

عبدالمحمد صفری^۱، جهان‌شاه محمدزاده^{۱*}
و وحید احمدی^۲، شهرام مامی^۳

^۱دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
^۲دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران
^۳استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۹/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانواده با توجه به نقش مهمی که در خانه دارند، در معرض بیماری‌های جسمی و روانی مختلفی از جمله استرس و افسردگی می‌باشند. از این رو آموزش در این زمینه و افزایش خودکارآمدی زنان می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت در این افراد گردد. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بوده، از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر ایلام به‌طور تصادفی ۳۰ نفر که دارای میزان بالایی از افسردگی و استرس بودند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) تقسیم شدند. هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی، استرس ادراک شده و خودکارآمدی بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، بلافاصله پس از مداخله و دو ماه بعد از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار spss مورد ارزیابی قرار گرفتند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از آموزش ذهن آگاهی، تغییرات معنی‌داری در افسردگی ($p < 0/001$)، استرس ادراک‌شده ($p = 0/010$)، خودکارآمدی ($p < 0/001$) در گروه آزمون مشاهده گردید. همچنین دو ماه بعد از مداخلات آموزشی تغییرات ناشی از آموزش پایدار بوده و میانگین نمرات افسردگی ($11/09 \pm 11/07$)، استرس ادراک‌شده ($7/32 \pm 19/80$) و خودکارآمدی ($59/73 \pm 6/40$) نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشت ($p < 0/05$).
نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان دادند که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش خودکارآمدی، کاهش علائم افسردگی و استرس ادراک‌شده تأثیر معناداری دارد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، خودکارآمدی، افسردگی، استرس، زنان سرپرست خانوار

نویسنده مسئول:

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.

Tel: ۰۹۱۸۳۴۳۰۰۸۱

E-mail:

jahansha.m2019@gmail.com

مقدمه

خانواده نهادی است که آسیب هایی مانند طلاق، کودک آزاری، فرار از خانه و ... از آن سر بر می آورد. عوامل متعددی از جمله طلاق، زندانی شدن و مرگ همسر می تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده خانواده های تک والدی با سرپرستی زنان را بوجود بیاورد^۱. زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور یا حمایت منظم یک مرد بالغ، مسئولیت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده و همچنین تصمیم گیری های مهم و اساسی بر عهده آنها می باشد^۲.

در کشورهای در حال توسعه، حداقل ۱۰٪ از خانوارها دارای سرپرستی زن هستند. با این حال، تخمین دقیقی از وقوع و نوع خانواده های سرپرست زن وجود ندارد^۳. مطابق سرشماری سال ۱۳۸۵ نسبت زنان سرپرست خانوار ۹/۴ درصد کل خانوارهای ایرانی بوده است و این نسبت در سال ۱۳۹۵ به ۱۲/۷ درصد رسیده است (گزیده سرشماری نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). از طرف دیگر، طبق اعلام سازمان بهزیستی طی سال های گذشته (۱۹۹۶-۲۰۰۶) سالانه ۶۰۳۰۰ فرد به جمعیت خانوارهای سرپرست زن اضافه شده است^۴.

زنان سرپرست خانوار، علاوه بر وظیفه خانه داری و درآمدزایی، وظیفه مادر بودن را نیز به عهده دارند. تعدد نقش ها، نگرانی در مورد مسائل اقتصادی و استرس درباره آینده باعث افزایش مشکلات سلامت جسمی، اجتماعی و روانی می شود که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می گذارد^۵.

براساس نتایج پژوهش ها احتمال ابتلای زنان سرپرست خانوار به اختلالات روانی از زنان متأهل و کسانی که به تنهایی زندگی می کنند بیشتر است. زیرا باید به انجام وظایفی از قبیل ایفای نقش دوگانه برای فرزندان، اداره امور خانه، بر عهده داشتن مسئولیت تامین هزینه و کار در خارج از خانه بپردازند در نتیجه با مسائل و مشکلات روحی و روانی بیش تری روبه رو می شوند^۶.

استرس^۲ به عنوان یک عامل خطر مهم شناخته می شود، که سلامت روانی را دچار اختلال می کنند. مطالعات نشان می دهد که استرس مزمن منجر به عوارض متعددی می شود^۷. بسیاری از محققان به استرس به عنوان یک عامل خطر مهم اشاره دارند که منجر به توسعه علائم افسردگی و اضطراب در بزرگسالان می شود^۸.

نتایج پژوهش ها نشان دادند که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان، تنش و استرس بیشتری را تجربه کرده و در معرض ابتلا به بیماری های جسمانی و روان شناختی بیشتر قرار می گیرند. زنان سرپرست خانوار با عوامل فشارزای متعددی در زندگی روبرو هستند و ممکن است نیازهای اساس آنان با چالش مواجه شود. نتایج پژوهش ها پیش بینی می کنند که نرخ شیوع افسردگی در میان افراد با درآمد پایین و بیکار نیز بیشتر است. و نرخ شیوع اختلال افسردگی در بین این زنان رو به افزایش است. افزایش علائم افسردگی در سطح بالا و میزان خودکشی بین سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ بیش از ۳۰ درصد افزایش یافته است^{۹،۱۰}.

یکی از راهکارهای مهم که منجر به کاهش استرس و افسردگی می شود افزایش تاب اوری افراد می باشد^{۱۱}. یکی از مهمترین مکانیسم های تأثیرگذاری بر خود، خودکارآمدی^۳ است^{۱۱}.

درچارچوب رویکرد شناختی- اجتماعی، بندورا خودکارآمدی را چنین تعریف کرده است: برداشت هایی که فرد از توانایی های خویش در انجام یک تکلیف خاص دارد، بگونه ای که تکلیف مورد نظر به صورت مفید و مؤثر انجام شود. برخورداری از احساس خودکارآمدی موجب ایجاد ارتباط های مثبت و سالم می گردد، در حالی که خودکارآمدی پایین فرد را به رفتارهای اجتنابی می کشاند و این خود باعث محرومیت فرد از تقویت کننده های اجتماعی می شود. بندورا نشان داد که داشتن حس قوی از خودکارآمدی به سلامت روان شناختی افراد کمک می کند^{۱۲}. همچنین نتایج پژوهش های متعدد نشان دادند که خودکارآمدی پایین با پریشانی روان شناختی و علائم افسردگی ارتباط مثبتی دارد^{۱۳}.

³ -self- efficacy

¹ - female heads of household

² - stress

به طور خود انگیخته از عمل فرد نشأت می‌گیرند، ۳) درک درست از آسیب پذیری بشر، که این مسأله ابتدا از طریق آموزش‌های شنیداری و سپس از طریق جستجوی اعتبار آنها از طریق مشاهده مستقیم فرآیند تجربه در عمل طی تمرین‌های ذهن آگاهی رشد می‌یابد. ما از طریق این فرآیندها می‌آموزیم گرچه رنج قسمتی از تجربه ماست اما راه‌هایی وجود دارد که ما می‌توانیم الگوهای عادت شده جدیدی را جهت ایجاد، افزایش و تعمق در آن یاد بگیریم.^{۱۸}

اگر چه این برنامه برای بیماران با درد مزمن بود، ولی ادبیات تجربی در مورد اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به سرعت رشد کرده است و به عنوان یکی از درمان‌های مطرح در جهان برای طیف وسیعی از جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی در شرایط مختلف کاربرد دارد. و بطور موفقیت آمیزی در درمان اختلالات روانی همچون استرس پس از سانحه^{۱۹}، افسردگی و پیشگیری از عود افسردگی^{۲۰}، درد مزمن^{۲۱}، بیماری‌های قلبی عروقی^{۲۲} مؤثر است.

مرور پژوهش‌های انجام گرفته میزان بالایی از استرس ادراک شده و علائم افسردگی را در زنان سرپرست خانوار گزارش کرده‌اند. و این امر کارآمدی و سلامت روانی زنان سرپرست خانوار را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در نتیجه کاهش خودکارآمدی نسبت به سایر مشکلات روان شناختی آسیب پذیر می‌شوند.^{۲۳} این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام انجام گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی می‌باشد که با هدف تعیین تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در فاصله سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۱۸ انجام پذیرفت.

جمعیت کل زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی ۲۸۰۵ نفر بودند. در مرحله اول بعد از شناسایی تعداد زنان سرپرست خانوار، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، تعداد ۴۰۰ نفر انتخاب و در مرحله بعد با استفاده از آزمون‌های افسردگی بک

خودکارآمدی یک منبع مقاومت مثبت است که برای مدیریت استرس ضروری است. خودکارآمدی به توانایی‌های فرد برای رفتار مناسب در موقعیت‌های چالش برانگیز اشاره دارد. براین اساس خودکارآمدی با پیشگیری از اختلالات روانی مرتبط است. خودکارآمدی بالا منجر به سطوح بالای بهزیستی، خوش‌بینی و رضایت از زندگی می‌شود. خودکارآمدی پایین به نوبه خود با افزایش علائم اضطراب، پریشانی و افسردگی مرتبط است.^{۱۴}

در دو دهه اخیر رویکردهای آموزشی درمانی مختلفی در زمینه بهبود سلامت روان افراد به کارگرفته شده‌اند. یکی از این رویکردهای جدید مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ است که در سال‌های اخیر تحولاتی را در حوزه علوم سلامت به وجود آورده و اثر بخشی آنها در زمینه‌های بالینی و غیر بالینی متعددی نشان داده شده است. یکی از تأثیرات این نوع درمان افزایش توانایی مقابله و سازگاری با موقعیتهای استرس زا است.^{۱۵}

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBSR) یک برنامه روانی آموزشی گروهی است که اولین بار توسط جان کابات زین طراحی شد. و به افراد در راستای تمرین مراقبه ذهنی - بدنی کمک می‌کند و با هدف کاهش استرس و بهبود سلامتی بکار برده می‌شود. ^{۱۶} این درمان که یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچگونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه شوند. ذهن آگاهی معمولاً به عنوان آگاهی و توجه به تجربیات لحظه به لحظه به صورتی پذیرنده تعریف می‌شود که شامل تنظیم توجه، حضور در لحظه کنونی و پذیرش احساسات خوشایند و ناخوشایند می‌باشد.^{۱۷}

به طور کلی آموزش ذهن آگاهی سه مؤلفه را دربر می‌گیرد: ۱) رشد آگاهی از طریق یک روش شناسی تمرین‌های نظام دار که در برگرفته تمرین‌های رسمی ذهن آگاهی (وارسی بدن، مراقبه نشسته، حرکت ذهن آگاهانه) و تمرین‌های غیر رسمی ذهن آگاهی (گسترش آگاهی در هر لحظه از زندگی روزمره) است، ۲) چهار چوب نگرشی خاص، این چهارچوب با مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال مشخص می‌شود که همراه با آشکارسازی تجارب است. این اعمال به طور اندیشمندانه در ضمن اجرا و تمرین پرورش می‌یابند و

⁴ -Mindfulness based Intervention

⁵ - Mindfulness based stress reduction

(BDI II) و استرس ادراک شده کوهن، غربالگری انجام و از بین افرادی که نمره کسب شده آنها در آزمون‌های افسردگی و استرس ادراک شده از متوسط بالاتر باشد ۳۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. در نهایت ۳۰ نفر نمونه به صورت قرعه کشی به گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

نمونه‌گیری از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهر ایلام که دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل یک فرزند، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، عدم دریافت دارو درمانی یا روان درمانی به صورت همزمان، کسب نمره حداقل یک انحراف معیار بالاتر در پرسشنامه افسردگی و استرس ادراک شده در مرحله غربالگری که علاقه مند به شرکت در پژوهش بودند انتخاب شدند.

قبل از انجام مطالعه هدف پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شده و از آنان اجازه کتبی دریافت گردید. نظارت دقیق بر نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای مداخله صورت گرفت. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و نتایج فقط برای اهداف پژوهشی مورد استفاده خواهد گرفت و نتایج به صورت کلی انتشار خواهد یافت.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی، استرس ادراک شده و افسردگی بود.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، نوع بی سرپرستی، تعداد فرزند بود.

پرسشنامه خودکارآمدی: به منظور اندازه‌گیری خودکارآمدی از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲)^{۳۳} استفاده شد. این مقیاس که خودکارآمدی کلی و اختصاصی را اندازه‌گیری می‌کند، دارای دو زیر مقیاس و ۲۳ گویه بوده و در سال ۱۹۸۲ توسط شرر ساخته شده است. برای بررسی اعتبار مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن ۰/۸۳ بدست آمد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد. حداقل نمره در این مقیاس برابر با ۱۷ و حداکثر آن برابر با ۸۵ می‌باشد. نمره بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بالاست ضرایب آلفای کرونباخ و اعتبار بازمیابی این مقیاس به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است. نیز همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و مقیاس

اضطراب اجتماعی را ۰/۶۱- گزارش کرده اند که حکایت از روایی واگرا دارد، در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۶۷ بدست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده: مقیاس استرس ادراک شده کوهن (PSS) در سال ۱۹۸۳ توسط شلدون کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد.

این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است^{۳۴}، آلفای کرونباخ این مقیاس را در جامعه ایرانی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI II): این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای (بک، استیر و براون، ۱۹۶۶) که شکل بازننگری شده پرسش نامه افسردگی بک است، وجود و شدت علائم افسردگی در طی دو هفته گذشته در بیماران روانپزشکی و جمعیت نرمال و نیز نوجوانان و بزرگسالان را اندازه‌گیری می‌کند. به هر ماده نمره ای براساس یک درجه بندی ۴ نمره ای به شیوه لیکرتی بین ۰ (من احساس غمگینی می‌کنم) تا ۳ (من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) تعلق می‌گیرد. نمره کلی افسردگی از جمع نمره کل ماده‌ها حاصل می‌شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار بازمیابی یک هفته‌ای این پرسشنامه ۰/۹۱ و همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است^{۳۵}.

مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹، ضریب بازمیابی به فاصله یک هفته ۰/۹۴. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، ۰/۷۱ و با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش شده ۰/۹۳ به دست آمده که بیانگر روایی این پرسشنامه است^{۳۶}.

دو گروه آزمون و کنترل وارد مطالعه شدند که در گروه آزمون، بر اساس مداخلات ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به شرح زیر انجام شد.

ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس: به شکل یک برنامه آموزش ۸ هفته‌ای اجرا شد (هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه). دستور جلسات شامل تمرین مهارت‌های مراقبه، بحث در مورد استرس، روش‌های مقابله ای و تکالیف خانگی بود.

به منظور تعیین اعتبار پرسش‌نامه‌ها در این پژوهش، روایی محتوا Content validity و روایی صوری Face validity به صورت کمی مورد بررسی قرار گرفت. جهت اعتبار سنجی پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اساتید روانشناس قرار گرفت. که همه سوالات پرسشنامه تایید شدند. به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها، از روش همسانی درونی، از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای پرسشنامه استرس ادراک شده ۰/۹۲، پرسشنامه خودکارآمدی ۰/۷۴، پرسشنامه افسردگی ۰/۷۷، بدست آمد. درابتدا پرسشنامه‌ها توسط زنان سرپرست خانواده تکمیل گردید. سپس زنانی که میزان استرس و افسردگی آنها بالا بود به صورت

جدول ۱- مراحل اجرای برنامه آموزش

جلسه اول	هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی پیرامون سیستم هدایت خودکار، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دوم	رویاری با موانع: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واری بدن، دادن پاسخ‌وراند و بحث در مورد تمرین واری بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفسی، ارائه تکلیف خانگی
جلسه سوم	حضور ذهن با تنفس: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین پنج دقیقه ای "دیدن و شنیدن"، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واری بدن. ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	اجازه/ مجوز حضور: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار)، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی. ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکلیف هفته گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون متفاوت بودن دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).
جلسه هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکلیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش جلسه، ارائه تکلیف خانگی
جلسه هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واری بدن، جمع بندی جلسات، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات در خانه انجام گردید.

حرف a نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه شاهد ۲ با گروه های کنترل و شاهد ۱ در سطح $P < 0.05$ ، حرف b نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه شاهد ۲ با گروه های تجربی در سطح $P < 0.05$ ، حرف c نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه کنترل و شاهد ۱ با گروه های تجربی در سطح $P < 0.05$ ، می‌باشد.

در ابتدا نرمالیتی داده‌ها با استفاده از کولموگروف اسمیرنوف K-S آزمون گردید و مشخص گردید که داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی زوجی و تی مستقل) استفاده شد. فاصله اطمینان ۹۵٪ لحاظ گردید.

پس از انجام مداخلات مجدداً پرسشنامه‌ها بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و همچنین دو ماه بعد در دو گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS شد.

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان داد که ۳۳/۳٪ از زنان گروه آزمون دارای سن ۲۶-۳۰ بوده و ۳۳/۳٪ از زنان گروه کنترل دارای سن بالاتر از ۳۵ بودند. ۸۰٪ از زنان در گروه آزمون و ۶۶/۷٪ از زنان گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی سیکل می باشند. سایر اطلاعات دموگرافیکی در جدول شماره یک قابل رویت می باشد (جدول شماره ۲).

براساس نتایج مطالعه حاضر، در مقایسه نمرات افسردگی بعد از مداخله، بین گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت ($p=0/005$). در حالی که بین نمرات افسردگی در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($p=0/141$). (جدول ۲)

همانطور که در جدول شماره ۳ قابل رویت است، استرس ادراک شده بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی داری نسبت به قبل از آزمون دارد ($p=0/010$). در حالی که استرس ادراک شده در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نداشت ($p=0/540$). همچنین یافته های مطالعه نشان داد که در مقایسه نمرات استرس ادراک شده بین گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($p=0/13$).

در مقایسه خودکارآمدی افراد شرکت کننده مشاهده گردید که اختلاف معنی داری بین گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله آموزشی وجود ندارد ($p=0/839$) همچنین میانگین نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی را نشان می دهد ($p<0/001$). (جدول ۳) بررسی یافته های مطالعه دو ماه بعد از مداخله آموزشی نشان می دهد که میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی داری با گروه کنترل دارد ($p=0/011$).

مقایسه نمرات افسردگی در گروه آزمون قبل و دو ماه بعد از مداخله نشان داد اختلاف معنی داری بین آنها وجود دارد ($p<0/001$) (جدول ۴)

جدول شماره ۴ نشان دهنده اختلاف معنی دار استرس ادراک شده دو ماه بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله

می باشد ($p<0/001$). در حالی که استرس ادراک شده در گروه کنترل قبل و دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نگردید ($p<0/493$). همچنین یافته های مطالعه نشان داد که در مقایسه نمرات استرس ادراک شده بین گروه کنترل و آزمون دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($p<0/001$).

نمرات خودکارآمدی افراد شرکت کننده، اختلاف معنی داری را بین گروه کنترل و آزمون دو ماه بعد از مداخله آموزشی نشان داد ($p<0/001$). همچنین میانگین نمرات خودکارآمدی دو ماه بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی را نشان می دهد ($p<0/001$). (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام انجام پذیرفت.

یافته های مطالعه نشان داد که بعد از مداخله آموزشی میزان افسردگی در گروه آزمون به شکل معنی داری کاهش پیدا کرده است. همچنین نتایج مطالعات مارسینیاک و همکاران^۶ (۲۰۲۰) نشان داد که آموزش گروهی MBSR موجب کاهش معنادار در علائم افسردگی می گردد^۷.

یافته های Kuyken و همکاران^۷ (۲۰۱۶) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنادار علائم افسردگی را کاهش می دهد^۷. همچنین بولمیجر و همکاران^۸ (۲۰۱۰) نیز به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی افراد مؤثر است^۸. بنابراین می توان اظهار داشت که استفاده از یک روش مداخله ای مؤثر، آموزش صحیح می توان موجب کاهش سطح افسردگی در زنان سرپرست خانوار شد.

در تبیین این یافته که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به طور معناداری موجب کاهش علائم افسردگی در مقایسه با گروه گواه در زنان سرپرست خانوار می شود می توان گفت که رویکرد مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس از طریق تمرین

⁸ - Bohlmeijer et al.

⁶ - Marciniak et al.

⁷ - Kuyken et al.

تجارب استرس را کاهش داده و به مرور زمان، با پرورش یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیر قابل تغییر زندگی، فعالیت سیستم پاسخ استرس را کاهش دهد.^{۳۵}

براساس نتایج مطالعه حاضر مداخله ذهن آگاهی موجب افزایش خودکارآمدی شده است در نتیجه موجب افزایش تاب آوری زنان سرپرست خانوار می‌گردد. نتایج مطالعه همسو با نتایج Wood و همکاران می‌باشد.^{۳۶} همچنین خودکارآمدی نیز خود به عنوان یک محرک عمل کرده و می‌تواند موجب کاهش استرس و افسردگی در زنان سرپرست خانوار گردد. Pia Schönfeld و همکاران به نتایجی مشابهی دست یافته و خودکارآمدی را به عنوان یک میانجی که موجب تقویت افراد و کاهش استرس می‌شود معرفی می‌نماید.^{۳۷} نتایج مطالعه گورا و همکاران^{۱۱}، نشان دهنده این مطلب بود که بین باورهای خودکارآمدی فرد، ترس و استرس پس از آسیب رابطه منفی وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات پیشگیرانه با هدف افزایش آگاهی از چگونگی مواجهه با استرس پس از آسیب نه تنها به نجات فرد کمک می‌کند، بلکه در کاهش واکنش هیجانی و افزایش خودکارآمدی شخصی مؤثر است.^{۴۰}

همسو با این کلارک و همکاران^{۱۱} نیز در زمینه بررسی تأثیر میانجی‌گری خودکارآمدی در کیفیت زندگی کارگران نجات، حاکی از این بود که کارگرانی که از خودکارآمدی بالاتری بهره‌مند بودند، کیفیت زندگی کاری مطلوبی داشتند.^{۳۷} این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد کم افراد شرکت‌کننده در مطالعه می‌باشد و همچنین افراد شرکت‌کننده تنها از افراد تحت پوشش در کمیته امداد امام خمینی انتخاب شده‌اند و سایر زنان خانوار که تحت پوشش این نهاد نمی‌باشند در دسترس نبودند. بنابراین توصیه می‌گردد در مطالعات بعدی، تعداد افراد بیشتر و زنان سرپرست خانوار که تحت پوشش سایر نهاد های حمایتی هستند و یا زنان خانواری که تحت پوشش هیچ نهادی نیستند لحاظ گردند.

ها و تکنیک‌های مراقبه منظم باعث بالا رفتن آگاهی لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیار شدن به افکار و هیجانات منفی خود، آنها را به شیوه غیر قضاوتی و همراه با آرامش بپذیرند.

این روش به بیماران در ایجاد، حفظ و بهبود سبک‌های مقابله با علائم افسردگی^{۲۹، ۳۰} کمک می‌کند. تأثیر مداخلات انجام شده بر کاهش استرس ادراک شده در مطالعه حاضر مشهود می‌باشد به طوری که بعد از مداخله میانگین استرس ادراک شده اختلاف معنی‌داری با قبل از مداخله در گروه کنترل دارد.

Thao در مطالعه خود به این نتیجه رسید که جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت‌های خودکارآمدی در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های جدید می‌گردد.^{۳۲}

نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه استفورد و همکاران^۹ بوده^{۳۳} و فوردهام و همکاران^{۱۱، ۳۱} بوده و نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده نقش موثر دارد. مطالعات مروری مختلف نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، یک اقدام جهانی بوده که میزان استرس را به میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و سازوکارهای خاص آن استرس مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۳۲}

مطالعات مختلف در زمینه ذهن آگاهی و نقش آن در کاهش استرس و سلامت روانی نیز نشان می‌دهند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند به افراد در شناخت نقاط ضعف و قوت شخصی کمک‌کننده باشد. همچنین آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود سلامت روان، افزایش رفاه و کاهش استرس عامل تأثیرگذاری باشد.^{۳۳، ۳۴}

در تبیین نتایج بدست آمده پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو در اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افسردگی زنان سرپرست خانوار می‌توان عنوان کرد که تمرینات ذهن آگاهی به فرد این امکان را می‌دهد که پاسخ‌های خودکار و عادت‌ی به

¹¹ - Guerra et al.

¹² - Clark et al.

⁹ - Stafford et al.

¹⁰ - Fordham et al.

نتیجه گیری کلی

زندگی زنان سرپرست خانوار مورد توجه و استفاده نهادهای حمایت کننده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر حاصل رساله دکتری مصوب دانشگاه آزاد ایلام می باشد. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه آزاد ایلام و تمامی شرکت کنندگان در مطالعه قدردانی می شود.

یافته های این مطالعه نشان می دهد که با توانمندسازی زنان سرپرست خانوار با استفاده از ذهن آگاهی می توان موجب کاهش استرس ادراک شده، علائم افسردگی و افزایش خودکارآمدی آنان گردید که در نهایت این مداخلات، تاثیر مثبت در کیفیت زندگی و بهبود وضعیت سلامت افراد دارند. نتایج این مطالعه می تواند به عنوان استراتژی برای طراحی مداخلات مناسب جهت ارتقای سبک

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار

گروه کنترل		گروه آزمون			
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۶/۷	۱	۶/۶	۱	کمتر از ۳۰	سن
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	۳۱-۳۵	
۳۳/۳	۵	۲۰	۳	۳۶-۴۰	
۲۶/۷	۴	۵۳/۴	۸	بالتر از ۴۱	تحصیلات
۳۳/۳	۵	۴۰	۶	سیکل	
۴۶/۷	۷	۴۶/۷	۷	دیپلم	
۲۰	۳	۱۳/۳	۲	بالتر از دیپلم	بی سرپرست
۲۰	۳	۴۰	۶	فوت همسر	
۶۶/۷	۱۰	۵۳/۴	۸	طلاق	
۱۳/۳	۲	۶/۶	۱	سایر	تعداد فرزند
۶۰	۹	۴۶/۷	۶	۱	
۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۶	۲	
۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۳ و بیشتر	

جدول شماره ۳: تاثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، خودانتقادی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در مقایسه با گروه شاهد

ارزش p	پس آزمون	پیش آزمون	معیار	
<۰/۰۰۱	۱۱/۵۳ ± ۱۱/۰۱	۱۹/۶۰ ± ۱۳/۲۶	گروه مداخله	افسردگی
۰/۴۹۴	۲۵/۸۰ ± ۱۴/۶۴	۲۷/۰۰ ± ۱۳/۵۲	گروه شاهد	
	۰/۰۰۵	۰/۱۴۱	p	
۰/۰۱۰	۲۲/۶۶ ± ۷/۶۷	۲۹/۲۰ ± ۹/۳۶	گروه مداخله	استرس ادراک شده
۰/۵۴۰	۳۱/۱۳ ± ۹/۶۸	۲۹/۷۳ ± ۹/۵۹	گروه شاهد	
	۰/۰۱۳	۰/۸۸۲	p	

<0/001	48/80 ± 6/41	39/93 ± 7/22	گروه مداخله	خودکارآمدی
0/025	47/73 ± 9/62	41/21 ± 9/90	گروه شاهد	
	0/839	0/430	P	

جدول 4: تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و علائم افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر ایلام در مقایسه با گروه شاهد 2 ماه بعد از مداخله

ارزش P	پس آزمون	پیش آزمون	معیار	
<0/001	11/07 ± 1/09	19/60 ± 13/26	گروه مداخله	افسردگی
0/005	23/07 ± 11/76	27/00 ± 13/07	گروه شاهد	
	0/011	0/141	P	
<0/001	19/80 ± 7/32	29/20 ± 9/36	گروه مداخله	استرس ادراک شده
0/493	32/35 ± 7/65	29/73 ± 9/59	گروه شاهد	
	<0/001	0/882	P	
<0/001	59/73 ± 6/40	39/93 ± 7/22	گروه مداخله	خودکارآمدی
0/025	47/64 ± 9/62	41/21 ± 9/90	گروه شاهد	
	<0/001	0/430	P	

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافی گزارش نشده است.

References

1. Fahey T, Keilthy P, Polek E. Family relationships and family well-being: A study of the families of nine year-olds in Ireland. Dublin: University College Dublin and the Family Support Agency. 2012:1-108.
2. Hernández RL, Aranda BE, Ramírez MTG. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. The Spanish journal of psychology 2009;12(1): 171-83.
3. Nazoktabar H, NamdarAliabadi A, editors. Analysis of the female headed households situation. A case study of female headed households in Iran. 2011 International Conference on Social Science and Humanity IPEDR; 2011.
4. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The survey of quality of life and its related factors in female-headed households supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. Iranian Journal of Epidemiology 2014;10(2):48-55.
5. Chant S. Single-Parent Families: Choice or Constraint? The Formation of Female-Headed Households in Mexican Shanty Towns. Development: Critical Essays in Human Geography 2017:61.
6. Solhi M, Hamedan MS, Salehi M. Relationship between quality of life of women-headed households and some related factors in Iran. Glob J Health Sci. 2016;8 (10) : 56241.
7. Janusek LW, Tell D, Mathews HL. Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: a randomized trial with active control. Brain, Behavior, and Immunity 2019;80:358-73.
8. Reich RR, Lengacher CA, Klein TW, Newton C, Shivers S, Ramesar S, et al. A randomized controlled trial of the effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR [BC]) on levels of inflammatory biomarkers among recovering breast cancer survivors. Biological research for nursing 2017;19(4):456-64.
9. AZAM AM, TAFTEH M. The obstacles of happiness from the view of female-headed households of Tehran. 2015.
10. Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang XC, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. International Journal of Clinical and Health Psychology 2016;16(1):1-10.
11. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Self- efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. Child development 2001;72 (1): 187-206.
12. Bandura A. Adolescent development from an agentic perspective. Self-efficacy beliefs of adolescents 2006; 5:1-43.
13. Chen J, Liu T-q, Zheng M-j, Chen C. Relationships between self-esteem, self-efficacy, self-concept, and depression. Chinese Journal of Clinical Psychology 2010;18(6):799-801.
14. ZARE H, MEHMANNVAZAN A. The effectiveness of encouragement training on promotion of general self-efficacy and resiliency of female-headed households. 2015.
15. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM .A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. Journal of research in personality 2009;43(3):374-85.
16. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol- Ribera E, Berenguera A, Rodriguez- Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. Journal of continuing education in the health professions 2014;34 (1):4-12.
17. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA psychiatry 2016;73(6):565-74.
18. Suyi Y, Meredith P, Khan A. Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. Explore 2017;13(5):319-26.
19. Hilton L, Maher AR, Colaiaco B, Apaydin E, Sorbero ME, Booth M, et al. Meditation for posttraumatic stress: Systematic review and meta-analysis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy

- 2017;9(4):453.
20. Wong SY-S, Chan FW-K, Wong RL-P, Chu M-C, Lam Y-YK, Mercer SW, et al. Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *The Clinical journal of pain* 2011;27(8):724-34.
 21. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon JT, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of psychosomatic research* 2014;76(5):341-51.
 22. Meyer BD, Sullivan JX. Further results on measuring the well-being of the poor using income and consumption. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique* 2011;44(1):52-87.
 23. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports* 1982;51(2):663-71.
 24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.
 25. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory –II. *Psychological Assessment* 1996.
 26. Motabi fereshteh .Fataland moloodi Reza. Zia kaveh. Jafari Helia. Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iranian Journal of psychia and clinical Psychology* 2011. 17 208-217
 27. Marciniak R, Šumec R, Vyhnálek M, Bendičková K, Lázníčková P, Forte G, et al. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Depression, Cognition, and Immunity in Mild Cognitive Impairment: A Pilot Feasibility Study. *Clinical Interventions in Aging* 2020;15:1365.
 28. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. 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* 2010;68(6):539-44.
 29. Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorooglou M, et al. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integrative cancer therapies* 2015;14(1):42-56.
 30. Bergen-Cico D, Possemato K, Pigeon W. Reductions in cortisol associated with primary care brief mindfulness program for veterans with PTSD. *Medical Care* 2014;52(12):S25-S31.
 31. Fordham B, Griffiths C, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychology, health & medicine* 2015;20(1):121-7.
 32. Garland EL, Hanley AW, Baker AK, Howard MO. Biobehavioral mechanisms of mindfulness as a treatment for chronic stress: an RDoC perspective. *Chronic Stress* 2017;1:2470547017711912.
 33. Duan W. Mediation role of individual strengths in dispositional mindfulness and mental health. *Personality and Individual Differences* 2016;99:7-10.
 34. Tanay G, Lotan G, Bernstein A. Salutary proximal processes and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: A pilot preventive intervention. *Behavior therapy* 2012;43(3):492-505.
 35. Kharatzadeh H, Davazdahemami M, Bakh M, Kachuei A, Mahaki B. Effectiveness of mindfulness based stress reduction on glycemic control, stress, anxiety and depression on patients with type 2 diabetes mellitus. *URMIA MED J*. 2017;28(3):207-14.
 36. Wood AW, Gonzalez J, Barden SM. Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology* 2015;33(1):66-84.
 37. Clark KD. The relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in close-security and medium-security-level institutions: Walden University; 2010.

Abdolmohammad Safari¹,
Jahanshah
Mohammadzadeh^{2*}, Vahid
Ahmadi³, Shahram Mami³

¹- Ph.D. student, Department of
psychology, Islamic Azad
University, Ilam branch, Ilam,
Iran

²- Associate Prof., Department
of psychology, Faculty of
Literature and Human Scien-
ces, Ilam University, Ilam,
Iran (Responsible Author)

³- Assistant prof, Department of
psychology, Islamic azad
university, Ilam Branch, Ilam,
Iran

The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on self-efficacy, percived stress and depressive symptoms in female-headed households in Ilam

Received: 20 Dec 2020 ; Accepted: 2 Jan 2023

Abstract

Background: Women heads of households, due to their important role in the home, are exposed to various physical and mental illnesses, including stress and depression. Therefore, education in this field and increasing women's self-efficacy can improve the quality of life and health status of these people. This study was designed and conducted to investigate the effect of mindfulness based stress reduction (MBSR) on self-efficacy, reducing stress and depressive symptoms in female-headed households in Ilam.

Methods: The present study is a quasi-experimental study. Among women heads of households Sponsored by Imam Khomeini Relief Committee in Ilam, 30 people with high rates of depression and stress were randomly selected and they were randomly divided into experimental and control groups (15 people each group). Eight 90-minute sessions of mindfulness-based stress reduction program were taught. Data collection tools were Depression, Perceived Stress and Self-Efficacy questionnaires, which were completed by participants in three stages of pre-test, immediately after the intervention and two months after the intervention. The collected data were evaluated using SPSS software. Significance level was considered 0.05

Results: After mindfulness training, significant changes in depression ($p < 0.001$), perceived stress ($p = 0.010$), and self-efficacy ($p < 0.001$) were observed in the experimental group. Also, two months after the educational interventions, the changes caused by the training were stable and the mean scores of depression (11.07 ± 1.09), perceived stress (19.80 ± 7.32) and self-efficacy (59.73 ± 6.40) There was a significant difference in pre-test in the experimental group ($p < 0.05$)

Conclusion: The results of this study showed that MBSR education has a significant effect on increasing self-efficacy, reducing depressive symptoms and perceived stress.

Keywords: Mindfulness, Self-efficacy, Depression, Stress, Female-headed households.

*Corresponding Author:

Department of psychology,
Ilam University, Ilam, Iran

Tel: 09183430081

E-mail:

jahansham259@gmail.com