عبدالمحمد صفری[۱]. جهانشاه محمدزاده[۲*]. وحید احمدی[۳]. شهرام مامی[۲]

[۱] دانشجوی دکترای تخصصی روان شناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
[۲] دانشیار گروه روان شناسی ، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.
[۳] استادیار گروه روان شناسی، 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 وهدف: زنان سرپرست خانواده با توجه به نقش مهمی که در خانه دارند، در معرض بیماری های جسمی و روانی مختلفی از جمله استرس و افسردگی می‌باشند. ازاین‌رو آموزش در این زمینه و افزایش خودکار آمدی زنان می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و و ضعیت سلامت در این افراد گردد. این مطالعه باهدف بررر سی تأثیر درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش ا سترس بر خودکارآمدی، ا سترس ادراک شده و علائم اف سردگی زنان سرپر ست خانوار شهر ایلام طراحی و اجراشده 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 ت صادفی ۳۰ نفر که دارای میزان بالایی از اف سردگی و ا سترس بودند انتخاب شدند و به طور ت صادفی به دو گروه آزمون و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) تق سیم شدند. ه شت جل سه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه کاهش ا سترس مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی، استرس ادراک‌شده و خودکارآمدی بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، بلافا صله پس از مداخله و دو ماه بعد از مداخله تو سط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار spss مورد ارزیابی قرار گرفتند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: پس از آموزش ذهن آگاهی، تغییرات معنی‌داری در افسردگی (p< ۰/۰۰۱) استرس ادراک‌شده (p=۰/۰۱۰)، خودکارآمدی (p< ۰/۰۰۱) در گروه آزمون م شاهده گردید. همچنین دو ماه بعد از مداخلات آموز شی تغییرات نا شی از آموزش پا یدار بوده و م یانگین نمرات افسردگی (۱۱/۰۹ ± ۱۱/۰۷)، استرس ادراک‌شده (۷/۳۲ ± ۱۹/۸۰) و خودکارآمدی (۶/۴۰ ± ۵۹/۷۳) نسبت به‌پیش آزمون در گروه آزمون اختلاف معنی‌داری داشت. (p<۰/۰۵)

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان دادند که آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی درافزایش خودکارآمدی، کاهش علائم افسردگی و استرس ادراک‌شده تأثیر معناداری دارد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، خودکار آمدی، افسردگی، استرس، زنان سرپرست خانوار

نویسنده مسئول:
دانشیار گروه روان شناسی ، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران.
Tel: ۰۹۱۸۳۴۳۰۰۸۱
E-mail: jahansha.m2019@gmail.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

مقدمه

خانواده نهادی است که آسیب هایی مانند طلاق، کودک آزاری، فرار از خانه و ... از آن سر بر می آورد. عواملی متعدد 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[1]، زنانی هستند که بدون حضور یا حمایت منظم یک مرد بالغ، مسئولیت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده و همچنین تصمیم‌گیری‌های 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 سال‌های گذشته (۱۹۹۶-۲۰۰۶) سالانه ۶۰۳۰۰ فرد به جمعیت خانوارهای سرپرست زن اضافه شده است[۴].

زنان سرپرست خانوار، علاوه بر وظیفه خانه‌داری و درآمدزایی، وظیفه مادر بودن را نیز به عهده دارند. تعدد نقش‌ها، نگرانی در مورد مسائل اقتصادی و استرس درباره آینده باعث افزایش مشکلات سلامت جسمی، اجتماعی و روانی می‌شود که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد[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 بیش‌تری روبه رو می‌شوند[۶].

استرس[2] به عنوان یک عامل خطر مهم شناخته می‌شود، که سلامت روانی را دچار اختلال می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد که استرس مزمن منجر به عوارض متعددی می‌شود[۷]. بسیاری از محققان به استرس به عنوان یک عامل خطر مهم اشاره دارند که منجر به توسعه علائم افسردگی و اضطراب در بزرگسالان می‌شود[۸].

نتایج پژوهش‌ها 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،۲].

یکی از راهکارهای مهم که منجر به کاهش استرس و افسردگی می‌شود افزایش تاب اوری افراد می‌باشد[۱۰]. یکی از مهمترین مکانیسم های تأثیرگذاری بر خود، خودکارآمدی[3] 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، بگونه‌ای که تکلیف مورد نظر به صورت مفید و مؤثر انجام شود. برخورداری از احساس خودکارآمدی موجب ایجاد ارتباط‌های مثبت و سالم می‌گردد، در حالی که خودکارآمدی پایین فرد را به رفتارهای اجتنابی می‌کشاند 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 می‌کند[۱۲]. همچنین نتایج پژوهش های متعدد نشان دادند که خودکارآمدی پایین با پریشانی روان شناختی و علائم افسردگی ارتباط مثبتی دارد[۱۳].

[1] - female heads of household
[2] - stress
[3] -self- efficacy

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

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 می کند و با هدف کاهش استرس و بهبود سلامتی بکار برده می شود. [۱۶] این درمان که یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است به افراد مهارت هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچگونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه شوند. ذهن آگاهی معمولا به عنوان آگاهی و توجه به تجربیات لحظه به لحظه به صورتی پذیرنده تعریف می شود که شامل تنظیم توجه، حضور در لحظه کنونی و پذیرش احساسات خوشآیند و ناخوشآیند می‌باشد [۱۷].

به طور کلی آموزش ذهن آگاهی سه مؤلفه را دربر می گیرد: ۱) رشد آگاهی ازطریق یک روش شناسی تمرین های نظام دار که در برگیرنده تمرین های 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 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 می یابد. ما از طریق این فرآیندها می‌آموزیم گرچه رنج قسمتی از تجربه ماست اما راه هایی 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 درمان های مطرح در جهان برای طیف وسیعی از جمعیت های 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[۱۷]، درد مزمن[۲۰] ، بیماری های قلبی عروقی[۲۱] مؤثر است.

مرور پژوهش های انجام گرفته میزان بالایی از استرس ادراک شده و علائم افسردگی را در زنان سرپرست خانوار گزارش کرده اند. و این امر کارآمدی و سلامت روانی زنان سرپرست خانوار را تحت تاثیر قرار می دهد و در نتیجه کاهش خودکارآمدی نسبت به سایر مشکلات روان شناختی آسیب پذیر می شوند.[۲۲] 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 روش ها

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

[4] -Mindfulness based Intervention
[5] - Mindfulness based stress reduction

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

(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 پرسشنامه ها 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 انتشارخواهد 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 اندازه گیری خودکارآمدی از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) [۲۳]استفاده شد. این مقیاس که خودکارآمدی کلی و اختصاصی را اندازه گیری می کند، 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 ۸۳٪ بدست آمد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) می باشد. حداقل نمره در این مقیاس برابر با ۱۷ و حداکثر آن برابر با ۸۵ می باشد. نمره بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بالاست ضرایب آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۸۱٪ و ۶۷٪ گزارش شده است. نیز همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و مقیاس اضطراب اجتماعی را۶۱٪- گزارش کرده اندکه حکایت از روایی واگرا دارد، در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 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 ۸۴٪ ، ۸۵٪ و ۸۶٪ به دست آمده است [۲۴] ، آلفای کرونباخ این مقیاس را در جامعهء ایرانی ۸۱٪ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه افسردگی : پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI II): این پرسشنامه ۲۱ ماده ای(بک، استیر و براون، ۱۹۶۶) که شکل بازنگری 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 اندازه گیری 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 نمی توانم سر پا بایستم) تعلق می‌گیرد. نمره کلی افسردگی از جمع نمره کل ماده ها حاصل می شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار بازآزمایی یک هفته ای این پرسشنامه ۹۱٪ و همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۹۱٪ گزارش شده است[۲۵].

مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفای کرونباخ ۹۱٪ ، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۸۹٪، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۹۴٪ . همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، ۷۱٪ و با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش شده۹۳٪ به دست آمده که بیانگر روایی این پرسشنامه است [۲۶].

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

به منظور تعیین اعتبار پرسش‌نامه ها در این پژوهش، روایی محتوا Content validity و روایی صوری Face validity به صورت کمی مورد بررسی قرار گرفت. جهت اعتبار سنجی پرسشنامه ها دراختیار ۱۰ نفر از اساتید روانشناس قرار گرفت. که همه سوالات پرسشنامه تایید شدند. به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه ها، 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.

درابتداپرسشنامه ها توسط زنان سرپرست خانواده تکمیل گردید. سپس زنانی که میزان استرس و افسردگی آنها بالا بود به صورت 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.

ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس: به شکل یک برنامهٔ 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.

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	رویارویی با موانع: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی 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 ذهن‌آگاهی تنفس و وارسی 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 وارسی بدن، جمع بندی جلسات، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات در خانه انجام گردید.

حرف a نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه شاهد۲ با گروه های کنترل وشاهد۱ در سطح $P<0.05$ ، حرف b نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه شاهد ۲با گروه های تجربی در سطح $P<0.05$ ، حرف c نشان دهنده اختلاف معنی دار گروه کنترل وشاهد۱ با گروه های تجربی در سطح $P<0.05$ ، می‌باشد.

پس از انجام مداخلات مجددا پرسشنامه ها بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و همچنین دو ماه بعد در دو گروه آزمون و کنترل تکمیل گردید. داده های جمع آوری شده وارد نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS شد.

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

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

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= ۰/۰۰۵). در حالی که بین نمرات افسردگی در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نشد (p=۰/۱۴۱). (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=۰/۰۱۰.). در حالی که استرس ادراک شده در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نداشت(p=۰/۵۴۰). 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=۰/۱۳).

در مقایسه خودکارآمدی افراد شرکت کننده مشاهده گردید که اختلاف معنی داری بین گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله آموزشی وجود ندارد (p=۰/۸۳۹) همچنین میانگین نمرات خودکارآمدی بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی را نشان می دهد(p<۰/۰۰۱). (جدول ۳)

بررسی یافته‌های 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=۰/۰۱۱).

مقایسه نمرات افسردگی در گروه آزمون قبل و دو ماه بعد از مداخله نشان داد اختلاف معنی داری بین آنها وجود دارد (۰</۰۰۱) (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<۰/۰۰۱). در حالی که استرس ادراک شده در گروه کنترل قبل و دو ماه بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده نگردید(p<۰/۴۹۳) .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<۰/۰۰۱).

نمرات خودکارآمدی افراد شرکت کننده، اختلاف معنی داری را بین گروه کنترل و آزمون دو ماه بعد از مداخله آموزشی نشان داد (p<۰/۰۰۱). 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<۰/۰۰۱) . (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.

یافته‌های 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[6] (۲۰۲۰) نشان داد که آموزش گروهی MBSR موجب کاهش معنادار در علائم افسردگی می‌گردد[۲۷].

یافته‌هایKuyken و همکاران[7] (۲۰۱۶) نیز نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنادار علائم افسردگی را کاهش می‌دهد [۱۷]. همچنین بولمیجر و همکاران[8] (۲۰۱۰) نیز به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی افراد مؤثر است [۲۸]. بنابراین می توان اظهار داشت که استفاده از یک روش مداخله ای موثر، 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 می‌شود می‌توان گفت که رویکرد مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس از طریق تمرین

[6] - Marciniak et al.
[7] - Kuyken et al.
[8] - Bohlmeijer et al.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

ها و تکنیک های مراقبه منظم باعث بالا رفتن آگاهی لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می شود و از این طریق شرکت کنندگان یاد می گیرند 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 سبک های مقابله با علائم افسردگی[۲۹،۳۰] کمک می کند. تاثیر مداخلات انجام شده بر کاهش استرس ادراک شده در مطالعه حاضر مشهود می باشد به طوری که بعد از مداخله میانگین استرس ادراک شده اختلاف معنی داری با قبل از مداخله در گروه کنترل دارد.

Thao در مطالعه خود به این نتیجه رسید که جلسه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت های خودکارآمدی در برخورد با رویدادهای استرس زا و کسب مهارت های جدید می گردد [۳۲].

نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه استفورد و همکاران[۹] بوده [۳۳] و فوردهام و همکاران[۱۰] [۳۱] بوده و نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده نقش موثر دارد. مطالعات مروری مختلف نشان می دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، یک اقدام جهانی بوده که میزان استرس را به میزان قابل توجهی کاهش می دهد، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و سازوکارهای خاص آن استرس مزمن را تحت تاثیر قرار می دهد.[۳۲]

مطالعات مختلف در زمینهٔ ذهن آگاهی و نقش آن در کاهش استرس و سلامت روانی نیز نشان می دهند که آموزش ذهن آگاهی می تواند به افراد در شناخت نقاط ضعف و قوت شخصی کمک کننده باشد . همچنین آموزش ذهن آگاهی می تواند در بهبود سلامت روان، افزایش رفاه وکاهش استرس عامل تاثیر گذاری باشد[۳۳،۳۴].

در تبیین نتایج بدست آمده پژوهش حاضر و پژوهش های همسو در اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افسردگی زنان سرپرست خانوار می توان عنوان کرد که تمرینات ذهن آگاهی به فرد این امکان را می دهد که پاسخ های خودکار و عادتی به تجارب استرس زا 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 می گردد. نتایج مطالعه همسو با نتایج Woodوهمکاران می باشد[۳۶]. همچنین خودکارآمدی نیز خود به عنوان یک محرک عمل کرده و می تواند 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 می شود معرفی می نماید[۱۰] نتایج مطالعه گورا و همکاران[۱۱]، نشان دهندهٔ این مطلب بود که بین باورهای خودکارآمدی فرد، ترس و استرس پس از آسیب رابطه منفی وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که مداخلات پیشگیرانه با هدف افزایش آگاهی از چگونگی مواجه با استرس پس از آسیب نه تنها به نجات فرد کمک می کند، بلکه در کاهش واکنش هیجانی و افزایش خود کارآمدی شخصی مؤثر است [۴۰].

همسو با این کلارک و همکاران[۱۲] نیز در زمینهٔ بررسی تأثیر میانجی گری خودکارآمدی در کیفیت زندگی کارگران نجات، حاکی از این بود که کارگرانی که از خودکارآمدی بالاتری بهره مند بودند، کیفیت زندگی کاری مطلوبی داشتند [۳۷]. این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر بود .

از محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد کم افراد شرکت کننده در مطالعه می‌باشد و همچنین افراد شرکت کننده تنها از افراد تحت پوشش در کمیته امداد امام خمینی انتخاب شده اند و سایر زنان خانوار که تحت پوشش این نهاد نمی باشند در دسترس نبودند. بنابراین توصیه می گردد 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.

[9] - Stafford et al.
[10] - Fordham et al.
[11] - Guerra et al.
[12] - Clark et al.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

نتیجه گیری کلی

یافته های این مطالعه نشـان می دهد که با توانمندسـازی زنان سرپرست خانوار با استفاده از ذهن آگاهی می توان موجب کاهش ا سترس ادراک شده، علائم اف سردگی و افزایش خودکارآمدی آنان گردید که در نهایت این مداخلات، تاثیر مثبت در کیفیت زندگی و بهبود وضـعیت سـلامت افراد دارند. نتایج این مطالعه می‌تواند به عنوان استراتژی برای طراحی مداخلات مناسب جهت ارتقای سبک زندگی زنان سـرپرسـت خانوار مورد توجه و اسـتفاده نهادهای حمایت کننده قرار گیرد .

تقدیر و تشکر

پژوهش حا ضر حا صل ر ساله دکترای م صوب دان شگاه آزاد ایلام می‌باشد.بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه آزاد ایلام و تمامی شرکت کنندگان در مطالعه قدردانی می‌شود.

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی زنان سرپرست خانوار

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

جدول شماره ۳: تأثیر 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

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

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

خودکارآمدی	گروه مداخله	۳۹/۹۳ ± ۷/۲۲	۴۸/۸۰ ± ۶/۴۱	<۰/۰۰۱
	گروه شاهد	۴۱/۲۱ ± ۹/۹۰	۴۷/۷۳ ± ۹/۶۲	۰/۰۲۵
P		۰/۴۳۰	۰/۸۳۹	

جدول ۴: 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 ۲ ماه بعد از مداخله

	معیار	پیش آزمون	پس آزمون	ارزش p
افسردگی	گروه مداخله	۱۹/۶۰ ± ۱۳/۲۶	۱۱/۰۷ ± ۱/۰۹	۰</۰۰۱
	گروه شاهد	۲۷/۰۰ ± ۱۳/۰۷	۲۳/۰۷ ± ۱۱/۷۶	۰/۰۰۵
P		۰/۱۴۱	۰/۰۱۱	
استرس ادراک شده	گروه مداخله	۲۹/۲۰ ± ۹/۳۶	۱۹/۸۰ ± ۷/۳۲	<۰/۰۰۱
	گروه شاهد	۲۹/۷۳ ± ۹/۵۹	۳۲/۳۵ ± ۷/۶۵	۰/۴۹۳
P		۰/۸۸۲	<۰/۰۰۱	
خودکارآمدی	گروه مداخله	۳۹/۹۳ ± ۷/۲۲	۵۹/۷۳ ± ۶/۴۰	<۰/۰۰۱
	گروه شاهد	۴۱/۲۱ ± ۹/۹۰	۴۷/۶۴ ± ۹/۶۲	۰/۰۲۵
P		۰/۴۳۰	<۰/۰۰۱	

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافعی گزارش نشده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

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-Pa rent Fa mi lies: 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, MEHMANNAVAZAN 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

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

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, Bendíčková K, Lázničková 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, Chorozoglou 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 amongcorrectional employees in close-security and medium-security-level institutions: Walden University; 2010.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, Spring 2023, Vol. 12, No. 2: 157-168 *Original Article*

Abdolmohammad Safari[1], Jahanshah Mohammadzadeh[2*], Vahid Ahmadi[3], Shahram Mami[3]

[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 Sciences, Ilam University, Ilam, Iran (Responsible Author)

[3]- Assistant porf, 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 eachgroup). Eight 90-minute sessions of mindfulness-based stress reduction program were taught. Data collection tools were Depression, Perceived Stress and Self-Efficacy quetioners, 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

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/aums.12.2.157]