

اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران زن مبتلا به اضطراب فراگیر

پگاه فرخزاد^۱

فرح لطفی کاشانی^۲

مهدی فرجی^۳

چکیده

اضطراب یکی از اختلالاتی است که در تمام جوامع بشری شیوع آن بالاست و متخصصان جهت ارایه راهکارهای موثر در کاهش اضطراب و پیامدهای آن که ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی و سلامت عمومی دارد، تلاشهای بسیاری انجام داده اند. در این راستا شیوه ها و طرق مختلفی وجود دارد که هر مورد در نوع خود، کارایی ویژه ای دارد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شیوه های کاهش اضطراب و افزایش کیفیت و سلامت روانی این افراد است. هدف پژوهش حاضر، اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بود. بدین منظور تعداد ۲۸ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره یاریگر شهر تهران که تشخیص اضطراب فراگیر گرفته بودند، به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه، آزمایش و کنترل تقسیم شدند. قبل و بعد از آموزش، هر دو گروه با پرسشنامه های کیفیت زندگی (WHO) و سلامت عمومی (GHQ) مورد آزمون قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش در ۶ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفت، ولی گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران تحت آموزش موثر بوده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک روش موثر در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی این مبتلایان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، اضطراب فراگیر، کیفیت زندگی و سلامت عمومی

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

مقدمه

اضطراب، احساس ناخوشایند و مبهم بدون علت مشخص است که اغلب با نشانه‌هایی از سیستم عصبی خودکار همراه است. اضطراب علامت هشدار دهنده است و نشانه‌های مشابه ترس در انسان ایجاد می‌کند با این تفاوت که ترس، واکنش انسان به تهدید شناخته شده‌ی مشخص و خارجی است. اگر اضطراب افراد شدید باشد و مدت زمان طولانی فرد درگیر آن باشد، برای وی زیان آور بوده و نقش مهمی در ایجاد بیماری‌های روان‌تنی همانند بیماری کرونر قلبی، پرفشاری خون، آئزین صدری و ایجاد اختلالات روانی خواهد کرد (امبرهات، ۲۰۱۱، به نقل از صالحی و دهقان، ۱۳۹۰). اضطراب، وابسته به زمان یا فرهنگ خاصی نیست و تجربه آن از بدو تولد آغاز و همواره در طول زندگی ادامه دارد، با تمام تجربه‌های جدید هر فرد مانند ورود به مدرسه، شغل و یا هر موقعیت جدید ایجاد می‌شود (به نقل از رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲) و در صورت عدم درمان، باعث ایجاد اختلال در عملکرد روزانه‌ی وی، به خطر افتادن سلامت عمومی و کاهش کیفیت زندگی او می‌شود. کیفیت زندگی، همان احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی است که برای فرد مهم است و این مفهوم یک درک کاملاً ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی است که در جهت ارتقا یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت ممکن شکل می‌گیرد. کیفیت زندگی، با تصویری که فرد از خود دارد، نقطه نظرات، مواضع و طرز فکرش درباره‌ی زندگی تعریف می‌شود (لوپز، ۲۰۰۹، به نقل از جمشیدی فر، ۱۳۹۱). بهداشت روانی یا سلامت روانی نیز در واقع همان استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و توانایی داشتن برای بازیابی تعادل خود است که سازمان جهانی بهداشت آن را درون مفهوم کلی بهداشت جای داده و بنا به تعریف این سازمان، بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

برای کاهش این اضطراب که راه انداز سایر اختلالات و مشکلات روان‌شناختی در زندگی افراد است، استفاده از درمان‌های روانشناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است در این راستا شیوه‌ها و طرق مختلفی وجود دارد که هر مورد در نوع خود، کارایی ویژه‌ای دارد. در این میان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شیوه‌های کاهش اضطراب در افراد است (کابات-زین، ۲۰۰۱، به نقل از جمشیدی فر، ۱۳۹۱). مفهوم ذهن آگاهی، بیش از دو هزار سال قدمت دارد و پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد که شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری است (براون و رایان، ۲۰۰۳). افراد ذهن آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی

1. Emberhat
2. Loopez
3. Kabat- zinn
4. Brown & Ryan

با دامنه‌ی گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (براون و رایان و کریس ول، ۲۰۰۷). ذهن آگاهی، به عنوان یک روش شناختی در انحراف مسیر توجه، یک راهبرد مقابله‌ای شناختی در مدیریت درد و اضطراب است که اثربخشی آن به خوبی اثبات شده است. استفاده از ذهن آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است (پیت، ورتزن و زاخاری، ۲۰۱۲). شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیت‌های بالینی به ویژه روانپزشکی است (اوکانل، ۲۰۰۹) و تحقیقات روزافزون حکایت از مفید بودن ذهن آگاهی در مواردی همچون درد مزمن (لی، باون و مارلات، ۲۰۰۵)، اختلال استرس پس از ضربه (اسمیت، اوریتز، استفن، تولی، ویگینز و همکاران، ۲۰۱۱)، کاهش رفتارهای اعتیادی (گارلند، شوآرز، کلی، ویت و هوارد، ۲۰۱۲)، بهبود ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سوء مصرف مواد (واپرمن، مارلات، کانینگهام، بوون، برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش تکانشگری (مورفی و مک کیلوپ، ۲۰۱۲)، تعدیل اضطراب اجتماعی (اشمرت، ماسودا، اندرسون، ۲۰۱۲)، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (مک کیم، ۲۰۰۸) است (به نقل از آقاییوسفی، اورکی و ایمانی، ۱۳۹۲). همچنین ذهن آگاهی می‌تواند بر کیفیت زندگی (ریبل، گرسون، براناد و روزنویچ، ۲۰۰۱؛ کارلسون، اسپیکا، پاتل و گودی، ۲۰۰۳؛ کاپوانی و حاتمی و شفیع زاده، ۱۳۸۷) و سلامت عمومی (شایونا، شاپیرو، براون و بیگل، ۲۰۰۷؛ شاپیرو، آستین، بیشاب و کوردو، ۲۰۰۵؛ روث و رایینز، ۲۰۰۴) افراد مبتلا به اضطراب موثر باشد. بنابراین در این پژوهش یافتن پاسخی برای این سوال مورد نظر است، آیا آموزش ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به اضطراب، باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی آنها خواهد شد.

روش پژوهش

این طرح از نوع نیمه آزمایشی است که به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد و داده‌های آن از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شد و با روش آماری تحلیل کوواریانس

1. Creswell
2. Piet, Würtzen & Zachariae
3. O'Connell
4. Leigh, Bowen & Marlatt
5. Smith, Ortiz, Steffen, Tooley, Wiggins & et al
6. Garland, Schwarz, Kelly, Whitt & Howard
7. Wupperman, Marlatt, Cunningham, Bowen, Berking & et al
8. Murphy & MacKillop
9. Schmertz, Masuda & Anderson
10. Mckim
11. Reibel, Greeson, Brainard & Rosenzweig
12. Carlson, Speca, Patel & Goodey
13. Shauna, Shapiro, Brown & Biegel
14. Shapiro, Astin, Bishop & Cordova
15. Roth & Robbins

تحلیل شده است. بدین طریق که ابتدا از تمامی بیمارانی که طبق تشخیص بالینی، مبتلا به اضطراب فراگیر بودند و طی ۶ ماه گذشته سال ۱۳۹۲ به مرکز مشاوره یاریگر شهر تهران مراجعه کرده بودند، خواسته شد که به پرسشنامه های کیفیت زندگی و سلامت روان پاسخ دهند و سپس ۲۸ نفر از این افراد که مایل به شرکت در کلاس بودند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند که یک گروه به مدت ۶ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفت، ولی گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. در پایان نیز هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه های کیفیت زندگی و سلامت روان پاسخ دادند و پس از بررسی نتایج به گروه کنترل نیز این آموزش ارائه شد.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به اضطراب مراجعه کننده به مرکز مشاوره یاریگر شهر تهران طی ۶ ماه گذشته سال ۱۳۹۲ بود. نمونه این تحقیق شامل ۲۸ نفر (۱۳ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) زن مبتلا به اضطراب بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود به این پژوهش گرفتن تشخیص بالینی اضطراب توسط پزشک متخصص، عدم استفاده از دارو در فرایند آموزش، عدم حضور در کلاسهای آموزشی دیگر، نداشتن بیماری همزمان با اضطراب و داشتن سواد کافی جهت تکمیل پرسشنامه ها بود؛ همچنین نداشتن هر یک از شروط مطرح شده ملاک خروج افراد از روند درمان به شمار می رفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ی کیفیت زندگی: پرسشنامه ی ۲۶ گزینه ای سنجش کیفیت زندگی، فرم خلاصه شده ی مقیاس ۱۰۰ ماده ای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) است که جنبه های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه به چندین زبان دنیا از جمله زبان فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی است. در ایران، اعتبار این پرسشنامه ارزیابی و تایید شده است. مقیاس کیفیت زندگی دارای ۲۶ سوال است که دو سوال آن در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه ی سوال ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته ی اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه گیری می کند. ضرایب پایایی در این تحقیق، در بعد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در بعد روانی ۰/۷۷، در بعد اجتماعی ۰/۷۵ و در بعد محیطی برابر با ۰/۸۴ بوده و همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است (به نقل از ایچی حق، ۱۳۹۱).

پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ-۲۸): این پرسشنامه، برای اولین بار توسط گلدبرگ^۱ در سال ۱۹۷۱ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی در موقعیت های

1. Goldberg

مختلف به کار برده شده است. این آزمون، دارای ۴ خرده مقیاس (نشانه های بدنی اضطراب، بی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی) است. بهترین و مناسب ترین نمره گذاری، استفاده از روش ساده لیکرت (با نمره های ۰، ۱، ۲، ۳) است (گلدبرگ، ۱۹۷۱). پایایی مقیاس سلامت عمومی به روش بازآزمایی روی افراد بزرگسال، برابر با ۰/۵۵ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای خرده مقیاس های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به دست آمد. علاوه بر این، ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به دست آمد. در داخل کشور، تحقیقات متعددی روی جمعیت های مختلف به عمل آمده است. این پژوهش ها بیانگر پایایی و اعتبار قابل دفاع این پرسشنامه است (به نقل از حسین شرقی، ۱۳۸۸).

یافته های پژوهش

یافته ها نشان می دهد که از مجموع ۲۸ نفر آزمودنی مورد بررسی، ۱۲ نفر یعنی (۴۰ درصد) تحصیلات دیپلم، ۲ نفر (۶ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۱۴ نفر (۴۶/۶ درصد) دارای کارشناسی و ۲ نفر (۶ درصد) دارای کارشناسی ارشد بودند. همچنین میانگین سنی ۱۶ نفر (۶۰ درصد) آنها ۴۰ و ۱۲ نفر (۴۰ درصد) آنها ۳۰ سال بود (در گروه کنترل بعد از انجام نمونه گیری دو نفر در پایان آزمایش حضور نداشته و به شهرستان برگشته بودند که گروه کنترل به ۱۳ نفر تقلیل یافت).

جدول ۱: یافته های توصیفی نمره های آزمودنی های دو گروه در سلامت عمومی، به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد
پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۵۳	۱/۸۰۷	۰/۴۶۷	۱۵
پیش آزمون	کنترل	۲۴/۸۵	۱/۷۲۵	۰/۴۷۸	۱۳
پس آزمون	آزمایش	۲۲	۱/۳۶۳	۰/۳۵۲	۱۵
پس آزمون	کنترل	۲۴/۶۹	۱/۸۸۸	۰/۵۲۴	۱۳

همانطور که در جدول ۱، مشاهده می شود میانگین نمره های سلامت عمومی گروه آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۲۵/۵۳ و ۲۲ است. این شاخص آماری برای گروه کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۲۴/۸۵ و ۲۴/۶۹ است.

جدول ۲: یافته های توصیفی نمره های آزمودنی های دو گروه در کیفیت زندگی، به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد
پیش آزمون	آزمایش	۷۹/۲۰	۹/۶۹۷	۲/۵۰۴	۱۵
پیش آزمون	کنترل	۸۰	۹/۲۸۳	۲/۵۷۵	۱۳
پس آزمون	آزمایش	۸۱/۹۳	۱۰/۶۰	۲/۷۳۷	۱۵
پس آزمون	کنترل	۷۹/۶۹	۹/۴۸۱	۲/۶۳۰	۱۳

همچنین در جدول ۲، مشاهده می‌شود که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۷۹/۲۰ و ۸۱/۹۳ است. این شاخص آماری برای گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۸۰ و ۷۹/۶۹ است.

برای بررسی تاثیر درمان انجام شده در افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها بعد از حذف داده‌های پرت، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پس از انجام تحلیل دو شرط اصلی آزمون لوین و شیب‌های رگرسیون برای تحلیل کوواریانس بررسی شد. برای مقایسه‌ی واریانس‌های نمره‌های سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل، ابتدا آزمون لوین انجام شد. نتایج آزمون لوین $F=0/831$ نشان داد با توجه به اینکه سطوح معنی‌داری به دست آمده برای هر یک از ابعاد بیشتر از ۰/۰۵ است. داده‌ها، مفروضه‌ی تساوی واریانس‌ها را زیرسوال نبرده‌اند؛ به علاوه، با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش‌آزمون سلامت عمومی و گروه، معنی‌دار نیست، داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. برای مقایسه‌ی واریانس نمره‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل نیز از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین $F=0/941$ نشان داد با توجه به اینکه سطوح معنی‌داری به دست آمده برای هر یک از ابعاد بیشتر از ۰/۰۵ است. داده‌ها، مفروضه‌ی تساوی خطای واریانس‌ها را زیرسوال نبرده‌اند؛ به علاوه با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش‌آزمون کیفیت زندگی و گروه، معنی‌دار نیست، داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بنابراین اجرای کوواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس از آزمون کیفیت زندگی و گروه جایز است. نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل پیش‌آزمون و تحلیل پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل، نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر سلامت عمومی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معنا داری	ضریب اتا
برش	۱۳/۳۷۹	۱	۱۳/۳۷۹	۷/۱۶۱	۰/۰۱۳	۰/۲۲۳
پیش‌تست	۲۲/۰۶۳	۱	۲۲/۰۶۳	۱۱/۸۰۹	>۰/۰۲	۰/۳۲۱
گروه	۶۲/۲۷۱	۱	۶۲/۲۷۱	۳۳/۳۳۱	>۰/۰۰۱	۰/۵۷۱

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود F محاسبه شده برابر با سطح آلفای ($p < 0/001$) در متغیر سلامت عمومی معنی‌دار است. اثر معنادار بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. ($F_{(1, 37)} = 33/331, P < 0/02, \text{Partial Eta} = 0/571$). در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که با ثابت نگه داشتن نمره‌های پیش‌آزمون در هر دو گروه، نمره‌های پس‌آزمون در دو گروه به طور معنی‌داری تفاوت دارد. بنابراین تاثیر آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در افزایش سلامت عمومی معنادار بوده است.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معنا داری	ضریب ایثا
برش	۳/۲۵۱	۱	۳/۲۵۱	۱/۷۲۲	۰/۲۰۱	۰/۶۴۰
پیش‌تست	۲۶۰۴/۵	۱	۲۶۰۴/۵	۱۳۸۰/۰	۰/۰۰۱ <	۰/۹۸۲
گروه	۶۶/۰۷۶	۱	۶۶/۰۷۶	۳۵/۰۱۲	۰/۰۰۱ <	۰/۵۸۳

همچنین همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، F محاسبه شده در سطح آلفای ($p > 0/001$) در متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار است. پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، اثر معنادار بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. ($F_{(37,1)} = 35/012$)، در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که با ثابت نگه داشتن نمره‌های پیش‌آزمون در هر دو گروه، نمره‌های پس‌آزمون در دو گروه به‌طور معنی‌داری تفاوت دارد. بنابراین تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در افزایش کیفیت زندگی معنادار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بود. جهت تأیید این فرضیه، ۲۸ نفر از زنان مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی یاریگر شهر تهران، با روش در دسترس انتخاب شدند و با پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و کیفیت زندگی (WHO) مورد آزمون قرار گرفتند. سپس به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۶ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار گرفت ولی گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مداخله درمانی نیز داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌ها مشخص می‌شود که آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های ریبیل (۲۰۰۱)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) و کاویانی (۱۳۸۷) همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی با تأکید بر حضور در لحظه و پذیرش موقعیت موجود، همچنین توجه به تمام احساسات و تغییرات بدنی در لحظه وقوع اضطراب و توجه و تمرکز بر تنفس خود بدون قضاوت فرد باعث کاهش نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود که این امر بر توانایی کنترل اضطراب و بهبود کیفیت زندگی در این افراد منجر می‌شود.

همچنین، نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که آموزش ذهن‌آگاهی بر سلامت عمومی افراد مبتلا به اضطراب فراگیر موثر است که این نتایج با یافته‌های شایونا و همکاران (۲۰۰۷)، شاپیرو و همکاران (۲۰۰۵)؛ روث و رابینز (۲۰۰۴) و کاویانی (۱۳۸۷) نیز همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مواجهه طولانی مدت با احساسات دردناک در نبود پیامدهای فاجعه‌آمیز، می‌تواند منجر به حساسیت زدایی و کاهش پاسخ‌های هیجانی شود. زیر نظر گرفتن پی‌در پی

و بدون داوری احساسات بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها، می‌تواند باعث مواجهه پایدار با احساس، افکار و هیجانات شود و بدین ترتیب منجر به حساسیت زدایی پاسخ‌شرطی می‌شود و کاهش رفتارهای اجتنابی را به همراه دارد. احتمالاً این امر به کاهش اضطراب فراگیر و در نتیجه به بهبود سلامت عمومی این افراد کمک کرده است. تبیین‌های احتمالی دیگری نیز برای تفسیر کارایی آموزش ذهن آگاهی در بهبود سلامت عمومی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر وجود دارد. در واقع می‌توان بیان داشت که استرس و اضطراب در این افراد بیشتر جنبه‌ی ذهنی و شناختی دارد، زیرا در این روش شخص می‌آموزد با تکنیک‌هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه‌ی حال است، به طور موقت نگرش و باورهای خود را که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است (کابات زین، ۲۰۰۲) رها کند. همچنین این نگرش در آنها به وجود می‌آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند.

منابع

- آقا یوسفی، علیرضا، اورکی، محمد، زارع، مریم و ایمانی، سعید (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سومصرف کنندگان مواد. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، شماره ۲۷، ص ۶۱-۵۱
- ایچی حق، سیمین (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی و استرس در زنان شاغل و خانه دار. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات کرمان.
- جمشیدی فر، زهرا (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات کرمان.
- حسین شرقی، عاطفه (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های هویت و جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- رفیعی، محمد و سیفی، اکرم (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، شماره ۲۷، ص ۶۱-۵۱
- صالحی، ط و دهقان، ن (۱۳۹۰). رابطه بین اضطراب و کیفیت زندگی در دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه تهران. نشریه پایش، شماره ۱۰. دوره دوم. ص ۱۷۵-۱۸۱
- کاوایی، حسین، حاتمی، ندا و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. تازه‌های علوم شناختی، دوره ۱۰، شماره ۴، صص: ۴۸-۳۹

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D.(2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.

- Carlson, L.E., Speca, M., Pate, I.K.D., Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med*, 65, 571–581.
- Kabat-Zinn, J., (2002). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- O'Connell, O. (2009). Introducing mindfulness as an adjunct treatment in an established. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 178-191.
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 80, No. 6, 1007–1020
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psych*, 23, 183–192.
- Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: Findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*, 66, 113–123.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164 –176.
- Shauna, L., Shapiro, S., Brown, K. W., & Biegel, G. B. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Journal Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115
- World Health Report. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.

