

Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Efficacy Training on Psychological Symptoms in Anxious Female Heads of Households

1. Marjaneh Anvari✉: Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

2. Abdolmajid Bahrainian✉*: Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3. Mohammadhasan Ghanifar✉: Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

4. Fatemeh Shahabizadeh✉: Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

*Corresponding Author's Email Address: abdolmajid2025@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and self-efficacy training in reducing psychological symptoms among anxious female heads of households and to examine the maintenance of treatment effects over a two-month follow-up period.

Methods and Materials: This clinical trial employed a pretest–posttest–follow-up design with 45 anxious female heads of households in Tehran. Following initial screening and eligibility assessment, participants were randomly allocated to three groups of 15: MBCT, self-efficacy training, and a waiting-list control group. Each intervention group received eight 90-minute sessions. Data were collected at pretest, posttest, and follow-up using the Beck Anxiety Inventory and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). The data were analyzed in SPSS version 26 using mixed between-within subjects analysis of variance, followed by Bonferroni-adjusted pairwise comparisons.

Findings: Mixed analysis of variance demonstrated significant time effects across all dimensions of psychological symptoms ($p < .001$), as well as significant between-group differences in somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, aggression, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism, and the overall psychological symptom score ($p < .001$). Bonferroni comparisons indicated that MBCT produced significantly greater improvements in somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, paranoid ideation, and psychoticism than both self-efficacy training and the control condition. Both active interventions significantly outperformed the control group in reducing depression, anxiety, aggression, phobic anxiety, and the total psychological symptom score. MBCT was significantly more effective than self-efficacy training in reducing depression, anxiety, aggression, and overall psychological symptoms, whereas the two interventions did not differ significantly in phobic anxiety. Significant treatment gains were maintained during the two-month follow-up period.

Conclusion: Both MBCT and self-efficacy training are effective interventions for improving psychological symptoms in anxious female heads of households; however, MBCT appears to provide broader and stronger therapeutic benefits, particularly for depression, anxiety, aggression, and overall psychological distress. Its sustained effects support its application in psychological and healthcare services for this vulnerable population.

Keywords: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Self-Efficacy; Psychological Symptoms; Anxiety; Female Heads of Households.*

How to Cite: Anvari, M., Bahrainian, A., Ghanifar, M., & Shahabizadeh, F. (2027). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Efficacy Training on Psychological Symptoms in Anxious Female Heads of Households. *Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 4(4), 1-23.

Received: 28 June 2026
Revised: 04 October 2026
Accepted: 11 October 2026
Initially Published: 25 October 2026
Final Publication: 23 October 2027



Copyright: © 2027 by the authors.
Published under the terms and
conditions of Creative Commons
Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش خودکارآمدی بر نشانگان روان شناختی در زنان مضطرب سرپرست خانوار

۱. مرجانه انوری¹: گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۲. عبدالمجید بحرینیان²: گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. محمد حسن غنی فر³: گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

۴. فاطمه شهابی زاده⁴: گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: abdolmajid2025@iau.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش خودکارآمدی بر نشانگان روان شناختی زنان مضطرب سرپرست خانوار و بررسی پایداری آثار این دو مداخله در دوره پیگیری دوماهه انجام شد. **مواد و روش:** این پژوهش یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود که روی ۴۵ زن مضطرب سرپرست خانوار در تهران انجام شد. پس از غربالگری اولیه، شرکت کنندگان واجد شرایط به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، آموزش خودکارآمدی و کنترل قرار گرفتند. گروه های مداخله هر یک هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشت. داده ها با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک و چک لیست نشانگان روانی SCL-۹۰-R در سه مرحله گردآوری و با تحلیل واریانس مختلط بین-درون آزمودنی و آزمون تعقیبی بونفرونی در SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته ها: تحلیل واریانس مختلط نشان داد اثر زمان بر همه ابعاد نشانگان روان شناختی معنادار بود ($p < 0.001$) و بین سه گروه نیز در شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و نمره کل نشانگان روان شناختی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$). مقایسه های بونفرونی نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی از آموزش خودکارآمدی و کنترل مؤثرتر بود. هر دو مداخله نسبت به کنترل موجب بهبود معنادار افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و نمره کل شدند؛ با این حال، ذهن آگاهی در افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نمره کل اثربخشی بیشتری از آموزش خودکارآمدی داشت. تفاوت دو مداخله در ترس معنادار نبود و آثار درمانی تا پیگیری دوماهه تداوم یافت.

نتیجه گیری: هر دو مداخله می توانند برای کاهش نشانگان روان شناختی زنان مضطرب سرپرست خانوار به کار روند، اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به ویژه برای بهبود گسترده تر نشانگان و کاهش افسردگی، اضطراب و پرخاشگری، اثربخشی بیشتری نشان می دهد و می تواند به عنوان مداخله ای پایدار در خدمات روان شناختی و سلامت مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژگان: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ خودکارآمدی؛ نشانگان روان شناختی؛ اضطراب؛ زنان سرپرست خانوار.

نحوه استناددهی: انوری، مرجانه، بحرینیان، عبدالمجید، غنی فر، محمد حسن، و شهابی زاده، فاطمه. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش خودکارآمدی بر نشانگان روان شناختی در زنان مضطرب سرپرست خانوار. *روانشناسی تجربی و شناختی*، ۴(۴)، ۱-۲۳.



تاریخ دریافت: ۷ تیر ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۱۲ مهر ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۹ مهر ۱۴۰۵

تاریخ انتشار اولیه: ۳ آبان ۱۴۰۵

تاریخ انتشار نهایی: ۱ آبان ۱۴۰۶



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Female heads of households constitute a particularly vulnerable social group because they are often required to simultaneously manage economic, caregiving, emotional, and social responsibilities with limited material and interpersonal resources. The accumulation of these demands may expose them to chronic stress, anxiety, depressive symptoms, interpersonal difficulties, and broader psychological distress. Evidence from research on women facing work–family role conflicts has shown that lower perceived efficacy in managing competing responsibilities is associated with higher levels of depression, anxiety, and stress, suggesting that psychological resources such as self-efficacy may play an important protective role in stressful life circumstances (Küçükaya & Süt, 2022). In female-headed households, interventions that strengthen coping resources, emotional regulation, and mental health may therefore be particularly important because many of the stressors experienced by these women are persistent rather than transient (Gimbel et al., 2022).

Anxiety is one of the central psychological difficulties that may emerge in this context. Persistent worry, hypervigilance, negative anticipation, and difficulty regulating emotional responses can influence social functioning, decision-making, and quality of life. Previous studies conducted with women experiencing chronic illness, pain, or other stressful conditions have demonstrated that psychological distress is closely related to self-efficacy, fear, avoidance, and coping processes. Structural relationships among pain intensity, self-efficacy, fear, and psychological distress have been reported in women with rheumatoid arthritis (Peymani & Aghajanihashjin, 2022; Sar Masti Emami et al., 2022). Likewise, women with migraine have been found to differ from healthy individuals in pain-related anxiety, pain self-efficacy, and coping strategies (Mikaeili & Ahmadi, 2021; Mikaeili & Ahmadi, 2022). These findings support the view that psychological adjustment depends not

only on the objective presence of stressful conditions but also on how individuals appraise their ability to manage them.

Self-efficacy refers to an individual's belief in their capacity to organize and execute the behaviors needed to cope successfully with challenges and achieve desired outcomes. Higher self-efficacy may increase persistence, active coping, and perceived control, whereas low self-efficacy may contribute to helplessness, avoidance, and emotional distress. Cognitive-behavioral interventions have been shown to increase self-efficacy and reduce social anxiety in women with a history of domestic violence (Ebrahimi & Habibi, 2020). Similarly, training programs designed for pregnant women with childbirth-related anxiety have been found to improve self-efficacy and reduce fear of childbirth (Rezaei et al., 2024). Evidence from health-related populations further supports the role of self-efficacy as a mediator between distress and adaptive functioning. For example, self-efficacy has been shown to mediate the relationships of diabetes distress and depressive symptoms with disease management and glycemic control (Gao et al., 2022). In women newly diagnosed with breast cancer, a phone-based support program targeting self-care was also associated with improvements in self-care self-efficacy, psychological distress, and quality of life (Chen et al., 2024).

Alongside self-efficacy-based interventions, mindfulness-based cognitive therapy has gained substantial attention as an intervention for anxiety, depression, emotional dysregulation, and repetitive negative thinking. Mindfulness-based cognitive therapy integrates cognitive therapeutic principles with mindfulness exercises that train individuals to observe thoughts and emotions without immediate judgment or reaction. This process may reduce overidentification with negative cognitions, interrupt rumination and worry, and increase awareness of present-moment experience. Recent evidence has shown that the relationship between mindfulness and depressed mood may operate through sequential reductions in rumination and

anxiety state (Luo et al., 2025). This mechanism is especially relevant for women exposed to chronic social and family stressors because persistent worry and repetitive negative thinking may maintain psychological distress even when external stressors cannot be eliminated.

A growing body of evidence supports the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in women with anxiety-related conditions. In women with generalized anxiety disorder, mindfulness-based cognitive therapy has been associated with improvements in affective capital and meta-emotion (Najafi et al., 2024), while another study reported beneficial effects on mental well-being and psychological security (Sarabadani et al., 2023). Among women with dental anxiety, mindfulness-based cognitive therapy improved cognitive emotion regulation and reduced perceived stress (Seyedi & Moghadadi, 2023). More recent findings have also indicated that mindfulness-based cognitive therapy can reduce cognitive anxiety and improve social competence in women with social anxiety disorder (Hatam et al., 2026). These studies suggest that mindfulness may influence not only anxiety severity but also broader emotional and interpersonal processes.

Mindfulness-based interventions may also be particularly useful for psychological symptoms involving intrusive thoughts, distress intolerance, and maladaptive emotional responding. In women with obsessive-compulsive symptoms, mindfulness-based cognitive therapy has been shown to improve emotion regulation and distress tolerance (Zareei et al., 2024; Zarei et al., 2023). Other studies have emphasized the mediating role of mindfulness in relationships involving perceived support, experiential avoidance, and distress tolerance (Javanmardi et al., 2024; Nazmabadi et al., 2024). Moreover, mindfulness-based approaches have demonstrated effectiveness in reducing anxiety and maladaptive beliefs among older women (Barghi Irani & Dehghan Saber, 2021), and mindfulness-based stress reduction has been found to reduce health anxiety and negative affect among women with hypertension

(Zomorodi et al., 2026). Findings from acceptance-based interventions further suggest that changing one's relationship with difficult internal experiences can improve quality of life and anxiety-related outcomes (Ahmadi & Valizadeh, 2021). Together, these findings indicate that mindfulness may address a broad range of cognitive, emotional, and behavioral processes underlying psychological distress.

Despite the growing evidence supporting both mindfulness-based cognitive therapy and self-efficacy training, relatively few studies have directly compared these two approaches among anxious female heads of households. This population is important because it experiences multiple simultaneous stressors that may require both improved perceived competence and enhanced emotion-regulation capacity. Self-efficacy training may primarily strengthen beliefs in personal competence, persistence, and control, whereas mindfulness-based cognitive therapy may more directly target worry, rumination, cognitive fusion, emotional reactivity, and experiential avoidance. Therefore, comparing these interventions may clarify whether one approach produces broader or more durable effects on psychological symptoms. The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and self-efficacy training on psychological symptoms in anxious female heads of households and to examine the maintenance of treatment effects during follow-up.

Methods and Materials

This clinical trial used a three-group pretest–posttest–follow-up design. The statistical population consisted of anxious female heads of households living in Tehran in 2022. Participants were screened in two stages. Initially, 200 women meeting the basic eligibility criteria completed the Beck Anxiety Inventory. Women who obtained scores more than one standard deviation above the mean were considered for the second stage. Sixty women meeting the anxiety criterion and confirmed by a clinical psychologist were identified, and 45 participants were randomly selected and

randomly assigned to one of three groups: mindfulness-based cognitive therapy, self-efficacy training, or control, with 15 participants in each group.

Eligibility criteria included being a female head of household, age between 25 and 45 years, at least a high school diploma, absence of a significant physical illness, no major psychological disorder, no psychological treatment during the previous six months, and willingness to participate. At the second stage, participants were required to have elevated anxiety scores, no psychiatric or personality disorder according to structured clinical interview, and written informed consent. Failure to provide consent and absence from more than two sessions were considered exclusion criteria.

Data were collected using a demographic questionnaire, the Beck Anxiety Inventory, and the Symptom Checklist-90-Revised. The Beck Anxiety Inventory consists of 21 items scored from 0 to 3, with total scores ranging from 0 to 63. The SCL-90-R contains 90 items rated on a five-point Likert scale and assesses multiple psychological symptom dimensions, including somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, aggression, phobic anxiety, paranoid ideation, psychoticism, and an overall psychological symptom score.

The mindfulness-based cognitive therapy group received eight 90-minute sessions based on the standard mindfulness-based cognitive therapy protocol. The sessions included mindful eating, body scan exercises, awareness of routine activities, monitoring pleasant and unpleasant events, sitting meditation, mindful walking, three-minute breathing space, acceptance exercises, cognitive decentering, recognition that thoughts are not facts, self-care, and consolidation of acquired skills. The self-efficacy group also received eight 90-minute sessions. The intervention focused on introducing self-efficacy, identifying personal competencies, strengthening positive self-beliefs, increasing responsibility, recognizing negative automatic thoughts, mental imagery, relaxation, positive self-talk, problem-solving, and application of self-efficacy principles to stressful situations.

The control group remained on a waiting list during the study period.

Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics were calculated for demographic and study variables. Mixed between-within subjects analysis of variance was used to examine the effects of time and group. Normality was assessed using the Shapiro-Wilk test, homogeneity of variance using Levene's test, and homogeneity of variance-covariance matrices using Box's M test. Outliers were examined using SPSS Explore. Mauchly's test was used to assess sphericity; because the assumption of sphericity was violated, Greenhouse-Geisser-corrected results were interpreted. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used to identify significant differences between groups and measurement occasions. The significance level was set at .05.

Findings

The mean age of participants was 33.13 ± 3.85 years in the mindfulness-based cognitive therapy group, 35.73 ± 6.31 years in the self-efficacy training group, and 34.80 ± 4.45 years in the control group. Mixed analysis of variance indicated significant time effects across all psychological symptom dimensions. Between-group effects were also statistically significant for somatization, $F=21.449$, $p<.001$, $\eta^2=.505$; obsessive-compulsive symptoms, $F=10.330$, $p<.001$, $\eta^2=.330$; interpersonal sensitivity, $F=13.271$, $p<.001$, $\eta^2=.387$; depression, $F=23.217$, $p<.001$, $\eta^2=.525$; anxiety, $F=60.228$, $p<.001$, $\eta^2=.741$; aggression, $F=33.206$, $p<.001$, $\eta^2=.613$; phobic anxiety, $F=25.892$, $p<.001$, $\eta^2=.552$; paranoid ideation, $F=18.851$, $p<.001$, $\eta^2=.473$; psychoticism, $F=10.663$, $p<.001$, $\eta^2=.337$; and total psychological symptoms, $F=157.204$, $p<.001$, $\eta^2=.882$.

Bonferroni pairwise comparisons showed that mindfulness-based cognitive therapy produced significantly greater improvement than both self-efficacy training and the control condition in somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, paranoid ideation, and psychoticism. In contrast, self-efficacy training did not differ significantly from the control group on these dimensions.

For depression, anxiety, aggression, and total psychological symptoms, both active interventions differed significantly from the control group, and mindfulness-based cognitive therapy was significantly more effective than self-efficacy training. For phobic anxiety, both interventions were significantly more effective than the control condition, but the difference between mindfulness-based cognitive therapy and self-efficacy training was not statistically significant. Follow-up comparisons further indicated that the treatment effects observed at posttest were largely maintained over the follow-up period.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that both mindfulness-based cognitive therapy and self-efficacy training can reduce psychological symptoms in anxious female heads of households, although mindfulness-based cognitive therapy produced broader and stronger effects across several symptom dimensions. The significant effects observed for depression, anxiety, aggression, and total psychological symptoms suggest that both interventions can enhance psychological adjustment in women exposed to chronic role-related and social pressures.

The stronger performance of mindfulness-based cognitive therapy may be explained by the breadth of mechanisms it targets. By training participants to observe internal experiences without immediate judgment, reduce cognitive fusion, and disengage from repetitive negative thinking, mindfulness may simultaneously influence anxiety, depressive affect, obsessive thinking, interpersonal sensitivity, and broader psychological distress. Its stronger effects on somatization, obsessive-compulsive symptoms, paranoid ideation, and psychoticism suggest that changing the individual's relationship with intrusive thoughts and bodily sensations may be especially important when psychological symptoms are multidimensional.

Self-efficacy training was nevertheless effective in reducing several core symptoms. Increasing perceived competence, strengthening positive self-appraisals, and improving persistence in the face of difficulties may reduce helplessness and anxiety and support more adaptive coping. For female heads of households, who often face demanding and persistent responsibilities, enhanced beliefs in personal capability may provide an important psychological resource. However, because self-efficacy training primarily targets perceived control and coping confidence, its effects may be less comprehensive than those of mindfulness-based cognitive therapy when symptoms are driven by rumination, cognitive reactivity, or intrusive internal experiences.

The absence of a significant difference between the two interventions for phobic anxiety indicates that both approaches may influence fear through different but comparably effective mechanisms. Mindfulness may reduce avoidance and reactivity toward feared experiences, whereas self-efficacy may increase confidence in coping with threatening situations. The maintenance of gains during follow-up is also clinically important because it suggests that participants were able to continue using the learned skills beyond the formal intervention period.

Overall, the study supports the use of structured psychological interventions for anxious female heads of households. Both mindfulness-based cognitive therapy and self-efficacy training were effective, but mindfulness-based cognitive therapy showed greater overall efficacy, particularly for depression, anxiety, aggression, and global psychological symptoms. These findings suggest that mindfulness-based cognitive therapy may be especially suitable when treatment goals involve broad reduction of psychological distress, while self-efficacy training may remain a useful complementary or alternative approach for strengthening perceived competence and coping capacity.

زنان سرپرست خانوار یکی از گروه‌هایی هستند که به دلیل هم‌زمانی مسئولیت‌های اقتصادی، تربیتی، عاطفی و اجتماعی، در معرض مجموعه‌ای از فشارهای مزمن و چندبعدی قرار می‌گیرند. بر عهده گرفتن نقش اصلی تأمین و مدیریت خانواده، محدودیت منابع مالی، مسئولیت مراقبت از فرزندان، کاهش حمایت اجتماعی، دشواری در ایجاد تعادل میان وظایف خانوادگی و شغلی و مواجهه با رویدادهای تنش‌زای روزمره می‌تواند ظرفیت روان‌شناختی این زنان را تحت فشار قرار دهد و زمینه بروز یا تشدید اضطراب، افسردگی، تنیدگی، احساس درماندگی و سایر نشانه‌های روان‌شناختی را فراهم سازد. اهمیت این مسئله زمانی بیشتر آشکار می‌شود که یافته‌های پژوهشی درباره زنان نشان می‌دهد دشواری در مدیریت تعارض میان نقش‌های کاری و خانوادگی با سطوح بالاتر افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط دارد و در مقابل، باور قوی‌تر به توانایی مدیریت این تعارض‌ها می‌تواند نقش حفاظتی ایفا کند (Küçükaya & Süt, 2022). همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده درباره خانواده‌های زن‌سرپرست نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر راهبردهای مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان می‌تواند برای کاهش پیامدهای ناشی از فشارهای مستمر زندگی این گروه اهمیت داشته باشند (Gimbel et al., 2022). از این منظر، توجه به سلامت روان زنان سرپرست خانوار صرفاً محدود به کاهش یک نشانه منفرد نیست، بلکه مستلزم در نظر گرفتن طیفی از مشکلات نظیر اضطراب، خلق افسرده، شکایات جسمانی، افکار وسواسی، حساسیت بین‌فردی، ترس، پرخاشگری، افکار پارانوئیدی و سایر جلوه‌های آشفتگی روان‌شناختی است.

اضطراب از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌های این طیف است و می‌تواند بر ارزیابی فرد از موقعیت‌ها، تنظیم هیجان، تصمیم‌گیری، عملکرد بین‌فردی و کیفیت زندگی اثر بگذارد. وقتی اضطراب در شرایط فشارهای پایدار زندگی

تجربه می‌شود، فرد ممکن است بیش از پیش درگیر پیش‌بینی پیامدهای منفی، نگرانی مداوم و پردازش تکرارشونده افکار تهدیدکننده شود. یافته‌های مربوط به زنان مبتلا به شرایط اضطراب‌زا یا مشکلات جسمانی مزمن نیز نشان می‌دهد که آشفتگی روان‌شناختی معمولاً در تعامل با متغیرهایی مانند خودکارآمدی، ترس، اجتناب و راهبردهای مقابله‌ای شکل می‌گیرد. برای مثال، در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، روابط میان شدت درد، خودکارآمدی، ترس از حرکت و آشفتگی روان‌شناختی مورد تأکید قرار گرفته است (Peymani & Aghajanihashjin, 2022) و مطالعه مشابهی نیز بر نقش واسطه‌ای آشفتگی روان‌شناختی در پیوند خودکارآمدی با پیامدهای هیجانی و رفتاری تأکید کرده است (Sar Masti Emami et al., 2022). همچنین مقایسه زنان مبتلا به میگرن با افراد سالم نشان داده است که اضطراب مرتبط با درد، خودکارآمدی و راهبردهای مقابله‌ای از متغیرهای مرتبط با نحوه سازگاری روان‌شناختی افراد با شرایط دشوار هستند (Mikaeili & Ahmadi, 2021). در گزارش دیگری از همین حوزه نیز تفاوت در خودکارآمدی مرتبط با درد و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سردردهای میگرنی مورد توجه قرار گرفته است (Mikaeili & Ahmadi, 2022). این شواهد، هرچند در جمعیت‌های متفاوت به دست آمده‌اند، بر اهمیت هم‌زمان عوامل شناختی، هیجانی و ادراک توانمندی شخصی در تجربه و مدیریت آشفتگی روان‌شناختی تأکید دارند.

یکی از سازه‌های مهم در تبیین سازگاری فرد با فشارهای روانی، خودکارآمدی است. خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی خود برای سازمان‌دهی و انجام رفتارهای لازم به منظور مدیریت موقعیت‌ها، حل مشکلات و دستیابی به پیامدهای مطلوب اشاره دارد. این باور می‌تواند تعیین کند که فرد در برابر دشواری‌ها تا چه اندازه تلاش کند، چه میزان پایداری نشان دهد و شکست‌ها یا موانع را چگونه تفسیر کند. در شرایطی که فرد با مسئولیت‌های متعدد و منابع محدود روبه‌رو است، خودکارآمدی پایین ممکن

است با احساس ناتوانی، اجتناب و تشدید اضطراب همراه شود، در حالی که تقویت خودکارآمدی می‌تواند به افزایش احساس کنترل و استفاده مؤثرتر از راهبردهای مقابله‌ای بینجامد. در مطالعه‌ای بر زنان دارای سابقه خشونت خانگی، مداخله شناختی-رفتاری در افزایش خودکارآمدی و کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر گزارش شد (Ebrahimi & Habibi, 2020). همچنین، در زنان باردار دارای اضطراب نسبت به زایمان طبیعی، آموزش هدفمند توانست بر ترس از زایمان و خودکارآمدی اثر بگذارد (Rezaei et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که خودکارآمدی نه تنها یک ویژگی فردی، بلکه متغیری قابل تقویت از طریق مداخله است و می‌تواند در شرایطی که فرد با ترس، اضطراب و احساس کاهش کنترل مواجه است، به‌عنوان یک هدف درمانی مهم در نظر گرفته شود.

اهمیت خودکارآمدی به حوزه سلامت جسمانی و بیماری‌های مزمن نیز محدود نمی‌شود، اما مطالعات این حوزه شواهد روشنی درباره کارکرد آن فراهم کرده‌اند. در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، خودکارآمدی به‌عنوان سازوکاری واسطه‌ای در رابطه میان پریشانی مرتبط با بیماری و نشانه‌های افسردگی با مدیریت بیماری و کنترل قند خون مطرح شده است (Gao et al., 2022). چنین یافته‌ای نشان می‌دهد که ادراک توانمندی شخصی می‌تواند رابطه میان فشار روان‌شناختی و رفتارهای سازگارانه را تعدیل یا میانجی‌گری کند. در زنان تازه تشخیص داده‌شده به سرطان پستان نیز یک برنامه حمایتی تلفنی با تمرکز بر خودمراقبتی توانست خودکارآمدی خودمراقبتی، آشنایی روان‌شناختی و کیفیت زندگی را هدف قرار دهد (Chen et al., 2024). از سوی دیگر، سنجش معتبر فشار ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز بر ضرورت ارزیابی دقیق تنیدگی و آشنایی روان‌شناختی در زنان تحت شرایط پرفشار تأکید دارد (Soria-Reyes et al., 2023). در مجموع، این مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی می‌تواند در مواجهه با موقعیت‌های

دشوار، از بیماری مزمن گرفته تا مسئولیت‌های پیچیده خانوادگی، به افزایش ظرفیت فرد برای مدیریت فشار و حفظ عملکرد روان‌شناختی کمک کند. در کنار رویکردهای مبتنی بر افزایش خودکارآمدی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی سال‌های اخیر جایگاه مهمی در درمان مشکلات هیجانی و اضطرابی پیدا کرده‌اند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تلفیق مؤلفه‌های شناخت درمانی و تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به فرد کمک می‌کند تا توجه خود را به تجربه جاری معطوف کند، افکار و احساسات را بدون واکنش فوری یا قضاوت مشاهده کند و از همانندسازی کامل با محتوای شناختی فاصله بگیرد. از این طریق، فرد می‌تواند الگوهای تکرارشونده نگرانی، نشخوار فکری و واکنش‌پذیری هیجانی را بهتر شناسایی و مدیریت کند. شواهد جدید نشان داده‌اند که رابطه ذهن‌آگاهی با خلق افسرده می‌تواند از طریق سازوکارهایی مانند نشخوار فکری و حالت اضطرابی توضیح داده شود؛ به‌گونه‌ای که کاهش درگیری با پردازش‌های تکراری منفی می‌تواند بخشی از مسیر اثرگذاری ذهن‌آگاهی بر خلق باشد (Luo et al., 2025). بنابراین، برای زنانی که هم‌زمان با فشارهای اجتماعی و خانوادگی با نگرانی، اضطراب و افکار منفی تکرارشونده مواجه‌اند، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی ممکن است امکان فاصله گرفتن از چرخه خودکار افکار و هیجان‌های منفی را فراهم سازد.

مطالعات انجام‌شده در جمعیت‌های زنانه نیز از کارآمدی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حوزه اضطراب و تنظیم هیجان حمایت کرده‌اند. در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با سایر مداخلات از نظر متغیرهای عاطفی و فراشناختی مورد بررسی قرار گرفته و توانایی آن در بهبود سرمایه عاطفی و فراهیجان مورد توجه قرار گرفته است (Najafi et al., 2024). در مطالعه دیگری درباره زنان مبتلا به اضطراب فراگیر نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روان‌شناختی بررسی و نتایج آن در حمایت از کاربرد این

رویکرد گزارش شده است (Sarabadani et al., 2023). همچنین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان دارای اضطراب دندان پزشکی با بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش استرس ادراک شده همراه بوده است (Seyedi & Moghadadi, 2023). تازه ترین شواهد نیز حاکی از آن است که این مداخله می تواند اضطراب شناختی و شایستگی اجتماعی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد (Hatam et al., 2026). این نتایج حاکی از آن است که ذهن آگاهی صرفاً یک تکنیک آرام سازی نیست، بلکه می تواند بر نحوه پردازش شناختی، تنظیم هیجان و عملکرد اجتماعی فرد اثر بگذارد.

کاربرد درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی در سایر اشکال آشفتگی روان شناختی نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. در زنان دارای نشانه های وسواسی-اجباری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با طرحواره درمانی از نظر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی ارزیابی شده و نتایج، نقش این رویکرد را در بهبود توانایی مواجهه با تجارب هیجانی دشوار برجسته کرده است (Zarei et al., 2023). مطالعه دیگری در همین حوزه نیز اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی را بر تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی در زنان دارای نشانه های وسواسی بررسی کرده است (Zareei et al., 2024). اهمیت تحمل پریشانی و ظرفیت حضور آگاهانه در تجربه نیز در پژوهش های دیگر مورد تأکید قرار گرفته است؛ برای مثال، مدل های پیش بینی تحمل پریشانی نشان داده اند که ذهن آگاهی می تواند در پیوند میان حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و منابع روان شناختی با توانایی تحمل شرایط دشوار نقش واسطه ای داشته باشد (Nazmabadi et al., 2024). یافته ای مشابه نیز در مطالعه ای درباره نقش میانجی ذهن آگاهی در پیش بینی تحمل پریشانی بر اساس حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی گزارش شده است (Javanmardi et al., 2024). چنین

شواهدی برای زنان سرپرست خانوار اهمیت ویژه ای دارد، زیرا بسیاری از فشارهای زندگی آنان الزاماً به سرعت قابل حذف نیستند و توانایی حضور سازگارانه در موقعیت های دشوار و کاهش واکنش پذیری هیجانی می تواند بخش مهمی از سازگاری روانی آنان باشد.

برتری بالقوه ذهن آگاهی در کاهش اضطراب از طریق مقایسه آن با سایر رویکردهای روان شناختی نیز بررسی شده است. در زنان سالمند، مقایسه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان معنوی نشان داده است که هر دو رویکرد می توانند متغیرهای شناختی و اضطرابی را تحت تأثیر قرار دهند، هرچند الگوی تأثیر آنها می تواند متفاوت باشد (Barghi Irani & Dehghan, 2021).

همچنین، پژوهش های مرتبط با مداخلات مبتنی بر پذیرش نشان داده اند که تغییر رابطه فرد با تجربه های ناخوشایند و کاهش اجتناب می تواند بر کیفیت زندگی و اضطراب در گروه های آسیب پذیر اثرگذار باشد (Ahmadi & Valizadeh, 2021). از سوی دیگر، مقایسه آموزش مهارت های مقابله ای معنوی و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در زنان مبتلا به پرفشاری خون نیز نشان داده است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند در کاهش اضطراب سلامت و عاطفه منفی نقش داشته باشند (Zomorrodi et al., 2026). این مجموعه شواهد حاکی از آن است که ذهن آگاهی در شرایط متنوعی که با اضطراب، هیجان منفی و نگرانی مزمن همراه اند، قابلیت کاربرد دارد.

با وجود شواهد حمایتی درباره هر یک از دو رویکرد ذهن آگاهی و خودکارآمدی، مقایسه مستقیم این مداخلات از اهمیت روش شناختی و بالینی برخوردار است. آموزش خودکارآمدی اساساً بر تقویت باور فرد به توانایی کنترل موقعیت ها، انجام موفقیت آمیز تکالیف و مواجهه فعال با مشکلات تمرکز دارد، در حالی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر بر تغییر نحوه ارتباط فرد با افکار، احساسات و تجربه های ناخوشایند تأکید می کند.

حفظ می‌شوند؛ موضوعی که از نظر کاربرد مداخلات در مراکز مشاوره و خدمات سلامت اهمیت اساسی دارد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش خودکارآمدی بر نشانگان روان‌شناختی زنان مضطرب سرپرست خانوار و بررسی پایداری آثار این مداخلات در دوره پیگیری بود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی با طرح سه‌گروهی و اندازه‌گیری در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مضطرب سرپرست خانوار شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در این پژوهش، منظور از زنان مضطرب سرپرست خانوار، زنانی بود که علاوه بر برخورداری از ملاک‌های ورود به مطالعه، در پرسشنامه اضطراب بک نمره‌ای بیش از یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین کسب کرده بودند. حجم نمونه با توجه به ضرورت مقایسه سه گروه، بر مبنای جدول Stevens، با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر متوسط، سطح خطای ۰.۰۵ و احتمال ریزش آزمودنی‌ها تعیین شد و در نهایت ۴۵ نفر، شامل ۱۵ نفر در هر گروه، در مطالعه شرکت کردند. فرایند نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۰۰ زن سرپرست خانوار که در سه‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ واجد شرایط اولیه بودند، انتخاب شدند و به پرسشنامه اضطراب بک پاسخ دادند. ملاک‌های ورود در این مرحله شامل نداشتن اختلال بارز روان‌شناختی، عدم مراجعه به مراکز مشاوره یا درمان به دلیل مشکلات روان‌شناختی طی شش ماه گذشته، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی در شش ماه گذشته، نداشتن بیماری جسمانی خاص، سرپرست خانوار بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و برخورداری از حداقل مدرک دیپلم بود. در مرحله دوم، از میان افراد غربال‌شده، ۶۰ نفر که نمره اضطراب آنان بیش از یک انحراف استاندارد بالاتر

بنابراین، این دو مداخله ممکن است از مسیرهای متفاوتی بر نشانگان روان‌شناختی اثر بگذارند. یکی ممکن است با افزایش احساس کفایت، مسئولیت‌پذیری و کنترل ادراک‌شده و دیگری با کاهش واکنش‌پذیری شناختی، نشخوار فکری، اجتناب تجربی و همانندسازی با افکار منفی عمل کند. شواهد مربوط به نقش خودکارآمدی در سازگاری با استرس و اضطراب و نیز نتایج مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجان و کاهش پریشانی، مبنای نظری قابل قبولی برای انتظار اثربخشی هر دو رویکرد فراهم می‌کند (Chen et al., 2024; Gao et al., 2022; Najafi et al., 2024).

با این حال، صرف اثربخشی مستقل یک مداخله مشخص نمی‌کند که در جمعیتی با فشارهای چندگانه مانند زنان مضطرب سرپرست خانوار، کدام رویکرد دامنه وسیع‌تر یا پایداری از بهبود روان‌شناختی ایجاد می‌کند.

از سوی دیگر، بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین در نمونه‌هایی مانند زنان مبتلا به اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، نشانه‌های وسواسی، بیماری‌های مزمن، زنان باردار، سالمندان یا قربانیان خشونت انجام شده است و تعمیم مستقیم نتایج آنها به زنان مضطرب سرپرست خانوار نیازمند احتیاط است. برای مثال، در برخی پژوهش‌ها تمرکز بر اضطراب و شایستگی اجتماعی بوده است (Hatam et al., 2026)، در برخی دیگر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بررسی شده است (Zareei et al., 2024)، و در شماری از مطالعات خودکارآمدی در ارتباط با مدیریت بیماری یا موقعیت‌های اختصاصی سلامت مورد توجه قرار گرفته است (Gao et al., 2022; Rezaei et al., 2024). بنابراین، همچنان نیاز به بررسی مداخلاتی وجود دارد که نه تنها اضطراب، بلکه طیف وسیع‌تری از نشانگان روان‌شناختی را در زنان سرپرست خانوار مورد ارزیابی قرار دهند. علاوه بر این، بررسی پایداری اثر درمان در یک دوره پیگیری می‌تواند مشخص کند که تغییرات ایجادشده صرفاً محدود به پایان جلسات نیستند و تا چه اندازه پس از خاتمه مداخله

از میانگین بود و شرایط آنان توسط روان‌شناس بالینی مرکز تأیید شده بود، انتخاب شدند. سپس ۴۵ نفر از این افراد به صورت تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، گروه آموزش خودکارآمدی و گروه کنترل تخصیص یافتند و در ادامه، کاربندی‌های پژوهش نیز به صورت تصادفی به گروه‌ها اختصاص داده شد. ملاک‌های ورود به مرحله دوم شامل کسب نمره بالا در پرسشنامه اضطراب بک، نداشتن اختلال روانی و شخصیتی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه بود. عدم تکمیل فرم رضایت‌نامه و غیبت بیش از دو جلسه از ملاک‌های خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. گروه نخست هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، گروه دوم هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودکارآمدی دریافت کردند و گروه کنترل طی مدت اجرای پژوهش در فهرست انتظار باقی ماند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی. برای ثبت ویژگی‌های پایه شرکت کنندگان از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. این فرم برای گردآوری اطلاعات مرتبط با مشخصات فردی و زمینه‌ای شرکت کنندگان، از جمله سن و سطح تحصیلات، به کار رفت. اطلاعات جمعیت شناختی در کنار سایر ابزارهای پژوهش در فرایند ارزیابی شرکت کنندگان گردآوری شد و برای توصیف نمونه و بررسی وضعیت گروه‌های مورد مطالعه مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه اضطراب بک. پرسشنامه اضطراب بک در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران تدوین شد و شامل ۲۱ ماده برای سنجش شدت نشانه‌های اضطراب است. هر ماده یکی از نشانه‌های رایج اضطراب، از جمله نشانه‌های ذهنی، جسمانی و هراسی، را ارزیابی می‌کند و پاسخ دهنده شدت تجربه هر نشانه را در یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه مشخص می‌کند. بر این اساس، نمره کل پرسشنامه می‌تواند در دامنه صفر تا ۶۳ قرار گیرد و نمرات

بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اضطراب هستند. این ابزار به گونه‌ای طراحی شده است که تمرکز آن بر نشانه‌های اضطرابی بوده و علائم افسردگی را دربر نگیرد. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه ابتدا به عنوان ابزار غربالگری برای شناسایی زنان دارای اضطراب بالا استفاده شد و زنانی که نمره آنان بیش از یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود، برای ورود به مرحله بعدی بررسی شدند. بر اساس گزارش کاویانی و موسوی، این ابزار در جمعیت ایرانی از ویژگی‌های روان سنجی مطلوبی برخوردار بوده و روایی ۰.۷۲، اعتبار ۰.۸۳ و همسانی درونی ۰.۹۲ برای آن گزارش شده است.

چک لیست نشانگان روانی SCL-90-R. چک لیست نشانگان روانی SCL-90-R بر اساس تجربیات بالینی و مطالعات روان سنجی توسط دراگوئیس و همکاران توسعه یافت و نسخه مورد استفاده آن شامل ۹۰ ماده است که بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر به معنای «هیچ» تا چهار به معنای «به شدت» نمره گذاری می‌شوند. این ابزار برای ارزیابی طیفی از نشانگان روان شناختی به کار می‌رود و در پژوهش حاضر ابعاد شکایت جسمانی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی مورد توجه قرار گرفتند. SCL-90-R در مطالعات متعدد داخلی و خارجی به کار رفته و شواهد مطلوبی در زمینه روایی آن گزارش شده است. دراگوئیس، ریکلز و راک ضرایب روایی ملاکی همزمان ابعاد این ابزار را در مقایسه با پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا، به استثنای مقیاس وسواس اجباری، در دامنه ۳۶ تا ۷۳ درصد گزارش کرده‌اند. همچنین، مطالعات پیشین نشان داده‌اند که این ابزار توانایی مناسبی در تمایز افراد سالم از افراد دارای مشکلات روان شناختی و شناسایی اشخاص نیازمند مداخله درمانی دارد. در پژوهش حاضر، این چک لیست در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای ارزیابی تغییرات نشانگان روان شناختی شرکت کنندگان اجرا شد.

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس بسته درمانی سگال و همکاران طراحی و در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، پس از بیان قوانین، اهداف جلسات و ایجاد آشنایی اولیه با مفهوم هدایت خودکار، تمرین خوردن کشمش به صورت ذهن آگاهانه انجام شد؛ در این تمرین، شرکت کنندگان بر ویژگی‌های حسی شامل مشاهده، بو، مزه و لمس کشمش تمرکز کردند و انجام واریسی بدنی طی شش روز و اجرای ذهن آگاهانه فعالیت‌های عادی روزمره مانند شست و شو، غذا خوردن و مسواک زدن به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد. جلسه دوم بر مقابله با موانع متمرکز بود و شرکت کنندگان به تمرین شناسایی افکار و احساسات و ثبت رویدادهای خوشایند پرداختند. در جلسه سوم، حضور ذهن و تکنیک تنفس مورد آموزش قرار گرفت و مراقبه نشسته، فضای تنفس سه دقیقه‌ای سه بار در روز، راه رفتن ذهن آگاهانه و ثبت رویدادهای ناخوشایند تمرین شد. جلسه چهارم بر ماندن در زمان حال تمرکز داشت و مراقبه دیدن، مراقبه شنیدن و مراقبه نشسته اجرا شد؛ همچنین، از شرکت کنندگان خواسته شد علاوه بر سه نوبت روزانه، هنگام تجربه استرس یا هیجان‌های ناخوشایند نیز از فضای تنفس سه دقیقه‌ای استفاده کنند. جلسه پنجم با محوریت اجازه دادن و پذیرش، شامل مراقبه نشسته و مراقبه هدایت شده بود. در جلسه ششم با محور «افکار، حقایق نیستند»، مراقبه نشسته همراه با تجسم، مواجهه با سناریوهای مبهم و تمرین مراقبه هدایت شده انجام شد و شرکت کنندگان موظف شدند تمرینات مراقبه‌ای و تنفسی را در موقعیت‌های همراه با تنش و هیجان ناخوشایند ادامه دهند. جلسه هفتم به مراقبت از خود و شناخت ارتباط میان خلق و فعالیت اختصاص داشت و کاربرد فضای تنفس سه دقیقه‌ای در موقعیت‌های تنش‌زا و بحث درباره نشانه‌های بیماری مورد تأکید قرار گرفت. در جلسه هشتم، نحوه استفاده از آموخته‌های جلسات در زندگی روزمره مرور شد و واریسی بدنی، مرور

تکالیف خانگی، انعکاس تجارب و دریافت پسخوراند در دستور کار قرار گرفت.

مداخله آموزش خودکارآمدی بر اساس دیدگاه بندورا و در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، ضمن خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و قوانین گروه، اهداف و انتظارات مداخله آموزشی مشخص و برای استمرار حضور شرکت کنندگان در جلسات انگیزه ایجاد شد و کاربرگ‌های تکالیف خانگی ارائه گردید. مطابق محتوای پروتکل مورد استفاده، در همین جلسه توضیحاتی درباره ماهیت اعتیاد و تأثیر آن بر ابعاد زندگی نیز پیش‌بینی شده بود. جلسه دوم به آشنایی با مفهوم خودکارآمدی، مبانی نظری آن، ویژگی‌های افراد دارای خودکارآمدی بالا، ابعاد خودکارآمدی و انواع باورهای خودکارآمدی اختصاص یافت و تکالیف خانگی مربوط به جلسه ارائه و بررسی شد. در جلسه سوم، مزایا و آثار مثبت خودکارآمدی، راه‌های تقویت آن، فرایند تحول خودکارآمدی و شیوه افزایش آگاهی افراد از توانایی‌ها و شایستگی‌های خود آموزش داده شد. جلسه چهارم بر افزایش آگاهی نسبت به اهمیت سلامت و سلامت روان، روش‌های ارتقای آن و استفاده از الگوهای موفق زندگی برای یادگیری مشاهده‌ای متمرکز بود. در جلسه پنجم، مفهوم مسئولیت‌پذیری، نقش باورهای خودکارآمدی در کنترل نشانگان روانی و پذیرش به جای تلاش‌های بی‌ثمر مورد بحث قرار گرفت. جلسه ششم شامل آموزش تصویرسازی ذهنی، تبیین اهمیت آن، آموزش خودآرام‌سازی و استفاده از تصویرسازی ذهنی برای حل مشکلات، افزایش خودکارآمدی و ارتقای سلامت بود. در جلسه هفتم، شیوه تقویت خودکارآمدی در مواجهه با افکار بی‌هدف، شناسایی افکار خودآیند منفی و راهبردهای مقابله با این افکار آموزش داده شد و تکالیف خانگی مرتبط ارائه گردید. در جلسه هشتم، خودگویی‌های مثبت تقویت شد و از فنون مبتنی بر نظریه خودکارآمدی برای جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی استفاده

شد؛ سپس آموزش‌های ارائه شده در جلسات قبلی مرور و جمع‌بندی شد و ارزیابی پس‌آزمون انجام گرفت.

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. در بخش توصیفی، شاخص‌های آماری مناسب برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش، از جمله میانگین و انحراف استاندارد، محاسبه شد و برای بررسی همگنی اولیه گروه‌ها از تحلیل واریانس استفاده گردید. در بخش استنباطی، با توجه به وجود سه گروه مستقل و سه مرحله اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس مختلط بین-درون‌آزمودنی‌ها برای بررسی اثر زمان، اثر گروه و تغییرات متغیرهای پژوهش در طول زمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، پیش‌فرض‌های لازم بررسی گردید؛ نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون ام‌باکس ارزیابی شد و داده‌های پرت نیز با امکانات Explore نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، برای بررسی پیش‌فرض کرویت در اندازه‌گیری‌های تکراری از آزمون ماچلی استفاده شد و در موارد نقض فرض کرویت، نتایج تصحیح‌شده گرین‌هاوس-گیسر گزارش گردید. برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها و مقایسه اثربخشی مداخلات در مراحل مختلف نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و سطح معناداری آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۳.۱۳ سال با انحراف استاندارد ۳.۸۵، در گروه آموزش خودکارآمدی ۳۵.۷۳ سال با انحراف استاندارد ۶.۳۱ و در گروه کنترل ۳۴.۸۰ سال با انحراف استاندارد ۴.۴۵ بود. از نظر سطح تحصیلات، در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۹ نفر دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۱ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند؛ در گروه آموزش خودکارآمدی نیز ۸ نفر دیپلم، ۶ نفر کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد داشتند. در گروه کنترل، ۹ نفر دارای مدرک دیپلم، ۴ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در متن اولیه برای تعداد افراد دارای مدرک کارشناسی در گروه کنترل عدد ۵۴ درج شده بود که با حجم ۱۵ نفری گروه سازگار نبود؛ بنابراین با توجه به مجموع فراوانی‌های گزارش‌شده، این مقدار به‌صورت ۴ نفر در نظر گرفته شد. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان روان‌شناختی به تفکیک گروه و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی M±SD	آموزش خودکارآمدی M±SD	کنترل M±SD
شکایت جسمانی	پیش‌آزمون	۲۸.۷۳±۴.۷۱	۱۶.۰۰±۴.۴۰	۱۵.۲۰±۴.۶۷
	پس‌آزمون	۳۱.۳۳±۴.۷۰	۳۱.۱۳±۴.۵۱	۳۰.۸۰±۴.۳۹
	پیگیری	۲۹.۶۰±۶.۱۸	۲۹.۳۳±۶.۴۵	۲۹.۲۶±۶.۲۶
وسواس	پیش‌آزمون	۳۰.۲۰±۳.۲۳	۱۹.۴۶±۳.۱۸	۱۹.۵۳±۳.۷۹
	پس‌آزمون	۲۸.۸۰±۴.۰۴	۲۸.۴۶±۳.۸۵	۲۸.۲۶±۴.۲۱
	پیگیری	۲۹.۲۰±۵.۱۵	۲۹.۲۶±۵.۱۶	۲۹.۶۶±۵.۱۷
حساسیت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۲۳.۰۰±۳.۱۸	۱۳.۲۰±۳.۸۷	۱۲.۸۰±۴.۲۲

دوره چهارم، شماره چهارم

۲۱.۲۰±۲.۴۸	۲۱.۲۶±۲.۳۷	۲۱.۸۰±۲.۵۶	پس آزمون
۲۲.۵۳±۴.۶۵	۲۲.۴۰±۴.۳۵	۲۲.۲۰±۴.۲۶	پیگیری
۱۷.۲۶±۲.۸۱	۱۷.۸۶±۳.۷۱	۳۸.۷۳±۵.۵۴	پیش آزمون
۲۸.۰۰±۶.۰۵	۲۹.۰۶±۴.۸۱	۳۸.۴۰±۴.۷۴	پس آزمون
۳۷.۵۳±۶.۴۳	۳۷.۴۶±۶.۴۵	۳۷.۲۰±۶.۵۹	پیگیری
۱۳.۴۰±۲.۷۴	۱۵.۶۰±۶.۲۶	۳۵.۵۳±۲.۲۹	پیش آزمون
۲۵.۲۶±۵.۳۶	۲۵.۲۶±۴.۵۷	۳۳.۴۶±۲.۸۵	پس آزمون
۳۵.۲۶±۳.۲۶	۳۵.۱۳±۳.۲۹	۳۴.۶۶±۳.۷۳	پیگیری
۹.۰۰±۱.۶۹	۹.۴۰±۱.۶۸	۲۰.۰۰±۱.۹۶	پیش آزمون
۱۲.۷۳±۲.۷۱	۱۲.۹۳±۲.۵۷	۱۹.۳۳±۲.۶۹	پس آزمون
۱۹.۰۰±۲.۳۲	۱۸.۷۳±۱.۹۴	۱۸.۶۶±۲.۱۶	پیگیری
۱۲.۹۳±۴.۳۰	۱۴.۰۰±۴.۲۵	۲۴.۴۶±۲.۱۳	پیش آزمون
۱۵.۲۶±۲.۵۴	۱۵.۶۰±۲.۷۲	۲۲.۰۰±۳.۲۹	پس آزمون
۲۳.۷۳±۲.۲۸	۲۳.۴۶±۲.۲۹	۲۳.۴۰±۲.۳۵	پیگیری
۴۸.۰۰±۲.۶۵	۵.۴۰±۲.۴۷	۱۲.۶۰±۲.۰۲	پیش آزمون
۱۱.۶۰±۱.۹۵	۱۱.۷۳±۲.۰۵	۱۲.۰۰±۲.۲۶	پس آزمون
۱۱.۷۳±۲.۴۳	۱۱.۴۶±۲.۲۶	۱۱.۲۰±۲.۳۳	پیگیری
۴.۲۰±۲.۲۷	۵.۰۶±۲.۴۹	۱۱.۶۰±۲.۹۲	پیش آزمون
۱۰.۸۰±۲.۵۴	۱۰.۷۳±۲.۸۴	۱۱.۳۳±۲.۸۹	پس آزمون
۱۰.۸۶±۲.۷۹	۱۰.۵۳±۲.۵۳	۱۰.۲۶±۲.۶۸	پیگیری
۱۰۹.۱۳±۱۰.۶۲	۱۱۶.۰۰±۱۴.۱۹	۲۲۴.۸۶±۱۲.۶۷	پیش آزمون
۱۸۳.۹۳±۱۲.۵۳	۱۸۶.۲۰±۱۲.۰۴	۲۱۸.۴۶±۱۲.۲۲	پس آزمون
۲۱۹.۶۰±۹.۸۳	۲۱۷.۸۰±۹.۹۱	۲۱۶.۴۰±۹.۵۳	پیگیری

پیش از اجرای تحلیل واریانس مختلط، مفروضه‌های آماری مربوط بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف معنادار نبود ($p>0.05$) و بنابراین شواهدی دال بر انحراف معنادار از توزیع نرمال مشاهده نشد. آزمون لوین نیز در سه مرحله ارزیابی معنادار نبود ($p>0.05$) و در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها تأیید شد. نتایج آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نقض نشده است. ($p>0.05$) بررسی داده‌های پرت با استفاده از رویه Explore در نرم‌افزار SPSS نیز وجود داده پرت مؤثر را نشان نداد. بالین‌حال، آزمون ماچلی برای کرویت معنادار بود ($p<0.05$)، بنابراین مفروضه

بر اساس شاخص‌های توصیفی جدول ۱، در طول سه مرحله ارزیابی، تغییراتی در میانگین ابعاد نشانگان روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد. این تغییرات در ابعادی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و نیز نمره کل نشانگان روان‌شناختی در گروه‌های مداخله قابل مشاهده بود. همچنین، الگوی میانگین‌ها نشان می‌داد که مقادیر متغیرهای مورد مطالعه از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری ثابت نمانده‌اند؛ بالین‌حال، از آنجا که شاخص‌های توصیفی به‌تنهایی برای تعیین معناداری تغییرات کافی نیستند، برای ارزیابی اثر زمان و تفاوت میان گروه‌ها از تحلیل واریانس مختلط بین-درون‌آزمودنی استفاده شد.

کرویت برقرار نبود و برای تفسیر اثرات درون‌آزمودنی از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. بر این اساس، شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس مختلط، با اعمال تصحیح مناسب برای نقض کرویت، فراهم بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اثر گروه بر ابعاد نشانگان روان‌شناختی

متغیر	مجموع مجذورات گروه	df	میانگین مجذورات	F	p	η^2
شکایت جسمانی	۳۲۲۶.۳۱۱	۲	۱۶۱۳.۱۵۶	۲۱.۴۴۹	<.۰۰۱	.۵۰۵
وسواس	۱۰۵۳.۳۴۸	۲	۵۲۶.۶۷۴	۱۰.۳۳۰	<.۰۰۱	.۳۳۰
حساسیت بین‌فردی	۹۵۰.۱۷۸	۲	۴۷۵.۰۸۹	۱۳.۲۷۱	<.۰۰۱	.۳۸۷
افسردگی	۳۶۹۳.۳۴۸	۲	۱۸۴۶.۶۷۴	۲۳.۲۱۷	<.۰۰۱	.۵۲۵
اضطراب	۴۱۰۹.۵۱۱	۲	۲۰۵۴.۷۵۶	۶۰.۲۲۸	<.۰۰۱	.۷۴۱
پرخاشگری	۸۲۹.۲۰۰	۲	۴۱۴.۶۰۰	۳۳.۲۰۶	<.۰۰۱	.۶۱۳
ترس	۱۱۴۲.۱۰۴	۲	۵۷۱.۰۵۲	۲۵.۸۹۲	<.۰۰۱	.۵۵۲
افکار پارانوئیدی	۴۸۷.۵۲۶	۲	۲۴۳.۷۶۳	۱۸.۸۵۱	<.۰۰۱	.۴۷۳
روان‌پریشی	۴۳۶.۸۰۰	۲	۲۱۸.۴۰۰	۱۰.۶۶۳	<.۰۰۱	.۳۳۷
نشانگان روان‌شناختی کل	۱۰۸۳۲۵.۷۳۳	۲	۵۴۱۶۲.۸۶۷	۱۵۷.۲۰۴	<.۰۰۱	.۸۸۲

نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد که اثر زمان با استفاده از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر برای تمامی ابعاد نشانگان روان‌شناختی معنادار بود ($p < .۰۰۱$)، که بیانگر تغییر معنادار نمرات شرکت‌کنندگان در فاصله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین، همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اثر گروه برای همه متغیرهای پژوهش معنادار بود. بیشترین اندازه اثر مربوط به نمره کل نشانگان روان‌شناختی بود، $F = ۱۵۷.۲۰۴$ ، $p < .۰۰۱$. این تفاوت‌ها، مقایسه‌های زوجی بونفرونی انجام شد.

جدول ۳. مقایسه‌های زوجی بونفرونی بین گروه‌ها در ابعاد نشانگان روان‌شناختی

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	p
شکایت جسمانی	ذهن‌آگاهی - خودکارآمدی	-۱۱.۷۱	<.۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۱۰.۱۵	<.۰۰۱
	خودکارآمدی - کنترل	۱.۵۵	۱.۰۰۰
وسواس	ذهن‌آگاهی - خودکارآمدی	-۵.۴۴	.۰۰۲
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۶.۳۱	<.۰۰۱
	خودکارآمدی - کنترل	-۰.۸۶۷	۱.۰۰۰
حساسیت بین‌فردی	ذهن‌آگاهی - خودکارآمدی	-۵.۰۸۹	<.۰۰۱
	ذهن‌آگاهی - کنترل	-۶.۰۴۴	<.۰۰۱

دوره چهارم، شماره چهارم

۱.۰۰۰	-۰.۹۵۶	خودکارآمدی - کنترل	
<.۰۰۱	-۷.۲۰	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	افسردگی
<.۰۰۱	-۱۲.۷۷	ذهن آگاهی - کنترل	
<.۰۰۱	-۵.۵۷	خودکارآمدی - کنترل	
<.۰۰۱	-۶.۴۸	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	اضطراب
<.۰۰۱	-۱۳.۵۱	ذهن آگاهی - کنترل	
<.۰۰۱	-۷.۰۲۲	خودکارآمدی - کنترل	
.۰۱۵	-۲.۲۰	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	پرخاشگری
<.۰۰۱	-۶.۰۰	ذهن آگاهی - کنترل	
<.۰۰۱	-۳.۸۰	خودکارآمدی - کنترل	
۱.۰۰۰	-۰.۴۸۹	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	ترس
<.۰۰۱	-۶.۴۰	ذهن آگاهی - کنترل	
<.۰۰۱	-۵.۹۱	خودکارآمدی - کنترل	
<.۰۰۱	-۴.۱۷	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	افکار پارانوئیدی
<.۰۰۱	-۳.۸۶	ذهن آگاهی - کنترل	
۱.۰۰۰	.۰۳۱۱	خودکارآمدی - کنترل	
<.۰۰۱	-۴.۰۰	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	روان پریشی
<.۰۰۱	-۳.۶۰	ذهن آگاهی - کنترل	
۱.۰۰۰	.۰۴۰۰	خودکارآمدی - کنترل	
<.۰۰۱	-۴۶.۲۰	ذهن آگاهی - خودکارآمدی	نشانگان روان شناختی کل
<.۰۰۱	-۶۷.۹۳	ذهن آگاهی - کنترل	
<.۰۰۱	-۲۱.۷۳	خودکارآمدی - کنترل	

معناداری نشان دادند، اما تفاوت میان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش خودکارآمدی معنادار نبود ($p=۱.۰۰۰$). همچنین، نتایج مقایسه مراحل نشان داد که تغییرات حاصل از مداخلات در پس آزمون ایجاد شده و بخش عمده این آثار تا مرحله پیگیری ادامه یافته است. در مجموع، الگوی مقایسه های زوجی نشان داد که هر دو مداخله در بهبود بخشی از نشانگان روان شناختی مؤثر بودند، اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در دامنه وسیع تری از نشانگان و به ویژه در افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نمره کل نشانگان روان شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش خودکارآمدی داشت.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با آموزش خودکارآمدی و گروه کنترل، در شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معناداری ایجاد کرد، در حالی که در این متغیرها تفاوت آموزش خودکارآمدی با گروه کنترل معنادار نبود ($p>.۰۵$). در افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نمره کل نشانگان روان شناختی، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشتند و علاوه بر آن، تفاوت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش خودکارآمدی نیز معنادار بود؛ به طوری که یافته ها بر اثربخشی بیشتر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در این پیامدها دلالت داشتند. در متغیر ترس، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل تفاوت

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش خودکارآمدی بر نشانگان روان‌شناختی زنان مضطرب سرپرست خانوار انجام شد. نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد که اثر زمان بر همه ابعاد مورد بررسی شامل شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی و نمره کل نشانگان روان‌شناختی معنادار بود. همچنین، اثر گروه برای تمامی این متغیرها به سطح معناداری رسید و نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با آموزش خودکارآمدی و گروه کنترل، در شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین‌فردی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی اثربخشی بیشتری داشت. در متغیرهای افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نمره کل نشانگان روان‌شناختی، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بودند، اما شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به آموزش خودکارآمدی اثربخشی بیشتری نشان داد. در مورد ترس نیز هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بودند، ولی تفاوت میان دو مداخله معنادار نبود. افزون بر این، الگوی تغییرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که بخش مهمی از تأثیرات ایجادشده پس از پایان مداخله نیز تداوم یافته است.

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش گسترده نشانگان روان‌شناختی را می‌توان بر اساس سازوکارهای شناختی و هیجانی این رویکرد تبیین کرد. زنان سرپرست خانوار معمولاً در معرض مجموعه‌ای از فشارهای پایدار اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی قرار دارند و این شرایط می‌تواند زمینه را برای نگرانی مداوم، اشتغال ذهنی، ارزیابی‌های منفی، نشخوار فکری و واکنش‌پذیری هیجانی فراهم کند. ذهن‌آگاهی با آموزش مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت، کاهش همانندسازی با افکار منفی و بازگرداندن

توجه به تجربه اکنون، می‌تواند چرخه‌های خودکار نگرانی و نشخوار را تضعیف کند. در حمایت از این تبیین، Luo و همکاران نشان دادند که رابطه میان ذهن‌آگاهی و خلق افسرده می‌تواند از طریق کاهش نشخوار فکری و اضطراب توضیح داده شود (Luo et al., 2025). بنابراین، زمانی که فرد می‌آموزد افکار منفی را به‌عنوان رویدادهای ذهنی گذرا و نه واقعیت‌های قطعی تجربه کند، شدت واکنش هیجانی نسبت به آنها کاهش می‌یابد و احتمال استمرار اضطراب، خلق منفی و سایر نشانگان روان‌شناختی نیز کمتر می‌شود. نتایج حاضر درباره اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب با پژوهش‌های قبلی نیز همسو است. Hatam و همکاران گزارش کردند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند اضطراب شناختی را در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاهش داده و شایستگی اجتماعی آنان را بهبود بخشد (Hatam et al., 2026). همچنین Najafi و همکاران در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قادر است مؤلفه‌های عاطفی و فراهیجانی را تحت تأثیر قرار دهد (Sarabadani et al., 2024). و همکاران نیز اثربخشی این رویکرد را بر بهزیستی ذهنی و امنیت روان‌شناختی زنان مبتلا به اضطراب فراگیر گزارش کردند (Sarabadani et al., 2023). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی می‌تواند فراتر از کاهش یک علامت منفرد عمل کند و از طریق بهبود آگاهی هیجانی، کاهش واکنش‌های خودکار و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، مجموعه‌ای از پیامدهای روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهد.

یافته مربوط به بهبود نشانگان اضطرابی و تنیدگی همچنین با نتایج پژوهش Seyedی و Moghadadi همخوانی دارد؛ آنان نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان دارای اضطراب دندان‌پزشکی موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش استرس ادراک‌شده می‌شود (Seyedی &

(Moghadadi, 2023). اهمیت این یافته در آن است که بسیاری از نشانه‌های اضطرابی با ارزیابی تهدیدآمیز موقعیت و ناتوانی در تنظیم پاسخ‌های شناختی و هیجانی مرتبط‌اند. هنگامی که فرد قادر باشد بدون اجتناب یا واکنش شتاب‌زده، حالات درونی خود را مشاهده کند، فاصله روان‌شناختی بیشتری از افکار تهدیدکننده ایجاد می‌شود و شدت تجربه اضطراب کاهش می‌یابد. در زنان سرپرست خانوار که فشارهای روزمره ممکن است دائماً نگرانی‌های آینده‌نگر را فعال کند، چنین مهارتی می‌تواند از تشدید پیوسته اضطراب جلوگیری کند.

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر وسواس، حساسیت بین‌فردی و سایر نشانه‌های روان‌شناختی نیز با شواهد مطالعات پیشین قابل تبیین است. Zarei و همکاران در زنان دارای نشانه‌های وسواسی-اجباری نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مؤثر است (Zarei et al., 2023). همچنین Zareei و همکاران در مقایسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی، اثرگذاری این رویکرد را بر تنظیم هیجان و عدم تحمل پریشانی تأیید کردند (Zareei et al., 2024). ذهن‌آگاهی می‌تواند با کاهش درگیری فرد با محتوای افکار ناخواسته، جلوگیری از تلاش افراطی برای کنترل آنها و افزایش پذیرش تجربه‌های درونی، شدت پاسخ‌های وسواسی و اضطرابی را کاهش دهد. به همین ترتیب، کاهش قضاوت‌گری و افزایش آگاهی از الگوهای فکری و هیجانی ممکن است حساسیت بین‌فردی و تفسیرهای منفی از رفتار دیگران را نیز تعدیل کند.

نتایج پژوهش حاضر درباره تأثیر ذهن‌آگاهی بر پریشانی و نشانگان عمومی روان‌شناختی همچنین با یافته‌هایی همسو است که نقش ذهن‌آگاهی را در افزایش تحمل شرایط هیجانی دشوار برجسته کرده‌اند. Nazmabadi و همکاران نشان دادند که ذهن‌آگاهی می‌تواند در ارتباط میان متغیرهایی مانند

حمایت ادراک‌شده، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی نقش واسطه‌ای داشته باشد (Javanmardi, Nazmabadi et al., 2024) و همکاران نیز نقش میانجی ذهن‌آگاهی را در مدلی مرتبط با تحمل پریشانی گزارش کردند (Javanmardi et al., 2024). این یافته‌ها با شرایط زنان سرپرست خانوار ارتباط قابل توجهی دارد؛ زیرا بخش مهمی از فشارهای این زنان ممکن است در کوتاه‌مدت قابل حذف نباشد. از این رو، افزایش توانایی تحمل حالات هیجانی ناخوشایند، بدون افتادن در چرخه اجتناب، نگرانی یا واکنش‌های تکانشی، می‌تواند نقش مهمی در کاهش نشانگان روان‌شناختی ایفا کند.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی که اثربخشی رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کاهش اضطراب و عاطفه منفی گزارش کرده‌اند همراستا است. Barghi Irani و Dehghan Saber نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند مؤثر باشد (Barghi Irani & Dehghan Saber, 2021). Zomorrodi و همکاران نیز نشان دادند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به پرفشاری خون می‌تواند اضطراب سلامت و عاطفه منفی را کاهش دهد (Zomorrodi et al., 2026). اگرچه جامعه آماری این مطالعات با پژوهش حاضر متفاوت است، همسویی نتایج آنها نشان می‌دهد که مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند در موقعیت‌های متنوع همراه با فشار روانی، نگرانی و هیجان منفی سودمند باشند.

بخش دیگری از نتایج نشان داد که آموزش خودکارآمدی نیز در مقایسه با گروه کنترل بر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و نمره کل نشانگان روان‌شناختی مؤثر بوده است. این یافته را می‌توان بر اساس نقش مرکزی خودکارآمدی در احساس کنترل، پایداری در برابر دشواری و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه توضیح داد. زنان سرپرست خانوار با وظایف متعدد و شرایطی مواجه‌اند که ممکن است احساس ناتوانی یا کاهش کنترل را

احساس ناتوانی به تجربه کنترل و اقدام مؤثر برجسته می‌کند. هرچند زنان سرپرست خانوار الزاماً با بیماری جسمانی مواجه نیستند، ماهیت فشارهای مستمر زندگی آنان می‌تواند سازوکاری مشابه ایجاد کند؛ یعنی باور به اینکه فرد توان مدیریت دشواری‌ها را ندارد ممکن است به درماندگی و تشدید اضطراب منجر شود، در حالی که تقویت خودکارآمدی می‌تواند چرخه متفاوتی از تلاش، سازگاری و کنترل ایجاد کند.

یافته‌های مرتبط با نقش خودکارآمدی در پریشانی روان‌شناختی با مطالعات انجام‌شده درباره درد مزمن نیز همراستا است. Peymani و Aghajanihashjin در بررسی زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان دادند که خودکارآمدی با ترس از حرکت و آشفتگی روان‌شناختی ارتباط ساختاری دارد (Sar Masti Emami, 2022; Peymani & Aghajanihashjin, 2022). همکاران نیز روابط میان شدت درد، خودکارآمدی، ترس و آشفتگی روان‌شناختی را تأیید کردند (Sar Masti Emami et al., 2022). علاوه بر این، مطالعات Mikaeili و Ahmadi بر تفاوت در اضطراب مرتبط با درد، خودکارآمدی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به میگرن و افراد سالم تأکید کرده‌اند (Mikaeili & Ahmadi, 2021; Mikaeili & Ahmadi, 2022). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی احتمالاً از طریق تأثیر بر ارزیابی فرد از تهدید و توانایی مقابله، با شدت تجربه اضطراب و سایر پیامدهای روان‌شناختی مرتبط است.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و نمره کل نشانگان روان‌شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش خودکارآمدی داشت. یک تبیین احتمالی این است که آموزش خودکارآمدی عمدتاً بر افزایش احساس توانمندی، کنترل رفتاری و باور به قابلیت مقابله تمرکز می‌کند، در حالی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت مستقیم‌تر با فرایندهای شناختی

در آنان تقویت کند. آموزش خودکارآمدی با تمرکز بر شناخت توانایی‌ها، تجربه موفقیت، خودگویی مثبت، تصویرسازی ذهنی، مسئولیت‌پذیری و مقابله با افکار خودآیند منفی می‌تواند ارزیابی فرد از منابع و توانایی‌های شخصی خود را تغییر دهد. زمانی که فرد باور بیشتری به توانایی خود برای مدیریت موقعیت‌های دشوار پیدا می‌کند، انتظار شکست کاهش یافته و احتمال استفاده از راهبردهای فعال مقابله‌ای افزایش می‌یابد.

این نتیجه با یافته‌های Ebrahimi و Habibi همسو است که نشان دادند مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند در زنان دارای سابقه خشونت خانگی خودکارآمدی را افزایش و اضطراب اجتماعی را کاهش دهد (Ebrahimi & Habibi, 2020). همچنین Rezaei و همکاران نشان دادند که آموزش هدفمند در زنان باردار دارای اضطراب زایمان، می‌تواند هم ترس و هم خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار دهد (Rezaei et al., 2024). یافته Küçükaya و Süt نیز نشان داد که خودکارآمدی زنان برای مدیریت تعارض کار-خانواده با افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط دارد (Küçükaya & Süt, 2022). در مجموع، این مطالعات نشان می‌دهند که باور به توانایی مدیریت موقعیت‌ها با وضعیت هیجانی فرد رابطه دارد و تقویت این باور می‌تواند یکی از مسیرهای کاهش پریشانی روان‌شناختی باشد.

نقش خودکارآمدی در سازگاری روان‌شناختی همچنین در مطالعات مرتبط با بیماری‌های مزمن تأیید شده است. Gao و همکاران نشان دادند که خودکارآمدی رابطه میان پریشانی ناشی از دیابت و نشانه‌های افسردگی با مدیریت بیماری و کنترل قند خون را میانجی‌گری می‌کند (Gao et al., 2022). Chen و همکاران نیز در یک کارآزمایی تصادفی روی زنان تازه تشخیص‌داده‌شده به سرطان پستان نشان دادند که برنامه حمایتی می‌تواند بر خودکارآمدی خودمراقبتی، پریشانی روان‌شناختی و کیفیت زندگی اثر بگذارد (Chen et al., 2024). این یافته‌ها اهمیت خودکارآمدی را در تبدیل

و هیجانی زیربنایی آشفستگی، مانند نشخوار فکری، نگرانی، واکنش‌پذیری هیجانی، اجتناب تجربی و درگیری با افکار منفی کار می‌کند. به همین دلیل، ممکن است ذهن‌آگاهی در افرادی که هم‌زمان چندین نشانگان روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، دامنه اثر وسیع‌تری داشته باشد. یافته Luo و همکاران در مورد نقش زنجیره‌ای نشخوار و اضطراب میان ذهن‌آگاهی و خلق افسرده از این تبیین حمایت می‌کند (Luo et al., 2025). همچنین، مطالعات مربوط به اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های وسواسی نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی می‌تواند هم متغیرهای عاطفی و هم فرایندهای فراشناختی و تحمل‌پریشانی را تغییر دهد (Najafi et al., 2024; Zareei et al., 2024).

از سوی دیگر، عدم وجود تفاوت معنادار میان دو مداخله در ترس می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که هر دو رویکرد از مسیرهای متفاوت اما نسبتاً هم‌ارز بر این مؤلفه اثر می‌گذارند. ذهن‌آگاهی با افزایش پذیرش و کاهش اجتناب از تجربه‌های تهدیدکننده می‌تواند واکنش به ترس را تعدیل کند، در حالی که خودکارآمدی با افزایش باور فرد به توانایی مقابله، ارزیابی او از تهدید و آسیب‌پذیری را کاهش می‌دهد. نتایج مربوط به خودکارآمدی و ترس در مطالعات زنان باردار (Rezaei et al., 2024) و روابط میان خودکارآمدی و ترس در زنان مبتلا به مشکلات مزمن (Peymani & Aghajanihashjin, 2022) با این تبیین سازگار است. همچنین، پژوهش‌های مرتبط با درمان‌های مبتنی بر پذیرش نشان داده‌اند که پذیرش تجربه‌های ناخوشایند می‌تواند اضطراب و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (Ahmadi & Valizadeh, 2021). از این رو، ممکن است در مورد ترس، تفاوت در مکانیسم درمانی دو رویکرد الزاماً به تفاوت در پیامد نهایی منجر نشود.

معنادار بودن تغییرات تا مرحله پیگیری نیز یافته مهم دیگری بود. تداوم آثار می‌تواند نشان دهد که هر دو مداخله به شرکت‌کنندگان مهارت‌هایی آموخته‌اند که خارج از محیط جلسات نیز قابل استفاده بوده‌اند. در

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تمرین‌های مستمر مراقبه، تنفس آگاهانه و مشاهده افکار می‌توانند به تدریج به مهارت‌های خودتنظیمی تبدیل شوند. در آموزش خودکارآمدی نیز خودگویی مثبت، تصویرسازی، شناسایی توانایی‌ها و مقابله فعال می‌توانند پس از پایان جلسات ادامه پیدا کنند. از این منظر، نتایج حاضر صرفاً نشان‌دهنده پاسخ کوتاه‌مدت به حضور در جلسات نیست، بلکه از احتمال شکل‌گیری مهارت‌های قابل تعمیم به زندگی روزمره حمایت می‌کند. این برداشت با مطالعات مداخله‌ای که تغییرات پایدارتر در توانایی مدیریت‌پریشانی و تنظیم هیجان را هدف قرار داده‌اند سازگار است (Sarabadani et al., 2023; Seyedi & Moghadadi, 2023).

همچنین، مطالعات مربوط به کیفیت زندگی و اضطراب در گروه‌های آسیب‌پذیر بر اهمیت مداخلاتی تأکید دارند که علاوه بر کاهش نشانه‌ها، ظرفیت سازگاری فرد را افزایش دهند (Ahmadi & Valizadeh, 2021; Chen et al., 2024).

از منظر گسترده‌تر، نتایج پژوهش حاضر اهمیت توجه به استرس ادراک‌شده و آشفستگی روانی در طراحی مداخلات برای زنان را نیز برجسته می‌کند. Soria-Reyes و همکاران در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان پستان بر اهمیت ارزیابی دقیق تجربه ذهنی فشار روانی تأکید کرده‌اند (Soria-Reyes et al., 2023). همچنین، یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه زنان و خانواده نشان می‌دهد که توانایی مقابله با استرس، تنظیم هیجان و حفظ سلامت روان در جمعیت‌های زنانه دارای مسئولیت‌ها یا شرایط دشوار، متغیرهای مهمی محسوب می‌شوند (Gimbel et al., 2022). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات برای زنان مضطرب سرپرست خانوار زمانی احتمال اثربخشی بیشتری دارند که علاوه بر کاهش نشانه‌های آشکار، سازوکارهایی مانند کنترل

توجه، پذیرش، خودکارآمدی، تنظیم هیجان و مقابله سازگارانه را نیز هدف قرار دهند.

این پژوهش با چند محدودیت همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود و شامل ۴۵ زن سرپرست خانوار بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به کل زنان سرپرست خانوار را کاهش دهد. دوم، پژوهش در شهر تهران انجام شد و شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان سرپرست خانوار در سایر مناطق ممکن است متفاوت باشد. سوم، بخش مهمی از داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی به دست آمد و بنابراین احتمال سوگیری پاسخ، تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب اجتماعی یا تأثیر وضعیت هیجانی لحظه‌ای وجود دارد. چهارم، مدت پیگیری دو ماه بود و این بازه برای تعیین ماندگاری بلندمدت اثر مداخلات محدود است. همچنین، متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، میزان حمایت اجتماعی، تعداد فرزندان، مدت زمان سرپرستی خانوار، وجود رویدادهای تنش‌زای هم‌زمان و استفاده از سایر منابع حمایتی به صورت مستقل کنترل نشدند. افزون بر این، امکان کورسازی شرکت‌کنندگان نسبت به نوع مداخله وجود نداشت که از محدودیت‌های متداول مطالعات روان‌شناختی مداخله‌ای به شمار می‌رود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و در شهرها و بافت‌های فرهنگی و اقتصادی متفاوت انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش خودکارآمدی فراهم کند. همچنین، بررسی سازوکارهای میانجی مانند تنظیم هیجان، نشخوار فکری، تحمل پریشانی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی می‌تواند روشن کند که هر مداخله از چه مسیرهایی موجب تغییر نشانگان می‌شود. مقایسه این دو

رویکرد با سایر درمان‌های شواهدمحور، استفاده از گروه کنترل فعال، بررسی اثربخشی ترکیب ذهن‌آگاهی و خودکارآمدی، و به‌کارگیری ارزیابی‌های چندمنبعی شامل مصاحبه بالینی و سنجش‌های رفتاری نیز می‌تواند به غنای شواهد کمک کند. همچنین بررسی اینکه ویژگی‌های فردی و اجتماعی چه کسانی را برای پاسخ بهتر به هر یک از دو مداخله مستعد می‌کند، می‌تواند زمینه تدوین مداخلات شخصی‌سازی‌شده را فراهم سازد.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، سازمان‌های حمایتی، مراکز خدمات اجتماعی و مراکز بهداشت روان که با زنان سرپرست خانوار کار می‌کنند، برنامه‌های گروهی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به‌عنوان یکی از گزینه‌های مداخله‌ای برای کاهش گسترده نشانگان روان‌شناختی در نظر گیرند. آموزش خودکارآمدی نیز می‌تواند به‌ویژه برای تقویت احساس توانمندی، افزایش کنترل ادراک‌شده و کمک به مدیریت اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ترس مورد استفاده قرار گیرد. غربالگری منظم اضطراب و سایر نشانگان روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار، شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر و ارجاع آنان به برنامه‌های کوتاه‌مدت و ساختاریافته توصیه می‌شود. همچنین می‌توان تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تنفس آگاهانه، خودگویی مثبت، تصویرسازی، حل مسئله و مهارت‌های افزایش خودکارآمدی را در قالب جلسات گروهی کم‌هزینه و قابل دسترس ارائه کرد و با تدوین تکالیف خانگی و جلسات تقویتی دوره‌ای، زمینه حفظ اثرات مداخله را پس از خاتمه درمان فراهم ساخت.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Anxiety and Social Competence in Women with Social Anxiety Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior and Health*.
- Javanmardi, F., Shafi Abadi, A., & Poshaneh, K. (2024). The Prediction of distress tolerance model in the elderly based on perceived support, experiential avoidance and spiritual intelligence with the mediating role of mindfulness. *The Women and Families Cultural-Educational*, 19(1), 283-310. https://cwfs.ihu.ac.ir/article_208480_en.html?lang=en
- Küçükkaya, B., & Süt, H. K. (2022). The Relationship Between Turkish Women's Self-Efficacy for Managing Work-Family Conflict and Depression, Anxiety and Stress During the COVID-19 Pandemic: A web-Based Cross-Sectional Study. *Work*, 73(4), 1117-1124. <https://doi.org/10.3233/wor-220190>
- Luo, S., Luo, B., Wei, Z., & Xin, L. (2025). Chain Mediation of Rumination and Anxiety State Between Mindfulness and Depressed Mood in Infertile Women. *Scientific reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-99147-w>
- Mikaeili, N., & Ahmadi, S. (2021). Comparison of pain-related anxiety, pain self-efficacy, and coping strategies in women with migraine headaches and healthy individuals. *Sabzevar University of Medical Sciences Journal*, 28(5), 728-739. <https://www.researchgate.net>
- Mikaeili, N., & Ahmadi, S. (2022). Comparison of pain-related anxiety, pain self-efficacy and coping strategies in women with migraine and normal headache. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 28(5), 728-739. https://jsms.medsab.ac.ir/article_1441.html
- Najafi, M., Sajjadian, I., & Manshaee, G. (2024). Comparison the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Affective Capital and Meta Emotion in Women with Generalized Anxiety Disorder. *Res Clin Psychol Counsel*, 14(1), 199-222.
- Nazmabadi, M., Shafiei Abadi, A., & Pooshneh, K. (2024). Predicting Distress Tolerance in the Elderly Based on Perceived Support, Experiential Avoidance, and Spiritual Intelligence: The Mediating Role of Mindfulness. *Cultural-Educational Quarterly for Women & Families*, 19(66), 283-310. https://cwfs.ihu.ac.ir/article_208480.html
- Peymani, J., & Aghajanihashjin, T. (2022). Structural relationships of pain intensity and self-efficacy with fear of movement mediated by psychological distress in women with rheumatoid arthritis. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 3(3), 1-19. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.1>
- Rezaei, S., Mohammadi, N., & Karimi, H. (2024). The effectiveness of Replan training on fear of childbirth and self-efficacy in pregnant women with anxiety about vaginal birth. *Hamadan Faculty of Nursing and Midwifery*, 33(3), 238-252.
- Sar Masti Emami, A., Peymani, J., & Aghajani, T. (2022). The Structural Relationships of Pain Intensity and Self-Efficacy with Fear of Movement, Mediated by Psychological Distress in Women with Rheumatoid Arthritis. *Applied Family Therapy*, 3(3), 1-19. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.1>
- Sarabadani, A., Hassanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2023). 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. *Journal of Rafsanjan*
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Life and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 7(2), 166-153. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6370.1528>
- Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women. *Aging Psychology*, 6(4), 339-321. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5945.1492>
- Chen, X., Qin, Y., & Chaimongkol, N. (2024). Effectiveness of a phone-based support program on self-care self-efficacy, psychological distress, and quality of life among women newly diagnosed with breast cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 71, 102643. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102643>
- Ebrahimi, M., & Habibi, M. (2020). Examining the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and reducing social anxiety in women with a history of domestic violence. *Quarterly Journal of Research in Psychological Health*, 14(4), 169-180.
- Gao, Y., Xiao, J., Han, Y., Ji, J., Jin, H., Mawen, D. G., Zhong, Y., Lu, Q., Zhuang, X., & Ma, Q. (2022). Self-efficacy mediates the associations of diabetes distress and depressive symptoms with type 2 diabetes management and glycemic control. *General Hospital Psychiatry*, 78, 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.06.003>
- Gimbel, L. A., Blue, N. R., Allshouse, A. A., Silver, R. M., Gimbel, B., Grobman, W. A., et al., Sohrebi, F., Azami, Y., Mam, S. P., & Froghi, N. E. (2022). Pregnancy outcomes and anxiety in nulliparous women The effectiveness of the Stress Immunization Program on coping with stress strategies, emotion regulation strategies, and mental health in female-headed households covered by the Welfare Organization. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 35(25), 8681-8690. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1998441>
- Hatam, S., Seifi Kordlar, Z., Roudaki, M., Saadizadeh Pirherat, M. J., & Amirtimouri, H. (2026). The Effectiveness of

- University of Medical Sciences, 21(12), 1249-1266. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.12.1249>
- Seyedi, V. S., & Moghadadi, M. (2023). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Perceived Stress in Women with Dental Anxiety. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(5), 21-35. Original article is in Persian.
- Soria-Reyes, L. M., Cerezo, M. V., Alarcón, R., & Blanca, M. J. (2023). Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients. *Stress and Health*, 39(1), 115-124. <https://doi.org/10.1002/smi.3170>
- Zareei, M. B., Bahrainian, S. A. M., Ahi, Q., & Mansouri, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Research in Psychological Health*, 17(4), 82-105. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-4421-en.html>
- Zarei, M., Bahrainian, S. A., Ahi, G., & Mansouri, A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Schema Therapy on Emotion Regulation and Distress Tolerance in Women with Obsessive-Compulsive Symptoms. *Research in Psychological Health*, 17(4), 82-100.
- Zomorodi, M., Keshavarz, A., & Teimori, S. (2026). Comparing the Effectiveness of Spiritual Coping Skills Training and Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Health Anxiety and Negative Affect in Women with Hypertension. *Journal of Applied Psychological Research*.