

## اثربخشی آموزش ذهن آگاه مبتنی بر کاهش استرس بر کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر (GAD) نوجوانان

منصور علی مهدی<sup>۱</sup>

هوشنگ فلاح وحدتی جو<sup>۲</sup>

عذرا میرآخوری<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف: اختلال اضطراب فراگیر به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی مزمن و مخرب شایع دوره کودکی و نوجوانی مشکلات زیادی را در حوزه سلامت به همراه داشته است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر علائم اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش: بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل از دانش آموزان مقطع متوسطه مراجعه کننده به هسته مشاوره آموزش و پرورش شهرستان رباط کریم استان تهران و با روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ دانش آموز با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (GAD) انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش آموز) و کنترل (۱۵ دانش آموز) قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش بطور گروهی در ۸ جلسه تحت برنامه ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. گروه ها قبل و بعد از درمان با مقیاس اضطراب فراگیر (GAD-۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس (Ancova) نشان داد که برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بطور معناداری در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر دانش آموزان موثر است و به نظر می رسد که ذهن آگاهی با کاهش سطح اضطراب روش مناسبی در درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، علائم اضطراب فراگیر، نوجوانان

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

malimehdi@yahoo.com

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> یکی از اختلالات اضطرابی مزمن و مخرب محسوب می شود که با بیشتر اختلالات روانی در ارتباط است. این اختلال به عنوان یک اختلال شایع دوره کودکی و نوجوانی مشکلات زیادی در حوزه سلامت به همراه داشته است و به دلیل همراه شدن با تغییرات سنی دوره نوجوانی تنش هایی را ایجاد می کند (Reuschel, 2011)<sup>۲</sup>. اختلالات اضطرابی از شایعترین انواع اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان می باشد که با اختلالاتی در عملکرد تحصیل، انزوای اجتماعی، اعتیاد به الکل و اقدام به خودکشی و افزایش خطر بروز سایر اختلالات روانی همراه می باشند (Dielman, Huizink, Tulen, utens, creemers, Vander, et al, 2015)<sup>۳</sup>. علائم اصلی اختلال اضطراب فراگیر شامل: نگرانی افراطی و بیش از حد در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، ناتوانی در کنترل نگرانی و فزونی شدت و مدت نگرانی از رویدادهای توأم با تهدید می باشد (کاوین، آمیت و سدس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). نگرانی یکی از مولفه های شناختی تمایز دهنده علائم زیستی اضطراب به شمار می آید که این مولفه از طریق راهبرد اجتناب در کاهش نگرانی موقتی و در نهایت حفظ اضطراب نقش مهمی ایفا می کند (Andrews, Hobbs, Borkovec, craske, Heimberg, 2010)<sup>۵</sup>. بر اساس برخی یافته ها نرخ شیوع این اختلال در طول عمر ۰/۵/۷ گزارش شده است (Kessler, Berglund, Demler, Jin, 2005)<sup>۶</sup> و همچنین میانگین سنی شروع این اختلال را ۱۳ سالگی با علائم اصلی و تشخیص اولیه اختلال و از سن ۲۰ سالگی به عنوان یک اختلال همراه با سایر اختلالات مطرح نموده اند<sup>۶</sup> (Rodgers, Warshaw, Goisman, Goldenberg, Rodriguez-Villa, Mally, et al, 1990)<sup>۷</sup>. بنابراین با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالهای روانشناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلالهای ناتوانکننده برای بزرگسالان مطرح شده است (بورکوویچ<sup>۷</sup>، 2006). علاوه بر مداخلات روانشناختی و دارویی رایج امروزه درمانهای دیگری در مورد اختلالات اضطرابی مورد توجه ویژه ای قرار گرفته است که ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس<sup>۸</sup> در این گروه قرار می گیرد. ذهن آگاهی جز

<sup>۱</sup>. General Anxiety Disorder

<sup>۲</sup>. Reuschel.

<sup>۳</sup>. Dieleman, Huizink, Tulen, Utens, Creemers & et al

<sup>۴</sup>. Covin, Ouimet, Seeds & Dozois

<sup>۵</sup>. Andrews, Hobbs, Borkovec, Beesdo, Craske & etal

<sup>۶</sup>. Rodgers, Warshaw, Goisman, Goldenberg, Rodriguez & et al

<sup>۷</sup>. Borkovec

<sup>۸</sup>. Mindfulness Based Stress Reduction

دسته ای از مداخلات محسوب می شود که در مورد دسته وسیعی از افراد از جمله افراد مبتلا به اختلال درد مزمن، بیماران مبتلا به سرطان و اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گرفته است (Kabat-Zinn, 2003). رایج ترین روش آموزش ذهن آگاهی، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود (Kabat-zinn, 1982). این برنامه توسط کابات زین (۱۹۹۰) در دانشگاه ماساچوست مطرح گردید که این دوره به عنوان دوره ای متمرکز و ساختار یافته در بیمارستان ها، مدارس و محیطهای آموزشی با بهره گیری از اصول ذهن آگاهی مورد توجه قرار گرفته است (Segal, Williams, Teasdale, 2002). به طور کلی ذهن آگاهی به عنوان " حالت ذهنی که با آگاهی متراکم و از تمرکز بر افکار، کنش ها یا انگیزش های فرد، مشخص و توصیف می شود"، تعریف کرده اند. ویژگی های ذهن آگاهی شامل آگاهی پیش مفهومی و پذیرش تجربیات، تنظیم منعطف توجه، قبول و پذیرش بی طرفانه تجربه و جهت گیری به سمت اینجا و اکنون است (Brown, 2007 Ryan, & Creswell, ۲۰۱۰). فنون حضور ذهن در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می باشد (kabat zinn, 2003). پژوهش ها از این نتایج حمایت کرده اند که ذهن آگاهی می تواند اثرات مثبتی بر اختلالات اضطرابی داشته باشد (Sugiura, 2004). والسند، سیورتن و تیلسون<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهش خود دریافتند که برنامه درمانی ذهن آگاه مبتنی بر کاهش استرس موجب تعدیل نشانه های اضطراب و نگرانی و اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب می گردد. همچنین نتایج پژوهش تانی، لوتان و برنستین<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۲) نشان حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی در کاهش نشانه های خلقی و علایم اضطراب از اثربخشی مناسبی برخوردار است. هامیل و پیکت<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بازداری رفتاری و استرس روانشناختی نشان داد که این مداخله بر کاهش حساسیت سیستم بازداری رفتاری، کاهش رفتار اجتناب و گریز و افزایش توانایی کنترل پریشانی روانشناختی اثربخش می باشد. مداخلات ذهنی آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یکی از درمانهای تکمیلی در کاهش سطوح حساسیت اضطرابی و در نهایت کاهش اضطراب فراگیر از اثربخشی موثری برخوردار بوده است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سوال که آیا برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر میزان علایم اختلال اضطراب فراگیر دانش آموزان اثربخش است؟ انجام گرفت.

<sup>۹</sup>. Segal, Williams & Teasdale

<sup>۱۰</sup>. Brown, Ryan & Creswell

<sup>۱۱</sup>. Vollestad, Sivertsen & Nielsen

<sup>۱۲</sup>. Tanay, Lotan & Bernstein

<sup>۱۳</sup>. Hamill & Pickett

## روش

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه مشغول به تحصیل ۹۴-۹۵ دبیرستان های شهرستان رباط کریم مراجعه کننده به هسته مشاوره اداره آموزش و پرورش شهرستان رباط کریم استان تهران با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بودند که از این جامعه با روش نمونه گیری هدفمند بر اساس ملاکهای ورود به پژوهش از جمله تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مقیاس اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی، تمایل به شرکت جلسات و ادامه جلسات، عدم دریافت دارو، رضایت کتبی والدین ۳۴ دانش آموز انتخاب شدند که قبل از شروع جلسات با توجه غیبت ۲ آزمودنی در گروه آزمایش در طول مدت جلسات و عدم رضایت ۲ دانش آموز جهت شرکت در جلسات گروهی ۳۰ دانش آموز انتخاب شدند که بر اساس روش نمونه گیری تصادفی ساده ۱۵ دانش آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش آموز در گروه کنترل قرار داده شدند. میانگین سنی دانش آموزان ۱۵/۹۴ بود. گروه آزمایش و کنترل قبل از جلسات آموزشی مقیاس اضطراب فراگیر را تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۸ جلسه با برنامه ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکردند. آزمودنی های دو گروه بعد از مداخلات بطور مجدد با مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر<sup>۱۴</sup> مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**مقیاس اضطراب فراگیر (GAD-7):** پرسشنامه اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر (۲۰۰۶) ساخته شده است. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه های هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها، و تقریباً هر روز، به سؤالات پاسخ می دهد و گزینه ها به ترتیب با نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ و نمره گذاری می شوند و بدین ترتیب بالاترین نمره مقیاس ۲۱ می باشد. روایی همگرایی پرسشنامه اضطراب فراگیر کوتاه با پرسشنامه اضطراب صفت و حالت اسپیل گر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت برابر ۰/۵۲ می باشد. نتایج آلفای کرونباخ برای نیمه اول و نیمه دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ و برای همبستگی دو نیمه برابر با ۰/۷۶ بوده است که نتایج نشان می دهد این آزمون از اعتبار قابل قبولی برخوردار است و قادر است افراد مبتلا به اضطراب فراگیر را از افراد عادی تفکیک نماید (Naeinian, Shaeiri, Sharif, Hadian, 2011). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ محاسبه شد.

### بسته ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)

بسته درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر اساس درمان کابات زین (۱۹۹۲) تنظیم گردید که شرح جلسات در زیر ارائه شده است:

جلسه	محتوی آموزش
جلسه اول	معرفی برنامه، ساختار و اهداف گروه، آشنایی با علایم اضطراب فراگیر و مولفه های آن از جمله عدم تحمل بلا تکلیف و حساسیت اضطرابی، آموزش و تمرین خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی و بیان منطق
جلسه دوم	آموزش و تمرین تکنیکهای حضور ذهن یا آگاهی از تنفس جهت افزایش ظرفیت توجه و تمرکز شامل، مراقبه ۴۰ دقیقه واریسی بدن، ۱۰ دقیقه تنفس همراه با ذهن آگاهی و بیان منطق هر یک از این تکنیکها، تفکر درباره تمرینها و حس کردن دقیق هر یک از آنها و فضای تنفس سه دقیقه ای و بیان منطق آن
جلسه سوم	آرامش آموزی از طریق بازخوانی گروه های عضلاتی که قبلا از طریق ایجاد تنش رهایی عضلانی فراخوانده شدند. تکلیف خانگی در این مرحله شامل واریسی بدن، یوگا، مراقبه نشسته با تمرکز روی تنفس، آگاهی از رویدادهای غیر دلچسب و آگاهی از یک رویداد معمول متفاوت می باشد.
جلسه چهارم	آموزش و تمرین تکنیک ۴۵ دقیقه مراقبه نشسته، بیان منطق آن، تمرین تنفس سه دقیقه ای و ارائه تمرینهای الگوبرداری شده جهت کاربرد در زمانهایی که دچار احساسات دشوار می شویم و تمرین ۱۰ دقیقه آموزش تنفس
جلسه پنجم	تمرین آموزش کنترل تنفس و مراقبه تنفس (آگاهی فراگیر از طریق مشاهده حس های بدنی) در این جلسه در خصوص طی شدن نیمی از مسیر و تبادل نظر پرداخته شد. برای تکالیف خانگی شرکت کنندگان ترغیب شدند تا شروع به تجربه کردن ترکیبی از تمریناتی که قبلا معرفی شده اند و با نیازهایشان متناسب هستند شامل واریسی بدن، یوگا، مراقبه قدم زدن و مراقبه نشسته، فعالیت انجام دهند
جلسه ششم	ابتدا در خصوص تکلیف خانگی به بحث و تبادل نظر پرداخته شد. سپس مراقبه نشسته به گونه ای عمیق برای مدتی طولانی در این جلسه تمرین شد. محتوای جلسه شامل توجه هشیارانه به اصوات محیط بود.
جلسه هفتم	تعمیم آموزش کنترل تنفس و مراقبه تنفس در فعالیت های روزمره. تکلیف خانگی شامل واریسی بدن، مراقبه قدم زدن، مراقبه نشسته و به هشیاری در زندگی روزمره بود که در آن از شرکت کنندگان خواسته شد تا در فعالیت های معمولی شان از قبیل شستن ظرف ها، تمیز کردن خانه، خوردن، خرید کردن، به کار ببرند، بود.

جلسه هشتم	این جلسه با واریسی بدن شروع شد و با مراقبه نشسته ادامه یافت. بحث روی مرور مختصری از دوره متمرکز شد، شرکت کنندگان ترغیب شدند تا به بحث در خصوص تجربیات شان در کل دوره بپردازند.
-----------	--

### یافته ها

در جدول ۲ به منظور آشنایی با اطلاعات توصیفی پژوهش میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل در علائم اضطراب فراگیر ارائه شده است .

جدول ۲ شاخص های توصیفی پیش آزمون - پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	متغیرها	گروه
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
				۱۵	اضطراب فراگیر	ذهن آگاهی
۳/۲۱	۱۳/۸۰	۲/۲۳	۱۷/۸۶	۱۵	اضطراب فراگیر	کنترل
۲/۰۹	۱۷/۰۲	۱/۹۵	۱۸/۲۰			

با توجه به مقادیر ارائه شده در جدول ۲ که بیانگر شاخص های مختلف آماری مربوط به نمره های پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیهای دو گروه مورد مطالعه در متغیر علائم اختلال اضطراب فراگیر می توان بیان نمود که کمترین میانگین که دلالت بر اثر بخشی درمانی را مطرح می سازد مربوط به گروه آزمایش و بیشترین میانگین مربوط به گروه کنترل می باشد. به منظور بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر علائم اضطراب فراگیر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بهره گرفته شد که در ابتدا به منظور بررسی مفروضه های تحلیل کوواریانس از روش کلمو گروف - اسمینرف به منظور نرمال بودن توزیع و آزمون برابری واریانسهای لوین بهره گرفته شد. با توجه به سطح معنی داری در متغیر اختلال اضطراب فراگیر برابر  $\text{sig} = 0/52$  و اینکه این مقادیر به سطح معنی داری مورد نظر ( $0/05$ ) نرسیده اند بنابراین مفروضه برابری واریانس ها رعایت شده است.

جدول ۳ آزمون کلمو گروف اسمیرنف

پس آزمون		پیش آزمون		متغیرها	گروه
معنی داری	مقدار	معنی داری	مقدار		
۰/۱۱	۰/۰۹۵	۰/۰۸	۰/۲۵۸	علایم اختلال اضطراب	ذهن آگاهی
۰/۲	۰/۱۴۹	۰/۰۶	۰/۲۱۴	علایم اختلال اضطراب	گروه کنترل

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که مقدار P متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون در آزمون کلمو گروف از ۰/۰۵ بزرگتر است. با توجه به سطح معنی داری توزیع نرمال می باشد و شرایط برای بهره گیری از تحلیل کوواریانس فراهم می باشد.

جدول ۴، نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین علایم اضطراب فراگیر آزمودنیهای ذهن آگاهی و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورها	df	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	مجذور ایتا
پیش آزمون	۴۷/۸۶۵	۱	۴۷/۸۶۵	۸/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۲۳
گروه	۸۱/۳۸۷	۱	۸۱/۳۸۷	۱۳/۹۲	۰/۰۱	۰/۳۴
خطا	۱۵۷/۸۶۸	۲۷	۵/۸۴۷			
کل	۷۵۶۹/۰۰	۳۰				

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر علایم اضطراب فراگیر از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F=13/92, p<0/01$ ) به عبارت دیگر جدول تحلیل کوواریانس نشان می دهد با حذف اثر نمره های پیش آزمون اثر آموزش ذهن آگاهی

مبتنی بر کاهش استرس بر نمره های پس آزمون علائم اضطراب فراگیر معنا دار است که می توان نتیجه گرفت که بین گروه های مورد مطالعه در متغیر علائم اضطراب فراگیر تفاوت معنی داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر علائم اختلال اضطراب فراگیر نوجوانان انجام گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی می تواند در کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شود. نتایج پژوهش حاضر با برخی یافته ها از جمله والستد و همکاران (۲۰۱۳)، تانی و همکاران (۲۰۱۲) و هامیل و همکاران (۲۰۱۵) همسود بود. والستد و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود دریافتند که برنامه درمانی ذهن آگاه مبتنی بر کاهش استرس موجب تعدیل نشانه های اضطراب و نگرانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب می گردد. همچنین نتایج پژوهش تانی و همکاران (۲۰۱۲) نشان حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی در کاهش نشانه های خلقی و علائم اضطراب از اثربخشی مناسبی برخوردار است. ذهن آگاهی با آرامش ذهنی و روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد در حالی که خودآگاهی با میزان پایین آرامش روانشناختی مرتبط است (De More, & Cohen, 2005). هوگ و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می تواند بر میزان اضطراب و استرس تجربه شده روزانه افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تاثیر بگذارد و به طور معنی داری در کاهش علائم اضطراب و استرس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر واقع شود. به نظر می رسد با توجه به اینکه هسته اصلی اختلال اضطراب فراگیر را نگرانی تشکیل می دهد و در نهایت مرور کردن افکار منفی می تواند در بقای نگرانی نقش داشته داشته کنترل توجه و متمرکز کردن آن می تواند در تعدیل افکار نقش داشته باشد. ذهن آگاهی نه تنها به وسیله ی تسهیل ارزیابی فرایند مثبت است بلکه می تواند باعث کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط استرس زا شود و همچنین از طریق عادت زدایی استفاده از راهبرد ها مقابله ای نامناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس زا شود. سبک های مقابله ای ناکارآمد، از قبیل فاجعه سازی ارتباط مستقیمی با بیماری های خلقی دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی موثر است. ذهن آگاهی با توجه عمیق بر فرایندهای شناختی و هیجانی عمیق نقش زیادی بر کارکردهای ذهنی بر عهده دارد. هامیل و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بازداری رفتاری و استرس روانشناختی نشان داد که این مداخله بر کاهش حساسیت سیستم بازداری رفتاری، کاهش رفتار اجتناب و گریز و افزایش توانایی کنترل پریشانی روانشناختی اثربخش می باشد. مداخلات ذهنی آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به عنوان یکی از درمانهای تکمیلی در کاهش سطوح حساسیت اضطرابی و در نهایت کاهش اضطراب فراگیر از اثربخشی موثری برخوردار بوده است. از دیگر سو آموزش ذهن آگاهی با تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی و به



واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همانگونه که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند که مکانسیم اثر این مداخله را برجسته می‌سازد (Brown, 2003). به عبارتی این تکنیک با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود (Kaviani, javaheri, Bhyrayy, 2005). آموزش کنترل توجه در جهت روشن بودن و روشن دیدن است که به صورت غیر عادت یافته و متعالی عمل می‌کند. توجه فراگیر به این معنی است که ما در همه لحظات به صورت گسترده متوجه باشیم که چه کسی هستیم، چه کاری انجام می‌دهیم و چرا آن کار را انجام می‌دهیم (Kabat-zinn, 2003). مهارت ذهن آگاهی به فرد این فرصت را می‌دهد که در لحظه حال و با تاکید بر اینجا و اکنون حوادث را کمتر از آن میزانی که ناراحت کننده هستند دریافت و پردازش نماید بطوریکه وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه داریم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته و یا آینده خواهد بود. در این راستا به نظر می‌رسد که با توجه به علایم شناختی اختلال اضطراب فراگیر و سبکهای تفکر که در آن مرور خاطرات منفی گذشته و تصورات توأم با استرس آینده با تداوم اختلال همراه است، آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با معطوف کردن توجه به زمان حال نقش موثر در کاهش علایم اختلال خصوصا در گروه سنی خاص یعنی نوجوانی داشته باشد. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر همراه شدن برخی از جلسات آموزش با برخی از امتحانات میان ترم دانش آموزان و انتخاب آزمودنی‌های صرفا دختر و در نهایت عدم امکان پیگیری در دوره‌های دیگر بود که لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پیگیری نیز انجام گیرد و به بررسی اثر بخشی دیگر سازه‌های شناختی از جمله حساسیت اضطرابی نیز توجه شود.

## منابع

- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R.G., Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression & Anxiety*, 0, 1–14.
- Borkovec, T. D. (2006). Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds), *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*, pp. 273-287.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundation and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Brown KW, Ryan RM.(2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho*, 84: 822-848.
- Cohn, D. M., Reibel, D., & Micozzi, M. C. (2010). *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for clinicians and Educators*. New York Springer.
- Dieleman GC, Huizink AC, Tulen JHM, Utens EMWJ, Creemers HE, van der Ende J, et al. (2015). Alterations in HPA-axis and autonomic nervous system functioning in childhood anxiety disorders point to a chronic stress hypothesis. *Psych neuroendocrinology* 2;51:135-50
- De More, M., & Cohen, L.L.(2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal Clinical Psychology Medical Settings*; 12(4): 281-291.
- De More, M., & Cohen, L.L.(2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal Clinical Psychology Medical Settings*; 12(4): 281-291.
- Hamill TS, Pickett SM(2015). Amsbaugh HM, Aho KM. Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Pers Individ Differ.* ( 72):24-29.
- Hoge A, Bui E, Marques L, Metcalf C, Morris B, And et all.(2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry.* 74(8): 786–792

- Kaviani H, javaheri F, Bhyrayy H.(2005). Mindfulness-based cognitive therapy effectiveness in reducing negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety: a 60-day follow-up. *New Cognitive Science*, 7 (1), 59-49.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 144-156.
- Kabat-Zinn J.(۱۹۸۲).outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hops Psychiatry*;4:33-47.
- Kabat-Zinn, J.(2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice.*, 10: 144-156.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*,62, 593–602.
- Lovas. David. A., & Barsky. Arthur. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study, *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 931–935.
- Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M.(2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) . *Journal clinical psychology & personality pap.* 2 (4) :41-50
- Rodgers, M. P., Warshaw, M. G., Goisman, R. M., Goldenberg, I., Rodriguez-Villa, F., Mallya, G., et al. (1999). Comparing primary and secondary generalized anxiety disorder in a long-term naturalistic study of anxiety disorders. *Depression and Anxiety*,10(1),1-7.
- Reuschel, L. M. (2011). *Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents: Implications for research and practice.* Illinois State University, Department of Psychology.
- Sugiura, Y. (2004). Detached mindfulness and worry: a meta-cognitive analysis, *Personality and Individual Differences*, 37, 169-179.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse.* New York: The Guilford Press.
- Tanay, G., Lotan, G., & Bernstein, A. (2012). Salutory Proximal Processes and Distal Mood and Anxiety Vulnerability Outcomes of Mindfulness Training: A Pilot Preventive Intervention. *Behavior Therapy*, 43(3), 492–505.
- Vollestad, J., Sivertsen., B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.

Wells, A. (1999). A meta-cognition model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.

