷)	
تعداد فرزندان	۱ (۱)	۱/۰۶ (۱/۲۷)	

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیر علائم اضطرابی به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر علائم اضطرابی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
علائم اضطرابی	آزمایش	۳۳/۸۶	۱۱/۹۳	۱۲/۱۷	۶
	کنترل	۲۶/۴۶	۲۵/۹۳	۷/۲۴	۶/۱۹

با توجه نتایج جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که بین میانگین نمرات هر دو متغیر نشانه‌های اضطراب و علائم اضطرابی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد به طوری که نمرات گروه آزمایش پس از آموزش استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است. با توجه به اینکه افراد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطرابی زنان مبتلا

به اختلال اضطراب فراگیر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در ابتدا برای اجرای این آزمون آماری مفروضات آن لحاظ گردید که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول شماره ۴. نتایج پیش فرض‌های آزمون لون (برابری واریانس‌ها)، تحلیل واریانس یک بعدی (خطی بودن و انحراف از خطی بودن)، همگنی شیب رگرسیون‌ها و نرمال بودن

متغیر	نوع پیش فرض	F	P
علائم اضطرابی	همگنی واریانس‌ها	۱/۳۴۱	۰/۲۵۷
	خطی بودن	۱/۴۸۱	۰/۲۴۱
	انحراف از خطی بودن	۲/۶۶۷	۰/۱۰۰
	همگنی شیب رگرسیون‌ها	۰/۴۹۸	۰/۴۸۵

بر اساس داده‌های جدول ۴، نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس تفاوت معنی‌داری ندارند، بنابراین این پیش فرض جهت انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است. همچنین، علی‌رغم این که سطح معناداری مقادیر F آزمون خطی بودن بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است اما با توجه به این که در این پژوهش سطح معناداری آزمون انحراف از خطی بودن بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، می‌توان نسبت به برقراری مفروضه خطی بودن اطمینان حاصل کرد. همچنین، چون سطح معناداری مقادیر F آزمون همگنی شیب رگرسیون‌ها بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، می‌توان استنتاج کرد که مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز برقرار است. همچنین با توجه مقدار نرمال بودن به دست آمده (برآمده از آزمون کولموگروف اسمیرنف) بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی نرمال بودن نیز برای انجام تحلیل نهایی برقرار است.

جدول شماره ۵. تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم اضطرابی

منبع	مجموع	درجه	میانگین	آماره	P	مجذور
پیش آزمون	۲۹۵/۶۱	۱	۲۹۵/۶۱	۱۰/۶۹	* ۰/۰۱	۰/۲۸
آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس	۱۷۶۰/۰۱	۱	۱۷۶۰/۰۱	۶۳/۶۷	** ۰/۰۰۱	۰/۷
خطا	۷۴۶/۲۴	۲۷	۲۷/۶۳			
کل	۱۳۲۶۶	۳۰				

$p < ۰.۰۰۱$ **, $p < ۰.۰۱$ *

بر اساس جدول شماره ۵، می‌توان مشاهده کرد که استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب کاهش معنادار علائم اضطرابی نسبت به گروه کنترل شده است ($F(1,26)=63/67, P<0/001$). مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که حدود ۷۰ درصد واریانس علائم اضطرابی از طریق آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی تبیین می‌شود.

۴. بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش بیانگر اثربخشی آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطرابی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($F(1,26)=63/67, P<0/001$). نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات کرین (۲۰۱۷)، تانی، لوتان و

برنستین (۲۰۱۲)، کهارت (۲۰۱۲)، زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، سالیوان و همکاران (۲۰۰۹)، سمپل، رید و میلر (۲۰۰۵) و کابات زین (۲۰۰۳) که نشان دادند برنامه استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشانه‌های استرس و اضطراب را در بیماران مبتلا به اضطراب کاهش می‌دهد و فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و به تبع این‌ها کاهش اضطراب مؤثر است.

در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، سوء تعبیر از نشانه‌های مربوط به موقعیت‌های مختلف منجر به ایجاد یک چرخه معیوب ترس از ترس می‌شود و این خود موجب ترس از موقعیت‌های بی‌خطر در این افراد می‌شود. این امر موجب افزایش فراوانی و شدت احساسات بدنی و روانی ناشی از موقعیت‌های اجتماعی شده و ترس از این احساسات را شدت می‌بخشد (اندرسون و هوپ^۱، ۲۰۰۹). به نقل از مشهدی و همکاران (۱۳۹۲). برخلاف پاسخ‌های خودکار به علائم اضطراب، خود نظارتی علائم به گرایش بیشتر به سمت علائم منجر می‌شود؛ بسیاری از مراجعان گزارش می‌کنند که در طول ذهن آگاهی نگران می‌شوند و بنابراین تکرار تجربه تمرین ممکن است به افراد یاد بدهد که آن‌ها می‌توانند نگران باشند، بدون اینکه نیاز باشد به این نگرانی پاسخ دهند. این مطلب نشان می‌دهد که اگر آن‌ها فقط اجازه دهند که نگران شوند و بر چیز دیگری تمرکز کنند (تنفس شکمی) نگرانی یا تجربه‌شان از نگرانی تدریجاً تغییر می‌کند. نتیجه تحقیق نشان می‌دهد که ذهن آگاهی در پذیرش بیشتر و اجتناب کمتر تجارب درونی دخیل است. در حقیقت افراد دارای اضطراب، فاقد آگاهی‌های بدون قضاوت و کنجکاوانه نسبت به لحظه حال هستند. بنابراین به واسطه ذهن آگاهی، پردازش افکار و احساس قابل مشاهده به عنوان اتفاقات عینی در ذهن روی می‌دهد. ذهن آگاهی با افزایش سطح هوشیاری و پذیرش غیرقضاوتی افکار و هیجان‌ها مرتبط با آن، نظم بخشی هیجانی را گسترش می‌دهد. تجربه این واکنش‌های هیجانی اطلاعاتی را در مورد پاسخ‌های خودکار فیزیولوژیکی در اختیار فرد قرار می‌دهد که این اطلاعات، خود، می‌تواند راهنمای وی در برخورد با دیگران و ارائه پاسخ‌های رفتاری مؤثرتر باشد (کیریوس^۲، ۲۰۰۸). به نقل از رحیمی، احمدیان، مسلمی، قادری و خوشروی، (۱۳۹۳).

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 نشانه‌های اضطراب برانگیخته شده است (پیترسون و پی‌برت، ۱۹۹۲). در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های اضطراب را در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد. این روش با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ای حال و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک و اضطراب می‌شود (کابات زین و هان، ۲۰۰۹). بیر (۲۰۰۳)؛ به نقل از چمرکوهی و امینی، (۱۳۹۱) عقیده دارد که تنها توجه بیمارگونه است که اساس نشانه‌های اضطراب است و افزایش کنترل توجه بایستی در کاهش اضطراب مؤثر باشد. تکنیک‌های آموزش ذهن آگاهی اساساً تکنیک‌های افزایش توجه هستند که در درمان بیماران مبتلا به اضطراب مفید واقع می‌شوند (سمپل و همکاران، ۲۰۰۵)؛ به نقل از گل‌پور و امینی، (۱۳۹۱).

ذهن آگاهی بیان می‌کند که افراد به جای پرهیز از احساسات سخت یا واکنش نشان دادن نسبت به آن‌ها، آن‌ها را بپذیرند و نسبت به آن‌ها توجه ذهن آگاه داشته باشند. این کار معمولاً باعث می‌شود شدت هیجان و درد ناشی از آن کاهش یابد و نیز ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد پاسخی حساب شده و معقول به جای بروز واکنش آنی و خود به خود بدهند که این امر میزان فشار خون را که موجب بیماری‌های قلبی می‌شود، کاهش می‌دهد و سطح هورمون‌های استرس را

¹ Anderson & Hope

² Kyrios

در جریان خون کاهش می‌دهد. در این زمان افراد احساس می‌کنند کنترل بیشتری روی خودشان دارند زیرا قادر هستند انتخاب کنند که چطور به جای واکنش خود به خودی و ناخواسته، به رفتار دیگران پاسخ دهند (رشیدی شیراز، ۱۳۹۳). همچنین فرض بر این است که ذهن آگاهی به واسطه کاهش تنش ماهیچه‌ای، منجر به تغییراتی در اضطراب می‌شود. بنابراین راهبردهای مورد استفاده در این تمرین، رابطه فرد با تجارب درونی‌اش را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود مراجع به پاسخ‌های مضطرب کننده توجه کند و به جای اجتناب، تشویق می‌شود تا با آن‌ها مواجه شود و آن‌ها را بپذیرد. بنابراین ذهن آگاهی با تأکید بیشتر بر جزء فیزیولوژیکی منجر به تأثیرات گسترده بر ابعاد فیزیولوژیکی اضطراب می‌شود (نریمانی، تکلوی، ابوالقاسمی و میکائیلی، ۱۳۹۳).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن پژوهش به زنان مبتلا به شهر تهران، عدم وجود دوره پیگیری اشاره کرد. لذا توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی، با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و همچنین در گروه مردان، نتایج در دوره بعد از درمان پیگیری شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که برای پیگیری از سوگیری در تفسیر یافته‌ها، درمان و ارزیابی توسط افراد مختلف انجام شود. با توجه به اثربخشی آموزش استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اضطرابی، لزوم تمرکز بر این درمان به‌عنوان یکی از درمان‌های کمکی، حمایتی و توان‌بخشی در کنار درمان دارویی در کاهش علائم و پیامدهای اختلال اضطراب فراگیر پیشنهاد می‌شود؛ همچنین، از طریق برنامه‌ریزی، ارائه کارگاه‌های آموزشی برای بیمار و اطرافیان و مداخلات مبتنی بر کاهش استرس به توانمندسازی بیمار و خانواده وی پرداخت و از این طریق سبب پیگیری و یا کاهش مسائل و پیامدهای برآمده از این اختلال شد. در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از پرسنل محترم مراکز بهداشت تهران به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

- حسینی، سیده زهرا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی در نشانه‌های افسرده‌وار و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به درد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران.
- رحیمی، لیلا؛ احمدیان، حمزه؛ مسلمی، بختیار؛ قادری، ناصح و خوشروی، محمد. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس و اهمال کاری پرستاران شهرستان مریوان. فصلنامه علوم پزشکی زانکو (دانشگاه علوم پزشکی کردستان)، ۱۵(۴۶)، ۳۹-۲۹.
- رشیدی شیراز، آیدا. (۱۳۹۳). اصول و مبانی مایندفولنس: مدیتیشن قرن بیست و یکم. تهران: انتشارات ساوالان.
- رفیعی، محمد و سیفی، اکرم. (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷(۲۷)، ۹۳-۳۷.
- ستارپور، فریبا؛ احمدی، عزت اله و صادق زاده، ساناز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۷، ۳(۵۵)، ۸۷-۸۱.
- شریفی، وناداد؛ اسعدی، محمد؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهرپور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶(۱-۲)، ۱۰-۲۲.

- کاویانی، حسین و موسوی، اشرف سادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، ۶۶(۲). ۱۴۰-۱۲۶.
- گل‌پور چمرکوهی، رضا و امینی زرار، محمد. (۱۳۹۱). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود ذهن‌آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. فصلنامه روان‌شناسی مدرسه، ۱(۳)، ۸۲-۱۰۰.
- مشهدی، علی؛ قاسم‌پور، عبدالله؛ اکبری، ابراهیم؛ ایل‌بیگی، رضا و حسن‌زاده، شهناز. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۴، ۲(۵۲)، ۹۰-۱۰۰.
- نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ شریفی‌نیا، معصومه و هادیان، مه‌ری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۳(۴): ۴۱-۵۰.
- نریمانی، محمد؛ تکلوی، سمیه؛ ابوالقاسمی، عباس و میکائیلی، نیلوفر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تن آرامی کاربردی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری حساسیت اضطرابی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۶، ۳(۲۳)، ۲۲-۱۳.

- **American Psychiatric Association. (2013).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- **Barlow, D. H. (2004).** *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- **Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990).** *Manual for the Beck anxiety inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- **Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988).** An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- **Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996).** Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-8.
- **Bifulco, R. (2012).** Can Nonexperimental Estimates Replicate Estimates Based on Random Assignment in Evaluations of School Choice? A Within-Study Comparison. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(3), 729-751.
- **Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010).** The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 68(6), 539-544.
- **Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014).** Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*, 34(2), 118-129.
- **Crane, R. (2017).** *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Taylor & Francis.

- **First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. (1997).** *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II.* American Psychiatric Pub.
- **Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010).** Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83.
- **Groth-Marnat, G. (2009).** *Handbook of psychological assessment.* John Wiley & Sons.
- **Hamilton, M. A. X. (1959).** The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology, 32*(1), 50-55.
- **Janowski, K., & Lucjan, P. (2012).** P-133-Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry, 27*, 1.
- **Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009).** *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* Delta.
- **Kehart, D.R. (2012).** *Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy.* New York: Springer.
- **Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005).** Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors, 30*(7), 1335-1341.
- **Marcus, S. M., Stuart, E. A., Wang, P., Shadish, W. R., & Steiner, P. M. (2012).** Estimating the causal effect of randomization versus treatment preference in a doubly randomized preference trial. *Psychological methods, 17*(2), 244.
- **Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992).** Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry, 149*(7), 936-943.
- **Robichaud, M. (2013).** Generalized anxiety disorder: Targeting intolerance of uncertainty. *CBT for anxiety disorders: A practitioner book, 57-85.*
- **Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010).** Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research, 68*(1), 29-36.
- **Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L. (2005).** Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(4), 379-392.
- **Song, Y., Lu, H., Chen, H., Geng, G., & Wang, J. (2014).** Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences, 1*(2), 215-223.
- **Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006).** A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092-1097.
- **Sullivan, M. J., Wood, L., Terry, J., Brantley, J., Charles, A., McGee, V., ... & Adams, K. (2009).** The Support, Education, and Research in Chronic Heart Failure Study (SEARCH): a mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *American heart journal, 157*(1), 84-90.

- **Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012).** Salutary proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: A pilot preventive intervention. *Behavior therapy*, 43(3), 492-505.
- **Tran, G., & Smith, G. P. (2004).** *Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come.* In S. N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds).comprehensive Hand book of psychological Assessment. Newyork: wiley, p: 269-290.
- **Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F., & Liu, J. Y. (2015).** Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 283-294.
- **Zeidan, F., Johnson, S. K., Gordon, N. S., & Goolkasian, P. (2010).** Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(8), 867-873.

Effectiveness of the Mindfulness Based Stress Reduction training in reducing anxiety symptom of patient with Generalized Anxiety Disorders

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the Mindfulness Based Stress Reduction training (MBSR) in reducing anxiety symptoms of patients with GAD. The study design was quasi-experimental and Pre-test and post-test with experimental group and control group. The study population included all patients with GAD Referring to medical centers of Tehran in 2017 that among those, 30 patients were selected according to the inclusion criteria and convenient sampling placed in control and experimental groups. The Experimental group received 8 sessions an hour of MBSR. All subjects were assessed through Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID) (First et al, 1997), Generalized Anxiety Disorder Scale-7 item (Spitzer et al, 2006), Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1990). Data were analyzed by Analysis of covariance test. The results of data analysis indicated the effectiveness of MBSR in decreasing anxiety symptoms ($F_{(1, 26)} = 63/67, P < 0/001$). This training by reducing anxiety symptoms, will have an important role in decreasing the consequences of generalized anxiety disorder for patients and their families and can be used as adjuvant, supportive and rehabilitative treatment along with drug treatments.

Keywords: Mindfulness Based on Reducing Stress, Anxiety symptoms, Generalized Anxiety Disorder.