مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، اسفند ۱۴۰۱، ۱۲۶۶-۱۲۴۹

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه تجربی

اعظم سرآبادانی[۱]، رمضان حسن‌زاده[۲]، سیده علیا عمادیان[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۸/۲۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۰۹/۲۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال اضطراب فراگیر یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی مزمن است و نقش درمان روانی در کاهش علائم آن تأیید شده است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (سه ماهه) با گروه گواه بود. از بین زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به خانه‌های سلامت و مراکز مشاوره مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۰، با روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش مداخله آموزشی را در ۸ جلسه دریافت کردند، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های بهزیستی ذهنی Keyes و Magyar-Moe و پرسش‌نامه امنیت روانی Maslow استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر افزایش بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود ($P<۰/۰۰۱$) و میزان اثربخشی هر دو روش مشابه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر افزایش بهزیستی و امنیت روانی، این درمان‌ها می‌توانند به عنوان مداخلات کمکی، حمایتی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های دارویی در راستای توان‌بخشی و ارتقاء کیفیت زندگی آنان به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی ذهن آگاهی، زندگی درمانی، بهزیستی، امنیت، اضطراب فراگیر، زنان

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استاد گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
تلفن: ۳۳۰۳۲۸۹۱-۰۱۱، دورنگار: ۳۳۰۳۳۷۵۱-۰۱۱، پست الکترونیکی: Hasanzadeh@iausari.ac.ir
۳- استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]

[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (Generalized anxiety disorder)، اضطراب و نگرانی بی‌تناسب، کنترل ناپذیر و مداوم به مدت ۶ ماه یا بیشتر درباره موضوعات متعدد می‌باشد [۱]. بیش از ۶ درصد کل افراد گاهی در طول عمر خود به این اختلال مبتلا می‌شوند و تعداد زنان مبتلا دو برابر مردان است [۲]. این اختلال با فقدان بهره‌وری شغلی [۳]، و کیفیت زندگی و سلامت ضعیف مرتبط است به گونه‌ای که در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی فراگیر اثرات آسیب‌زاتر و مفرط‌تری بر عملکرد، سلامتی و کیفیت مناسب زندگی دارد [۴].

بهزیستی ذهنی (Mental well-being) متغیری است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به شکل معناداری افت می‌کند [۵]. بهزیستی ذهنی، ارزیابی است که افراد از زندگی خود در ابعاد سلامت هیجانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی دارند [۶]. تنش‌ها و ناراحتی‌های زندگی می‌تواند موجب به وجود آمدن نشانگانی از اضطراب و افسردگی شود و از این طریق ابعاد مختلف بهزیستی ذهنی را مختل کند [۷]. امنیت روانی (Security psychological) نیز از نیازها و انگیزه‌های اساسی انسان است به طوری که با زوال آن، آرامش خاطر انسان از بین می‌رود و تشویش، اضطراب و ناآرامی جای آن را می‌گیرد و مرتفع شدن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تأمین امنیت است [۸]. افراد ناامن، اضطراب و نگرانی بالایی دارند و در برابر اختلالات روان‌شناختی آسیب پذیرتر می‌باشند. آن‌ها مدام در ذهنشان درگیر دفع خطرات احتمالی هستند و این چالش‌های ذهنی در طول زمان فرد را نسبت به بیماری‌های جسمی آسیب‌پذیر می‌سازد [۹].

از آن‌جایی که عوامل متعددی بر اضطراب بیماران مؤثرند، لزوم استفاده از تکنیک‌ها و آموزش‌هایی در جهت کاهش آن ضروری به نظر می‌رسد [۱۰]. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) یکی از رویکردهایی است که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد بر تغییر محتوای افکار تأکید کمتری دارد و تغییر توجه و آگاهی و ارتباط با افکار را بیشتر مورد توجه قرار می‌دهد و تأکید بسیاری بر پذیرش افکار به جای تغییر دارد و تأکید بر این دارد که افکار را به عنوان افکار درک کنیم نه به صورت انعکاس واقعیت [۱۱]. عملکرد ذهن آگاهی فرآیندی پویا می‌باشد و نیاز به توجه خود تنظیم دارد تا بتواند آگاهی از تجربه حاضر را با موضوعی بدون قضاوت و از گشودگی و کنجکاوی حفظ کند [۱۲]. یکی دیگر از درمان‌های جدید، درمان مبتنی بر زندگی (Life therapy) می‌باشد که بر موضوعاتی چون اشتیاق، علاقه، خلاقیت، اهمیت ویژه‌ای داده است و علاوه بر کاهش و حذف نگرانی بر ایجاد یک نگرش سازنده نسبت به زندگی تأکید دارد و طراحی یک زندگی سالم و منحصر به فرد برای هر فرد را در نظر دارد و رفتارهای هدف‌گرا و داشتن عمر طولانی و همراه با عزت، هیجانات مثبت مانند خوشی، امید، عشق، دوست داشتن خود، دیگران و دنیا، مورد مطالعه قرار می‌دهد. به رفتارهای یکپارچه توجه دارد و اساساً مثبت نگر می‌باشد [۱۳]. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال

کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود [۱۴].

مثل اکثر اختلالات اضطرابی درمان دارویی (اگر درمانجو به شدت در رنج باشد یا افکار خودکشی داشته باشد) پیشنهاد می‌شود. ولی در غیر این صورت باید روان‌درمانی‌های استاندارد شده و برنامه‌های خودیاری ارائه شوند. اما روان‌شناسان همواره با چالش تصمیم‌گیری درباره این که چه نوع روان‌درمانی را به کار بگیرند روبه‌رو هستند [۱۵]. با توجه به ماهیت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی و این که از جمله مداخلات کوتاه مدت و اثربخش روان‌شناختی محسوب می‌شوند، با مقایسه دو رویکرد می‌توان رویکرد مؤثرتر را انتخاب کرد. لذا هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خانه‌های سلامت مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند.

برای نمونه‌گیری از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Shokrolahi و Naami [۱۶] و با توجه به مقادیر σ=۳/۸ (انحراف معیار مشترک نمره بهزیستی هیجانی)، d=۴/۸۲ (اختلاف میانگین پیش‌آزمون بهزیستی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل)، توان آماری=۰/۹، و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نونه برابر با ۱۳ نفر برای هر گروه به دست آمد. با احتمال ریزش نمونه در گروه‌ها، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. بنابراین، ۴۵ نفر پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر (براساس ثبت در پرونده پزشکی)، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، قبلاً یا در حین آموزش روان درمانی دیگری قرار نداشته باشند، فقدان سابقه ابتلاء به اختلال شدید روانی (بررسی پرونده پزشکی و روان‌پزشکی فرد) و عدم مصرف مواد مخدر و الکل. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بود: غیبت در جلسات آموزشی بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در دوره آموزشی.

کد اخلاق از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش با کد IR.IAU.SARI.REC.1400.026 دریافت شد و با هماهنگی با مسئولان مراکز و خانه‌های سلامت مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ شهر تهران از آنان خواسته شد تا زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی) به پژوهش‌گر معرفی کنند. نمونه‌گیری تا زمانی که ۴۵ نفر انتخاب شدند، ادامه یافت و برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی مانده و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نگردید. نام تمامی شرکت کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این، برای تمامی شرکت‌کنندگان سه گروه به‌طور کامل فرآیند طرح (تا اندازه‌ای که به سوگیری شرکت‌کنندگان نمی‌انجامد) توضیح شفاهی و کتبی داده شد و پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت گردید.

بعد از انتخاب ۴۵ نفر از زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خانه‌های سلامت که ملاک‌های ورودی را داشتند، به شیوه تصادفی و به روش قرعه‌کشی، اسامی افراد بر روی کاغذ نوشته و در ظرفی گذاشته و خوب به هم زده شد و یک به یک اسامی، در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش به تفکیک ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

نمونه‌گیری در فروردین ماه انجام و مداخله از اردیبهشت ماه شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. مداخله‌ها توسط متخصص روان‌شناسی دوره دیده به صورت گروهی برای درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در روزهای یکشنبه و سه‌شنبه و برای زندگی درمانی در روزهای دوشنبه و چهارشنبه در ساعت ۱۷ عصر در یکی از خانه‌های سلامت منطقه ۵ انجام شد.

قبل از شروع مداخله، ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد (توسط پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی و پرسش‌نامه امنیت روانی مورد ارزیابی قرار گرفتند). برای ویژگی‌های جمعیت شناختی اطلاعات مرتبط با سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل جمع‌آوری شد. هم‌چنین از ویژگی‌های بیماری، مدت زمان بیماری بود که اطلاعات آن از مراجعین دریافت شد و پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. در پایان دوره آموزشی، هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. هم‌چنین، سه گروه پس از گذشت سه ماه در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد. در این پژوهش ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها به کار گرفته شد:

مقیاس بهزیستی ذهنی (Mental well-being scale): این مقیاس توسط Keyes و Magyar-Moe در سال ۲۰۰۳ تدوین شد و برای سنجش بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی به کار می‌رود و از ۴۵ گویه تشکیل شده است [۱۷]. گویه‌های ۱۲-۱ مربوط به بهزیستی هیجانی است که از طیف لیکرت پنج درجه‌ای برای نمره‌گذاری آن استفاده می‌شود. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۵ برای گزینه‌های اصلاً تا تمام مدت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

در این زیر مقیاس، حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشد. گویه‌های ۳۰-۱۳ برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی است که نمره‌گذاری آن در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای قرار دارد. گویه‌های ۴۵-۳۱ مرتبط با سنجش بهزیستی اجتماعی می‌باشد که برای نمره‌گذاری این مؤلفه نیز از طیف لیکرت ۷ درجه‌ای استفاده می‌شود. با توجه به ارزش‌گذاری ۱ تا ۷ برای گزینه‌های (بسیار زیاد مخالفم) تا (بسیار زیاد موافقم) در هر دو زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی، حداقل نمره در زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ و حداکثر نمره ۱۲۶ و در زیر مقیاس بهزیستی اجتماعی حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۱۱۵ است. از مجموع نمرات بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی، نمره بهزیستی ذهنی به دست می‌آید. ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و ابعاد بهزیستی هیجانی ۰/۸۶، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۰ و بهزیستی اجتماعی ۰/۶۱ به دست آمده است [۱۷]. این پرسش‌نامه در ایران بر روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش مذکور برای مؤلفه‌های فرعی پرسش‌نامه در محدوده ۰/۴۳ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه پرسش‌نامه نیز در همان تحقیق از طریق تحلیل عاملی بررسی شده و مدل سه عاملی آن تأیید شده است [۱۸]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای زیر مقیاس‌های هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی ۰/۷۵، ۰/۶۷ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه امنیت روانی (Psychological security questionnaire): این پرسش‌نامه را Maslow و همکاران در سال ۱۹۵۲ برای بررسی وضعیت روانی و خانوادگی طراحی کرده‌اند. پرسش‌نامه حاضر دارای ۶۲ گویه در راستای سنجش احساسات افراد در مورد امور مختلف زندگی روزمره می‌باشد و شامل ۱۵ بعد که عبارتند از: ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یأس و ناامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت. نمره‌گذاری در یک طیف لیکرت دو درجه‌ای به صورت بلی و خیر می‌باشد که نگرش آزمودنی را مورد سنجش قرار می‌دهد، به این صورت که هر سؤال مطابق با کلید پاسخ‌نامه، یک نمره دریافت می‌کند. حداقل و حداکثر نمره دریافتی در این پرسش‌نامه به ترتیب ۰ و ۶۲ می‌باشد. نمره بالا به معنای برخورداری از امنیت روانی بیشتر می‌باشد [۱۹]. پایایی به دست آمده در ایران برای کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش گردید و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ گزارش شد [۲۰]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پروتکل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی: در این پژوهش، بر مبنای طرح درمان Tizdell و همکاران تهیه شده است و از کتاب کار توجه آگاهی نیز کمک گرفته شده است. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است [۲۱]. در ابتدا

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

برنامه آموزشی برای جلسات ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته تنظیم و بسته آموزشی با توجه به ویژگی‌های مراجعان سازگار شد و خلاصه آن در ذیل آمده است:

جلسه قبل از شروع درمان: در این جلسه پس از معرفی درمان و آشنا نمودن بیماران با روند و ساختار درمان، بر لزوم انجام تکالیف تأکید خواهد شد و به سؤالات و ابهامات آن‌ها در زمینه درمان پاسخ داده خواهد شد و بدین‌وسیله بیماران از لحاظ ذهنی آماده آغاز درمان خواهند شد.

جلسه اول (هدایت خودکار): اجرای پیش‌آزمون/ با توضیح و تشریح مسأله (هدایت خودکار) از طریق ذکر مثال، وارد درمان می‌شویم و این اقدامات انجام خواهد شد. تمرین خوردن ذهن آگاهانه/ تمرین وارسی بدن/ ارائه تکالیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف.

جلسه دوم (مقابله با موانع): بحث در مورد تکالیف خانگی/ تأکید بر تمرین به عنوان اساس کار/ تمرین افکار و احساسات/ تمرین نشستن ذهن آگاهانه/ ارائه تکلیف منزل همراه با فرم ثبت تکالیف.

جلسه سوم (تنفس ذهن آگاهانه): ارزیابی تکالیف جلسه قبل تمرین دیدن و شنیدن تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به بدن و تنفس)/ تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای/ تمرین قدم زدن آگاهانه/ آگاهی از وقایع ناخوشایند.

جلسه چهارم: بودن در لحظه حال بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه قبل تمرین دیدن و شنیدن / تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها و افکار)/ تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای/ ارائه تکالیف منزل و توزیع برگه ثبت تکالیف.

جلسه پنجم: پذیرفتن/ اجازه ماندن بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه قبل/ تمرین نشستن ذهن آگاهانه (آگاهی به تنفس، بدن، صداها، افکار و معرفی یک مشکل در حین تمرین و توجه به تأثیر آن روی بدن و واکنش به آن)/ تمرین تنفس/ ارائه تکالیف منزل و توزیع فرم ثبت تکلیف.

جلسه ششم (افکار واقعیت نیستند): بررسی و ارزیابی تکالیف هفته گذشته / تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها، افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه مشکلات)/ آماده کردن بیمار برای نزدیک شدن به پایان درمان/ تمرین خلق، افکار و نقطه نظرات گوناگون / توضیح درباره استفاده از تنفس به عنوان گام اول قبل / از نظر گذراندن افکار / ارائه تکلیف منزل به همراه برگه ثبت تکلیف منزل به همراه برگه ثبت تکلیف.

جلسه هفتم (چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خودم مراقبت کنم؟): بررسی ارزیابی تکالیف جلسه گذشته / تمرین نشستن آگاهانه (آگاهی نسبت به تنفس، بدن، صداها و افکار همراه با توجه به واکنش‌ها، هنگام ارائه مشکلات) / ارائه تمرینی برای بررسی ارتباط بین خلق و فعالیت/ ایجاد فهرستی از کارهای خوشایند و ماهرانه / تمرین دوره تنفس ۳ دقیقه‌ای قبل از انتخاب فعالیت آگاهانه و شناسایی نشانه‌های عود / شناسایی اعمال مقابله با نشانه‌های عود / قدم زدن آگاهانه / ارائه تکلیف به همراه برگه ثبت تکلیف.

جلسه هشتم (استفاده از آن چه تاکنون آموخته شده است): بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه قبل / تمرین وارسی بدن / مرور کل دوره درمان/ توزیع برگه نظرسنجی درباره نظر بیمار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

راجع به درمان/ بحث درباره این‌که چگونه هر آن چه را که در ۷ هفته گذشته فراگرفته‌اند، حفظ کنند/ اتمام جلسه با تمرین مدیتیشن و اجرای پس‌آزمون

پروتکل زندگی درمانی: ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه طراحی شده است. روایی این پروتکل توسط سازنده آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است [۱۳]، و از نظر اساتید برای تغییرات استفاده شد. خلاصه جلسات به شرح ذیل می‌باشد:

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است، ارائه کلی مطالب آموزش پیرامون زندگی و نتایج آن.

جلسه دوم: طرح سؤالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارائه تکلیف در زمینه تدوین قطب نما یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله.

جلسه سوم: بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیر رفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور (Eisenhower)، ارائه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم گیری و اهداف زندگی.

جلسه چهارم: بررسی و بحث تکالیف پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق به زندگی در سلامت روانی افراد، بحث و گفتگو در مورد الفبای زندگی، ارائه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی.

جلسه پنجم: بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.

جلسه ششم: بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگیف بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.

جلسه هفتم: بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت اندیشی و فضاسازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب اخذ تعهد از اعضاء جهت تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی از حضورشان در جلسات و اجرای پس‌آزمون

تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون Shapiro-Wilk، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene و برای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی LSD (Least significant difference) استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های مورد بررسی گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۵/۲۲ ±۳۶/۵۳ سال، در گروه زندگی درمانی ۴/۴۸ ±۳۷/۱۱ سال و در گروه کنترل ۴/۷۳±۳۶/۳۴ سال به دست آمده است. هم‌چنین، میانگین و انحراف معیار مدت زمان بیماری در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۷۹±۰/۵۵ سال، در گروه زندگی درمانی ۰/۸۷ ±۱/۷۱ سال و در گروه کنترل ۰/۹۲±۱/۹۳ سال حاصل شده است. نتایج تحلیل واریانس در مورد سن و مدت زمان بیماری و هم‌چنین آزمون دقیق فیشر در خصوص سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر برحسب گروه‌های مورد مطالعه در سال ۱۴۰۰

متغیرها	طبقات	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (n=۱۵) تعداد (درصد)	زندگی درمانی (n=۱۵) تعداد (درصد)	گواه (n=۱۵) تعداد (درصد)	مقدار p
سطح تحصیلات	دیپلم	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	۰/۳۳۲
	کارشناسی	۵ (۳۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۷)	۸ (۵۳/۳۳)	
	ارشد و بالاتر	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۴۰)	۰/۵۱۲
	متأهل	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۶۷)	۹ (۶۰)	
شغل	خانه‌دار	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۱۰ (۶۶/۶۷)	۰/۲۹۴
	دولتی	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۶۶)	
	آزاد	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای بهزیستی ذهنی (هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی) و امنیت روانی را در گروه‌های مورد مطالعه و در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد و حاکی از آن است که میانگین بهزیستی ذهنی (هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی) و امنیت روانی در گروه‌های آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران برحسب گروه‌های مورد مطالعه در سال ۱۴۰۰

متغیر		مرحله	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (n=۱۵)	زندگی درمانی (n=۱۵)	گواه (n=۱۵)
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
بهزیستی ذهنی	هیجانی	پیش آزمون	۳۱/۹۳ ± ۵/۵۹	۳۴/۱۳ ± ۶/۴۸	۳۴/۷۳ ± ۶/۶۹
		پس آزمون	۴۵/۲۰ ± ۲/۷۲	۴۷/۲۷ ± ۳/۲۳	۳۳/۷۳ ± ۶/۷۲
		پیگیری	۴۴/۰۷ ± ۲/۷۱	۴۶/۴۱ ± ۳/۰۹	۳۳/۷۴ ± ۶/۶۹
	روان‌شناختی	پیش آزمون	۶۱/۳۳ ± ۱۱/۶۲	۶۲/۴۷ ± ۱۱/۹۴	۶۴/۲۱ ± ۱۴/۱۱
		پس آزمون	۹۹/۱۳ ± ۱۰/۹۶	۱۰۳/۵۳ ± ۸/۷۸	۶۱/۹۳ ± ۱۳/۷۱
		پیگیری	۹۶/۲ ± ۱۰/۲۹	۱۰۱/۲۷ ± ۹/۲۱	۶۱/۸۷ ± ۱۴/۳۶
	اجتماعی	پیش آزمون	۵۸/۸۱ ± ۱۶/۸۱	۵۹/۲۷ ± ۱۲/۱۱	۶۱/۸۱ ± ۱۰/۴۲
		پس آزمون	۸۳/۲۷ ± ۱۰/۰۷	۸۶/۴۷ ± ۱۰/۵۲	۵۹/۸۲ ± ۱۰/۲۶
		پیگیری	۸۰/۶۱ ± ۹/۹۳	۸۴/۴۱ ± ۸/۳۵	۵۹/۶۷ ± ۱۰/۱۲
امنیت روانی		پیش آزمون	۳۰/۶ ± ۱۲/۱۹	۳۱/۲۱ ± ۱۳/۶۷	۳۳/۴۲ ± ۹/۵۸
		پس آزمون	۴۸/۵۳ ± ۴/۳۲	۴۷/۶۰ ± ۵/۹۶	۲۸/۶۱ ± ۹/۴۶
		پیگیری	۴۴/۷۳ ± ۵/۱۵	۴۲/۷۳ ± ۶/۹۳	۲۸/۴۷ ± ۱۰/۲۳

برای مقایسه اثربخشی برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی در افزایش بهزیستی ذهنی و امنیت روانی از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد و مقادیر این آزمون برای بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند (P>۰/۰۵). این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون Mauchly استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش فرض کرویت در داده‌ها برای هر سه مؤلفه بهزیستی ذهنی از جمله هیجانی (P=۰/۳۵۸، χ^2=۳/۵۶)، روانی (P=۰/۲۲۷، χ^2=۵/۸۲)، اجتماعی (P=۰/۴۲۴، χ^2=۳/۲۵) و امنیت روانی (P=۰/۰۵۵، χ^2=۱۶/۰۵) برقرار بود. آزمون Levene نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است (P>۰/۰۵).

بر اساس جدول ۳، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیرهای پژوهش معنی‌دار به دست آمده است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمرات ابعاد بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). نتایج نشان داده است که ۴۱ درصد از تفاوت‌های فردی در بهزیستی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

هیجانی، ۶۱ درصد در بهزیستی روان‌شناختی، ۴۷ درصد در بهزیستی اجتماعی و ۳۳ درصد در امنیت روانی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در متغیرهای پژوهش معنی‌دار به دست آمده است (P<۰/۰۰۱)، به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات ابعاد بهزیستی ذهنی (هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی) و امنیت روانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۶۸، ۸۵، ۵۶ و ۳۹ درصد بوده و معنی‌دار است. هم‌چنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار به دست آمده است (P<۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد، روند تغییرات میانگین نمرات ابعاد بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در ابعاد بهزیستی ذهنی (هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی) و امنیت روانی به ترتیب برابر با ۵۷، ۷۷، ۴۵ و ۴۴ درصد به دست آمده است.

جدول ۳- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران در سال ۱۴۰۰

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا	توان آزمون
بهزیستی هیجانی	درون آزمودنی	زمان	۱۹۹۴/۵۳	۲	۹۹۷/۲۷	۸۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
		زمان × گروه	۱۲۵۶/۵۳	۴	۳۱۴/۱۳	۲۸/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	بین آزمودنی	گروه	۱۷۶۶/۵۳	۲	۸۸۳/۲۷	۱۴/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
بهزیستی روان‌شناختی	درون آزمونی	زمان	۱۸۳۰۶/۲۴	۲	۹۱۵۳/۱۲	۲۳۶/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
		زمان × گروه	۱۰۹۹۷/۵۸	۴	۲۷۴۹/۳۹	۷۱/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
	بین آزمودنی	گروه	۱۸۵۱۷/۷۹	۲	۹۲۵۸/۸۹	۳۳/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
بهزیستی اجتماعی	درون آزمودنی	زمان	۷۴۹۵/۸۴	۲	۳۷۴۷/۹۲	۵۷/۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
		زمان × گروه	۴۸۳۰/۸۳	۴	۱۲۰۷/۷۱	۱۷/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	بین آزمودنی	گروه	۶۹۲۹/۴۴	۲	۳۴۶۴/۷۲	۱۸/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
امنیت روانی	درون آزمودنی	زمان	۲۲۹۹/۲۱	۲	۱۱۴۹/۶۱	۲۷/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
		زمان × گروه	۲۷۴۵/۰۵	۴	۶۸۶/۲۶	۱۶/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	بین آزمودنی	گروه	۳۴۷۶/۹	۲	۱۷۳۸/۴۵	۱۰/۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱/۰۰

P<۰/۰۵ اثر معنی‌دار

در جدول ۴، با توجه به معنی‌داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در مؤلفه‌های بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی، اجتماعی و امنیت روانی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، که حاکی از اثربخشی دو روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی بود. اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله مذکور وجود نداشت (P>۰/۰۵) که می‌توان گفت اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

جدول ٤- نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و امنیت روانی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران در سال ۱٤۰۰

متغیر			اختلاف میانگین	خطای استاندارد	مقدار P
بهزیستی هیجانی	زندگی درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۲	۱/۶۳	۰/۱۸۴
		کنترل	۸/۵۳	۱/۶۳	۰/۰۰۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۶/۳۳	۱/۶۳	۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	زندگی درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۳/۵۳	۳/۵۲	۰/۳۲۱
		کنترل	۲۶/۴۲	۳/۵۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۲۲/۸۹	۳/۵۲	۰/۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	زندگی درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۵	۲/۸۵	۰/۳۸۷
		کنترل	۱۶/۲۹	۲/۸۵	۰/۰۰۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۱۳/۸	۲/۸۵	۰/۰۰۱
امنیت روانی	زندگی درمانی	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۷۷۸	۲/۷۱	۰/۷۷۶
		کنترل	۱۰/۳۶	۲/۷۱	۰/۰۰۱
	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	۱۱/۱۳	۲/۷۱	۰/۰۰۱

آزمون تعقیبی LSD، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. نتایج پژوهش در خصوص بهزیستی ذهنی نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی ذهنی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود و همسو با نتایج تحقیق Pasandideh و Abolmoali با عنوان شناسایی اثرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی جامع دختران دبیرستانی شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۴ بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی جامع (روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی) در دختران نوجوان شده بود [۲۲]. هم‌چنین، این یافته پژوهش حاضر با بخش‌هایی از پژوهش Shokrolahi و Naami با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر چشم انداز زمان و بهزیستی هیجانی در افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر همسو بود که نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود چشم‌انداز زمان و افزایش بهزیستی هیجانی افراد دارای علائم اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بود [۱۶]. Widha و همکاران نیز در تحقیقی مروری با عنوان درمان ذهن آگاهی برای بهبود سلامت روانی در طول همه گیری کووید-۱۹، به این نتایج رسیدند که وجود کووید-۱۹ یک عامل استرس‌زا برای افراد است که منجر به مشکلات روانی مانند اضطراب، ترس و استرس می‌شود. این

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

مشکلات روانی مختلف می‌تواند بر ایمنی بدن برای مقابله با بیماری‌های ناشی از کووید-۱۹ تأثیر بگذارد و هم‌چنین استفاده از درمان ذهن آگاهی می‌تواند به طور مؤثری بهزیستی روان‌شناختی را در مقابله با کووید-۱۹ ایجاد کند [۲۳]. در تبیین این بخش می‌توان این‌گونه بیان کرد تمرین‌های ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به ویژگی‌ها و توانمندی‌های خود و ارتقاء توجه به لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات افراد تأثیر مثبت گذاشته است [۲۴].

نکته حائز اهمیت دیگر این‌که آموزش ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که چگونه مهارت‌های عادتی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی ببرند و شرایط را برای تغییر سبک زندگی آماده نمایند و از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، افزایش مشارکت اجتماعی، پذیرش خود، بهبود حل مساله و افزایش عزت نفس نقش مهمی در افزایش احساسات فیزیکی و روانی مثبت و کاهش احساسات فیزیکی و روانی منفی دارد که این عوامل می‌توانند نقش مهمی در سلامت داشته باشند و با به کارگیری روش‌ها و تمرین‌ها، بهزیستی ذهنی بهتر می‌شود [۲۵].

در بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر مشخص شد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود. مقایسه تطبیقی این نتیجه پژوهش حاضر با تحقیق Mc Donald و همکاران با عنوان ذهن آگاهی و تجربه پریشانی روانی: اثرات میانجی تنظیم هیجان و اضطراب دلبستگی همسو بود که نتایج نشان داد ذهن آگاهی با کاهش پریشانی روانی مرتبط است، ذهن آگاهی به طور معکوس با پریشانی روانی مرتبط است و هم‌چنین مداخلات روانی اجتماعی همچون آموزش ذهن آگاهی، برای پرداختن به پریشانی روانی می‌تواند مفید باشد [۲۶]. برای تبیین یافته این بخش می‌توان گفت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوع متفاوت از ذهنیت را طراحی می‌کند و جایگزین خوبی برای ذهنیت انجام دادن، ذهنیت بودن در حال است. افراد در انجام دادن درگیر سفر ذهنی هستند و نشخوارهای فکری، اضطراب و درگیری‌های فکری، مرورگذشته‌های ناایمن یا آینده‌های ترسناک بسیار دارند و با بودن در حال از کشیده شدن در اعماق خاطرات و افکار و احساسات رها شده و آن‌ها را به عنوان بخشی از تجربه حالشان تجربه می‌کنند [۲۱].

هم‌چنین، از دیگر نتایج پژوهش حاضر اثربخشی زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی بود. زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بود که با پژوهش Tagalidou و همکاران با عنوان کارآیی و امکان اجرای یک آموزش طنز برای افرادی که از افسردگی اضطراب و اختلال سازگاری رنج می‌بردند، همسو بود و به این نتیجه رسیدند که پس از آموزش، بهبودهایی در نتایج مربوط به شوخ طبعی برای گروه آموزشی مشاهده شد [۲۷]. با شوخ طبعی و طنزگویی می‌توان شادی را وارد زندگی کرد و این یکی از مواردی می‌باشد که در درمان مبتنی بر زندگی به آن اهمیت داده شده است. هم‌چنین، با تحقیق Carbone و Echols با عنوان تأثیرات خوش‌بینی در بهبودی و سلامت روان پس از گردباد، نیز همسو بود و نتایج نشان داد که خوش‌بینی خلقی تأثیر مثبتی بر بهبود شخصی و سلامت روان پس از فاجعه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

داشت [۲۸]. در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت با زندگی درمانی خوش‌بینی و اشتیاق به زندگی در افراد بالا می‌رود و تمایل بالایی به زندگی پیدا می‌کنند و با تمام خلع‌هایی که در زندگی وجود دارد، می‌توانند ارزش زنده بودن و زندگی کردن را بیابند و به دنبال راه‌بردهای مناسب برای افزایش معنا و مفهوم در زندگی بروند و بتوانند خلق و خوی مناسب و هیجانات مثبت را بیشتر تجربه کنند [۱۳]، و در نتیجه از بهزیستی ذهنی بهتری برخوردار شوند.

یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر نشان دهنده اثربخشی زندگی درمانی بر امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته این بخش با قسمت‌هایی از پژوهش Ameri و همکاران با عنوان تأثیر روش کیفیت آموزشی گروهی بر امنیت روانی اجتماعی نوجوانان دختر بی‌سرپرست، همسو بود و نتایج نشان داد بین مؤلفه‌های امنیت روانی (ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و ناامیدی، احساس حقارت، سازگاری با دیگران) در گروه آزمایش و گروه گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. ولی در مؤلفه‌های علاقه به زندگی و احساس سلامت بین گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نگردیده است و در نتیجه می‌توان کیفیت آموزشی گروهی یک روش تأثیرگذار بر بهبود مهارت‌های اجتماعی، شایستگی‌های اجتماعی و امنیت روانی و اجتماعی نوجوانان دختران بی‌سرپرست در نظر گرفت [۲۹]. کیفیت آموزش گروهی مانند زندگی درمانی آموزش‌های آرام‌سازی و مهارت‌های زندگی و شادی را به کار گرفته است و کیفیت ابعاد مختلف زندگی را بهبود می‌بخشد. در تحقیق همسوی دیگری از Dahanzadeh و Borna، با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر احساس امنیت اجتماعی و سلامت روان در نوجوانان اهواز، نتایج نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش احساس امنیت اجتماعی و سلامت روان در نوجوانان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شد [۳۰]. هم‌چنین، در تحقیق Shain و همکاران، با عنوان سبک‌های تاب‌آوری به استرس، توانمندسازی روان‌شناختی و مدیریت تعارض در بین دانشجویان کارشناسی پرستاری، نتایج نشان داد که افزایش توان‌مندسازی روان‌شناختی پرستاران می‌تواند موجبات ارتقاء امنیت روانی آن‌ها را فراهم آورد [۳۱].

با توجه به یافته‌های مرتبط در تبیین این بخش می‌توان گفت زندگی درمانی کمک می‌کند تا افراد امید را پرورش دهند و ناملایمات، بدبختی‌ها و اتفاق‌های ناگوار در زندگی را شناسایی کنند و باورها و افکار و اندیشه‌های بدبینانه را کنار گذاشته و تفسیرهای مناسب از رویدادها و ناملایمت‌ها داشته باشند و با در نظر گرفتن پیامدها و اقدام برای رفع ناملایمات، و با مهارت آموزی و نیروزایی که هدف گذاری و برنامه ریزی برای آینده می‌باشد، اعمال انطباقی را بیشتر کنند [۱۳]، و با این طرح جدید از زندگی احساس امنیت خود را بهبود ببخشند.

آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد تفاوتی بین دو روش درمانی در افزایش بهزیستی ذهنی و امنیت روانی وجود نداشت. با این که پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو روش یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت دو روش می‌توان به ویژگی‌ها و راه‌بردهای هر دو روش اشاره کرد. زندگی درمانی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

با نشانه گرفتن کل زندگی و ابعاد مختلف آن و غنی کردن زندگی، درک معنا و مفهوم زندگی می‌تواند بر بهزیستی ذهنی اثر گذار باشد. و متعاقب آن بر امنیت روانی اثر بخش باشد و سلامت روانی را به ارمغان آورد [۱۳]. از طرف دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز با شناسایی الگوهای ذهنی که افراد را دچار رنج هیجانی و اضطراب می‌کند، شناسایی و توان بالقوه رضایت از بودن را شکوفا می‌کند، و با ترسیم الگوهای ذهنی مثبت برای مبتلایان، آن‌ها را از افکار آزاردهنده رها می‌کند [۲۲]، و در مجموع هر دو رویکرد روان درمانی با روش‌های کاربردی که دارند می‌توانند بر احساسات و افکار و رفتارها تأثیر به‌سزایی داشته باشند و به بهبودی بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک نمایند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش اشاره کرد. به علاوه، نمونه پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۴ منطقه از تهران بود که تعمیم آن به گروه‌ها و جوامع دیگر باید با احتیاط لازم صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود درمان‌های استفاده شده در این پژوهش بر روی گروه‌ها و افراد دیگر نیز بررسی شود و در محیط‌های آموزشی و مراکز درمانی به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر و اثرگذاری هر دو درمان مشابه بود. بر این اساس، توصیه می‌شود از هر دو درمان برای افزایش امنیت روانی، بهزیستی ذهنی افرادی که دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشند، استفاده شود و در کنار روش‌های درمانی دیگر به درمان‌های روان‌شناختی اهمیت بیشتری داده شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از مسئولان مراکز و خانه‌های سلامت مناطق ۱، ۲، ۳ و ۵ به دلیل معرفی نمونه‌ها به پژوهش‌گران و از شرکت کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

[1] Boehlen FH, Herzog W, Schellberg D, Maatouk I, Schoettker B, Brenner H, et al. Gender-specific predictors of generalized anxiety disorder symptoms in older adults: Results of a large population-based study. *J Affective Disord* 2020; 262: 174-81.

[2] Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: Prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. *J Anxiety Disord* 2020; 73: 102234. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]

[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

[3] Gunnarsson AB, Hedberg A-K, Håkansson C, Hedin K, Wagman P. Occupational performance problems in people with depression and anxiety. *Scand J Occup Ther*. 2023; 30(2): 148-58.

[4] Calear AL, Batterham PJ, Torok M, McCallum S. Help-seeking attitudes and intentions for generalised anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30(2): 243-51.

[5] Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: The roles of positive and negative functioning. *PLoS One* 2019; 14(11): e0225646.

[6] Alinasab S, Shahgholian M, Farahani M. Relationship between extraversion/neuroticism and mental well-being: The mediating role of mindfulness. *RPH* 2017; 11(1): 1-12. [Farsi]

[7] Aghababaei S, Taghavi M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on mothers' psychological well-being of children with Autism and reduction of symptoms these children. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2020; 6(6): 88-100. [Farsi]

[8] Danesh P, Sharbatian MH. Tawafi P. Sociological analysis of domestic violence against women and its relationship with the feeling of security at home (a case study of women aged 18-54 years old in the middle city). *Strategic Research on Social Problems in Iran* 2017; 6(1): 47-72. [Farsi]

[9] DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med* 2019; 170(7): ITC49-ITC64.

[10] Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PloS one* 2017; 12(4): e0175068.

[11] Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2019; 48(6): 445-62.

[12] Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2018; 86(2): 200-4.

[13] Hasanzadeh R. Psychological of life. Tehran: Virayesh Publication. 2020; 300-26. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]

[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

[14] Mota CP, Matos PM. Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review* 2015; 56: 106-97.

[15] Ganji M. Psychopathology according to DSM-5 (Vol. I). Tehran: Savalan 2022; 500.

[16] Shokrolahi M, Naami A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Time Perspective and Emotional Well-Being Among the Sufferers of Generalized Anxiety Disorder Symptoms. *Clinical Psychology Studies* 2021; 11(42): 117-43. [Farsi]

[17] Keyes CL, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective well-being. 2003; 411–25.

[18] Golestani Bakht T. Presenting a model of mental well-being and happiness in the population of Tehran. [PhD Thesis]. Faculty of Educational Sciences and Psychology Al-Zahra; 2007; 100. [Farsi]

[19] Maslow AH, Birsh E, Honigmann I, McGrath F, Plason A, Stein M. Manual for the Security-Insecurity Inventory. Stanford University Press. 1952; 60-100.

[20] Zare H, Aminpour H. Psychological tests. Tehran, Aeezh. Published. 2011; 90-5. [Farsi]

[21] Tizdell J, Williams M, Segal Z. 8-week mindfulness workbook to get rid of depression and emotional turmoil. Aminzadeh A. (Persian translator). Tehran, Arjmand Pub. 2019; 50-99. [Farsi]

[22] Pasandideh R, Abolmoali K. The Effectiveness of Mindful Cognitive therapy on enhancement of overall well-being. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2016; 11(41): 7-16. [Farsi]

[23] Widha L, Rahmat HK, Basri ASH. A Review of Mindfulness Therapy to Improve Psychological Well-being during the Covid-19 Pandemic. *PROC Internat Conf Sci Engin* 2021; 4: 383-6.

[24] Takahashi T, Sugiyama F, Kikai T, Kawashima I, Guan S, Oguchi M, et all. Changes in depression and anxiety through mindfulness group therapy in Japan: the role of mindfulness and self-compassion as possible mediators. *BioPsychoSocial Med* 2019; 13(4): 1-10.

[25] Sangprasert P, Palangrit S, Tiyoa N, Pattaraarchachai J. Effects of mindfulness-based health education practice on health behaviors and quality of life among hypertensive patients: a quasi -experimental research. *Journal of Health Research* 2019; 33(3): 96-186.

[26] Mc Donald HM, Sherman KA, Petocz P, Kangas M, Grant KA, Kasparian NA. Mindfulness and the experience of psychological distress: the mediating

Mental Health of Unattended Women. *RBS* 2021; 19(2): 358-68. [Farsi]

[30] Dahanzadeh A, Borna M. Investigate the effectiveness of training of social skills on social security and mental health among adolescents in Ahvaz. *Scientific Journal of Social Psychology* 2019; 6(50): 73-82. [Farsi]

[31] Shain M, Arnold I, GermAnn K. The road to psychological safety: Legal, scientific, and social foundations for a Canadian National Standard on Psychological Safety in the Workplace. *Bulletin of Science, Technology & Society* 2012; 32(2): 142-62.

effects of emotion regulation and attachment anxiety. *Mindfulness* 2016; 7(4): 799-808.

[27] Tagalidou N, Distlberger E, Loderer V, Laireiter AR. Efficacy and feasibility of a humor training for people suffering from depression, anxiety, and adjustment disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 1-3.

[28] Carbone EG, Echols ET. Effects of optimism on recovery and mental health after a tornado outbreak. *Psychol Health* 2017; 32(5): 530-48.

[29] Ameri MA, Fathi A, Sharifi Rahnmo S, Nouri I. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on Psychosocial Security, Happiness and

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]

Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Life Therapy on Mental Well-Being and Psychological Security in Women with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study

Azam Sarabadani[1], Ramazan Hassanzadeh[2], Seyedeh Olia Emadian[3]

Received: 13/11/22 Sent for Revision: 19/12/22 Received Revised Manuscript: 27/02/23 Accepted:01/03/23

Background and Objectives: Generalized anxiety disorder is one of the most common chronic anxiety disorders, and the role of psychotherapy in reducing its symptoms has been confirmed. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and life therapy on mental well-being and psychological security in women with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with pre-test/post-test design and follow-up (three months) with a control group. Forty-five women with generalized anxiety disorder referred to health centers and counseling centers in areas 1, 2, 3, and 5 of Tehran in 2021 were selected by purposeful sampling method and placed in two experimental groups and one control group. The experimental groups received educational intervention in 8 sessions, but the control group did not receive any intervention. In order to collect data, Keyes and Magyar-Moe's Mental Well-Being Questionnaires and Maslow's Psychological Security Questionnaire were used. Data analysis was done using two-way repeated measures analysis of variance.

Results: The results indicated the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and life therapy on increasing the mental well-being and psychological security of women with generalized anxiety disorder ($p<0.001$), and both methods had the same effectiveness.

Conclusion: Considering the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and life therapy on increasing well-being and psychological security, these treatments can be used as adjuvant, supportive and rehabilitation interventions along with drug therapies to rehabilitate and improve their quality of life.

Key words: Mindfulness cognitive therapy, Life therapy, Well-being, Security, Generalized anxiety, Women

Funding: This study did not have any funds**.**

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Sari branch, approved the study (IR.IAU.SARI.REC.1400.026).

How to cite this article: Sarabadani Azam, Hassanzadeh Ramazan, Emadian Seyedeh Olia. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Life Therapy on Mental Well-Being and Psychological Security in Women with Generalized Anxiety Disorder: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 21 (12): 1249-66. [Farsi]

1- PhD Student in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2- Prof., Dept.of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, ORCID:0000000247469362
(Corresponding Author) Tel: (011) 33032891, Fax: (011) 33033751, E-mail: Hasanzadeh@iausari.ac.ir
3- Assistant Prof., Dept.of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.12.3.2]
[DOI: 10.52547/jrums.21.12.1249]