

Effectiveness of Sahaja-Yoga Mindfulness Exercises on the Reduction of Depression, Anxiety and Stress in Women

Somayeh Dadashali, Samad Rahmati

اثربخشی تمرین‌های ذهن آگاهی ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان

سمیه داداشعلی^۱، صمد رحمتی^۲

پذیرش نهایی: ۹۵/۲/۳۰

پذیرش اولیه: ۹۴/۱۲/۹

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۳۰

Abstract

Increasing pressure of stressors along with anxiety and depression reduce the human being's ability to deal with simple issues of life. Women who are often facing with stressful situations are more fragile and vulnerable than men. The purpose of the present study was to investigate the effect of Sahaja-Yoga mindfulness exercises on reducing stress, anxiety and depression in women with Stress, anxiety and depression disorders. The Research design was Pre-test Post-test without control group. The statistical population of this research included 700 women who went to Tehran's Shahid Shirin health center. Based on the purpose of the study, 20 women were selected by the convenience sampling method. They were trained in 12 two-hour sessions which lasted 3 months. For the pre-test, post-test and the 3-month follow-up, depression, anxiety and stress scale was used to collect data. Analysis of variance with repeated measures and t- test were used to analyze the collected data. The results indicated that there was a significant difference between the pre-test and post-test in terms of the reduction of stress, anxiety and depression ($p < 0.01$). The same results were obtained after a 3-month follow-up ($p < 0.01$). So it seems that the Sahaja Yoga mindfulness exercise program, as a supplementary intervention, along with other common treatments can be useful for treating emotional problems of individuals, especially women.

Keywords: Mindfulness, Sahaja Yoga, Depression, Anxiety, Stress.

چکیده

فشار روز افزون عوامل استرس‌زا در کنار اضطراب و افسردگی توانایی انسان را در روبرو شدن با مسائل زندگی کاهش می‌دهد. زنان در مواجهه با این شرایط شکننده‌تر و آسیب‌پذیرتر از مردان هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تمرین‌های ذهن آگاهی ساهاجایوگا بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان بود. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۷۰۰ زن مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشت شهید شیرین تهران بود که با توجه به هدف پژوهش تعداد ۲۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در یک مداخله ۳ ماهه به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته آموزش دیدند. از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس برای جمع‌آوری اطلاعات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری ۳ ماهه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون t تحلیل شدند. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان معنی‌دار است ($p < 0.01$). این نتایج در پیگیری ۳ ماه بعد همچنان تداوم داشت ($p < 0.01$). بنابراین برنامه‌ی آموزش ذهن آگاهی ساهاجایوگا به نظر می‌رسد به عنوان یک مداخله‌ی مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی رایج مشکلات هیجانی به ویژه برای زنان موثر است.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، ساهاجایوگا، افسردگی، اضطراب، استرس.

۱. نویسنده مسئول) کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. sm.dadashali@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.



مقدمه

براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (نوربالا، محمدی، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰). فشار روز افزون عوامل استرس‌زا و همچنین اضطراب و افسردگی که در مقاطعی از زمان گریبان‌گیر انسان‌ها می‌شود، توانایی آنها را در روبرو شدن با مسائل زندگی کاهش می‌دهد (جوانمرد، ۱۳۸۶). افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات خلقی است که عمدتاً با عوامل اجتماعی و روانی ناشی از وقایع محیطی همراه است (فلاح زاده، غفاری کیا، کی‌اقبادی و سعادت، ۱۳۹۱). به گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۲۱ میلیون نفر از مردم جهان دچار افسردگی هستند، به طوری که این بیماری چهارمین بیماری شایع در سراسر جهان است و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ از رتبه چهارم به رتبه دوم برسد (عزیزی، حاتمی و جان‌قربانی، ۱۳۸۳). به طور کلی افسردگی با تغییر خلق همراه است و از نشانه‌های بارز آن خلق افسرده یا تحریک‌پذیر و از دست دادن علاقه و لذت است (حسن زاده طاهری، مقرب، اخباری، رایسون و حسن زاده طاهری، ۱۳۸۹). این اختلال معمولاً در زنان شدیدتر و متداول‌تر از مردان است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۱۵؛ ترجمه‌ی رضایی، ۱۳۹۴). افسردگی، حاکی از احساس غمگینی و اندوه شدید است که ممکن است از ناامیدی خفیف تا احساس یأس زیاد نوسان داشته باشد. غم و اندوه، کاهش نیروی درونی، مختل شدن تمرکز، اختلال در خواب و اشتها، دردهای فیزیکی، سردرد و مشکلات گوارشی از علائم افسردگی هستند. عملکرد فرد افسرده در مجموع از نظر فردی و اجتماعی دچار اختلال می‌شود (سیف‌صفاری، فیروزآبادی، غنی‌زاده و صالحی، ۱۳۹۲).

اضطراب حالتی است که با تغییرات شناختی مانند نگرانی و دلمشغولی نسبت به رویدادهای آینده، احساس بی‌قراری و تغییرات فیزیولوژیک مانند تعریق و لرزش همراه است (بلاک و هوکز^۲، ۲۰۰۵). این حس ناخوشایند با علائم فیزیولوژیک و

نشانه‌های روانی زیادی همراه است (اسملتزر و باری^۳، ۲۰۱۳). اضطراب تقریباً همواره در کنار افسردگی وجود دارد و تعیین تقدم و تأخر این دو اختلال در بیماران دشوار است (بسام پور، ۱۳۸۳). اختلالات اضطرابی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان شایع‌ترین اختلال روانی است، به طوری که بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، آمار این اختلالات در کشورهای در حال توسعه ۳۸/۶٪ و در کشورهای پیشرفته ۸۳/۲٪ است. همچنین در ایران اضطراب و افسردگی به ترتیب با شیوع ۲۰/۸٪ و ۲۰٪ در کل کشور در رأس اختلالات روانی قرار دارند (بسام پور، ۱۳۸۳). شیوع اضطراب در زنان معمولاً بیشتر از مردان است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

در زندگی مدرن استرس بیش از هر زمان دیگری وجود دارد و به عنوان علت احتمالی بیماری‌های رایجی مثل فشار خون، بیماری‌های قلبی، اضطراب و افسردگی شناخته شده است (منوچا^۴، ۲۰۰۳). استرس عبارت است از یک نشانگان عمومی انطباقی که ارگانیسم‌ها در پاسخ به شرایط محیطی آزاردهنده و یا ناشناخته از خود نشان می‌دهند (مرادی‌پناه، ۱۳۸۴). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که عامل استرس میان زنان و مردان متفاوت و عمدتاً در زنان بیشتر از مردان است (هندریکس، اسپنسر و گیپسون^۵، ۱۹۹۴). با توجه به میزان بالای مبتلایان به این اختلالات و تأثیرات منفی‌شان در تمام حیطه‌های زندگی افراد، درمان‌ها و مداخلات گوناگونی برای کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس به کار گرفته شده است که هرکدام دارای فواید و عوارض خاصی است. پژوهش‌ها عموماً در حیطه‌های دارودرمانی، درمان‌های شناختی-رفتاری بوده است (سعادت آبادی، ۱۳۹۰). به رغم آنکه داروها می‌توانند در درمان اختلالات خلقی موثر باشند، اما بطورکلی مصرف آنها با سه اشکال مواجه است: همه‌ی داروها دارای عوارض جانبی هستند؛ اثر بخشی آنها اغلب حالت موقتی دارد و تأثیر برخی داروها دیر اتفاق

³. Smeltzer & Bare

⁴. Manocha

⁵. Hendrix, Spencer & Gibson

¹. Kaplan & Saduk

². Black & Hawks



در درون خود احساس فزاینده‌ای از هماهنگی و رضایت را تجربه کند (سریواتساوا^۶، ۱۹۹۷). مدیتیشن می‌تواند موجب ایجاد امواجی در مغز شود که مشابه حالت‌های آرامش و خواب است (لو^۷ و همکاران، ۱۹۹۹).

تکنیک‌های متعددی از مدیتیشن جهت استفاده مراقبه‌گران وجود دارد، به عنوان نمونه، می‌توان به سه روش قابل توجه مراقبه متعالی (TM)^۸، ذهن‌آگاهی و ساهاجایوگا اشاره کرد. ساهاجایوگا^۹ به معنای یگانگی با قدرت درونی، یکی از انواع مراقبه است که توسط سریواتساوا در سال ۱۹۷۰ ابداع شده است. روش ساهاجایوگا ادعا دارد مسیر پاراسمپاتیک-لمبیک را که باعث آرامش ذهن و جسم می‌گردد، فعال می‌کند (منوچا، ۲۰۰۰). مراقبه‌ی ساهاجایوگا یک برنامه‌ی کاربردی ساده از تمرین سکوت و تکنیک‌های تنفسی در جهت کمک به افراد برای رسیدن به سکوت ذهنی است که در آن تمام توجه به دور از فعالیت‌های مزاحم ذهنی بر زمان حال متمرکز است (چانگ، بروکس، رای، بالک و رای^{۱۰}، ۲۰۱۲). هدف از مراقبه به روش ساهاجایوگا رسیدن به مرحله‌ی بی‌فکری یا آگاهی بدون فکر^{۱۱} است (منوچا، ۲۰۰۰). مزیت این روش درمانی این است که بدون عوارض جانبی است (منوچا، بلاک و ویلسون^{۱۲}، ۲۰۱۲).

هرناندز، سوارا، روبیا و گونزالسمورا^{۱۳} (۲۰۱۵) در یک مطالعه به ارزیابی فعالیت عصبی^{۱۴} افرادی که در حال انجام تمرینات ساهاجایوگا در حالت سکوت ذهنی^{۱۵} بودند، پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که فعالیت عصبی در آغاز جلسات ساهاجایوگا، فعالیت نواحی پیشانی^{۱۶} و گیجگاهی^{۱۷} افزایش می‌یابد و سپس به تدریج فعالیت با تمرین‌های

می‌افتد. به عنوان مثال اثر داروهای ضد افسردگی حدود ۲ تا ۶ هفته پس از مصرف آنها شروع خواهد شد (ساوسون، گرین‌هیل، ویگال، کالینز، استلی و دیویس^۱، ۲۰۰۶). با توجه به اینکه شواهد تجربی کافی مبنی بر تاثیر پایدار داروها محدود است و همچنین به دلیل عوارض جانبی دارودرمانی، نیاز به مداخلات جایگزین کم‌هزینه در کنار مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود (مینجاریز، ویلیامز، مرسیر و هاردان^۲، ۲۰۱۰). علاوه بر این در دو دهه ی اخیر، ملل مختلف بر استفاده مجدد از روش‌های سنتی خود در طب تاکید داشته و از طرفی رویکرد اخیر سازمان جهانی بهداشت احیا کردن پزشکی سنتی در مناطق مختلف جهان است (آذرگون و زیبائی، ۱۳۹۴). یکی از درمان‌های نوظهور در حوزه اختلالات خلقی و اضطرابی درمان‌های مبتنی بر یوگا، مراقبه و ذهن‌آگاهی است. یوگا و مراقبه یکی از این روش‌ها است که در تحقیقات مختلف سودمندی‌شان، بدون هر گونه عوارض جانبی نشان داده شده است (رای^۳، ۱۹۹۳؛ منوچا، ۲۰۰۳؛ اصفهانیان و شقاقی، ۱۳۸۵ و باوقار، ۱۳۸۳). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است تمرینات مدیتیشن^۴ به روش ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به بهبود قابل توجه در نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیمارانی شود که از درد مزمن رنج می‌برند (راد^۵، ۲۰۱۵).

مدیتیشن یا مراقبه به معنای متمرکز کردن ذهن است. این تمرکز می‌تواند روی یک صدا، عبارت دعا، شیء، تصویر، آگاهی از خویشتن، نحوه تنفس، فرایض دینی و مواردی از این نوع صورت گیرد. مراقبه شامل چند دقیقه نشستن در سکوت است تا به بدن اجازه دهد که آرام شود، ذهن از فعالیت‌های مشغول‌کننده در طول روز آزاد شده و توجه به درون برگردد. با این تمرین، حالتی از آرامش درونی به وجود می‌آید، نگرانی‌ها و اضطراب‌ها محو می‌شوند و مراقبه‌گر می‌آموزد که

6. Srivastava

7. Lou

8. Transcendental meditation

9. Sahaja Yoga

10. Chung, Brooks, Rai, Balk & Rai

11. thoughtless awareness

12. Black & Wilson

13. Hernandez, Suero, Rubia, & Gonza lez-Mora

14. Neural Activity

15. State of Mental Silence

16. frontal

17. temporal

1. Swanson, Greenhill, Wigal, Kollins, Stehli & Davies

2. Minjarez, Williams, Mercier & Hardan

3. Rai

4. Meditation

5. Rod



(گوته^۹، مکاولی^{۱۰}، ۲۰۱۵).

به طور کلی مرور پژوهش‌ها در حیطه‌ی درمان‌های مبتنی بر ساهاجایوگا نشان می‌دهد که این روش می‌تواند در درمان و تقلیل بعضی اختلالات از جمله اضطراب و افسردگی و استرس شغلی، آسم، علایم گرگرفتگی، فشار خون، صرع^{۱۱}، سردرد موثر باشد و می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی افراد شود. با وجود این‌که از روش‌های مختلفی تا کنون برای درمان مشکلات افسردگی، اضطراب و استرس در زنان استفاده شده است؛ اما این روش‌ها هزینه بر و در مواردی با عوارض جانبی هستند. به همین علت به نظر می‌رسد روش‌هایی مانند ذهن‌آگاهی ساهاجایوگا به تنهایی یا در کنار درمان‌های معمول می‌توانند گزینه‌های مناسبی برای درمان این مشکلات در زنان باشند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس در زنان است و فرضیه پژوهش این است که این روش می‌تواند موجب کاهش اضطراب، افسردگی و استرس در زنان شود.

روش

طرح این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون تک‌گروهی بود. در طرح دوره پیگیری ۳ ماهه نیز در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش کلیه‌ی زنان مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشت شهید شیرین (منطقه ۱۰ تهران) بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از این افراد، ۵۰ زن داوطلب برای شرکت در دوره‌های آموزشی انتخاب شدند و در مرحله‌ی بعد تعداد ۲۰ نفر که نمره پیش‌آزمون‌شان در مقیاس DASS بالاتر از نمره متوسط بود انتخاب شدند. برنامه آموزشی-درمانی ساهاجایوگا طی ۱۲ جلسه آموزش داده شد. بدین ترتیب که در روز سه‌شنبه هر هفته، ۱ جلسه آموزشی-درمانی ۲ ساعته در این مرکز برگزار گردید. میزان افسردگی، اضطراب و استرس

عمیق‌تر و قرار گرفتن در عمق سکوت کاهش یافته و در آخرین جلسه مراقبه فعالیت عصبی به قشر پیشانی تحتانی راست و قشر گیجگاهی فوقانی^۱ متمرکز شد.

روش ساهاجایوگا ادعا دارد در درمان استرس و بیماری‌های روان‌تنی موثر است. مطالعات اخیر تاثیر مثبت تمرین‌های ساهاجایوگا بر اختلالات مانند اضطراب، افسردگی، استرس شغلی، مشکلات دوران یائسگی، بیماری‌های قلبی، فشار خون، آسم و صرع نشان داده است (کاف^۲، ۱۹۸۷؛ رای، ۱۹۹۳؛ شارما، داس، ماندال، گوسوامی و گاندی^۳، ۲۰۰۶؛ منوچا، ۲۰۰۳؛ هاریسون، منوچا و روبیا^۴، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است انجام طولانی مدت تمرینات ساهاجایوگا بر رشد تندرستی، بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی^۵ موثر است (منوچا، بلاک و ویلسون، ۲۰۱۲). تاثیرات مثبت و معنادار ساهاجایوگا بر کنترل فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی نیز گزارش شده است (چانگ، بروکس، رای، بالک و رای، ۲۰۱۲). همچنین بی‌خطر و موثر بودن این روش برای مقابله با استرس شغلی، نشانه‌های افسردگی و خلق اضطرابی نشان داده شده است (منوچا، بلاک، ساریس و استو^۶، ۲۰۱۱؛ منوچا، مارکس، کنچینتون، پترز و سالومه^۷، ۲۰۰۲ و مورگان، ۲۰۰۱).

علاوه بر این بررسی تاثیرات کوتاه مدت یوگا بر میزان اضطراب زنان، نشان داد تنها با یک دوره‌ی ده روزه، میزان و آثار اضطراب به شکل معنی‌داری در بیماران دارای فشار خون بالا، بیماری‌های عروق کرونر، چاقی، مشکلات گردنه رحم و اختلالات روانی کاهش می‌یابد (گوپتا، خرا، ومپاتی، شارما و بیجلانی^۸، ۲۰۰۶). در مطالعات فراتحلیل نیز اثربخشی روش‌های ذهن‌آگاهی به تنهایی یا در کنار سایر روش‌های روان‌درمانی تایید شده است

¹ superior temporal cortex

² Chugh

³ Sharma, Das, Mondal, Goswami & Gandhi

⁴ Harrison, Manocha & Rubia

⁵ functional health

⁶ Sarris & Stough

⁷ Manocha, Marks, Kenchington, Peters & Salome

⁸ Gupta, Khera, Vempati, Sharma & Bijlani

⁹ Gothe

¹⁰ -McAuley



واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون T استفاده شد و تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS19 انجام شد.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (- DASS 21): این مقیاس دارای دو فرم کوتاه با ۲۱ سوال و فرم بلند ۴۲ سوالی است. در این مقیاس مفاهیم استرس ذهنی و اضطراب بدنی به عنوان دو پدیده جدا از هم در نظر گرفته شده است. این وسیله غربالگری وضعیت فرد را در طی ۷ روز گذشته می‌سنجد. فرم کوتاه در جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است و اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴). در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. هر سوال در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً درباره من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه شرکت‌کننده در جدول ۱ ارائه شده است.

شرکت‌کنندگان در دامنه‌ی سنی ۲۴-۵۶، با میانگین سنی ۳۷/۹ و انحراف معیار ۹/۰۹ قرار داشتند. ۹۰ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۱۰ درصد مجرد بودند که از این میان ۲۰ درصد شاغل و ۸۰ درصد خانه‌دار بودند. از لحاظ تحصیلات ۲۵ درصد زیر دیپلم، ۶۰ درصد دیپلم، ۱۰ درصد فوق‌دیپلم و ۵ درصد لیسانس بودند.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. نگاهی گذرا به اطلاعات جدول فوق نشان می‌دهد که با تمهیدات به عمل آمده بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی میانگین افسردگی، اضطراب و استرس به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است. این میانگین‌ها بعد از گذشت سه ماه در مرحله‌ی پیگیری همچنان پایدار بود. هر چند این

شرکت‌کنندگان قبل و بعد از اجرای تکنیک‌های ساهاجایوگا اندازه‌گیری شد. برنامه‌ی مداخله با استفاده از بسته‌ی آموزشی درمانی ساهاجایوگا (منوچا، ۲۰۰۱) اجرا شد. در هر جلسه به شرکت‌کنندگان تمرینات ذهنی ساهاجایوگا و مراقبه آموزش داده شد و درباره‌ی کانال چپ، کانال راست و یکی از مراکز نیروی درونی و مسیرها و ویژگی‌های هر یک، بیماری‌ها و اختلالات مربوط به آن در صورت عدم رسیدگی لازم، چگونگی درمان مشکلات ناشی از گرفتگی این کانال‌ها^۱ و مراکز، روش‌های مراقبه، پاک‌سازی‌های لازم و رژیم‌های غذایی مربوط آموزش داده شد.

در جلسه‌ی اول و دوم توضیحاتی درباره‌ی مراقبه، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به روش ساهاجایوگا همراه با میزان سودمندی این روش، ارزان بودن و راحتی آن و نداشتن عوارض خاص ناشی از اجرای این روش‌ها ذکر گردید. در ادامه درباره‌ی نحوه‌ی عملکرد مکانیسم ساهاجایوگا و تکنیک‌های آن بطور خلاصه توضیحاتی ارائه شد و شرکت‌کنندگان به صورت عملی بیداری انرژی کندالینی^۲ و قرارگرفتن در آگاهی بدون فکر^۳ را تجربه کردند. در جلسه‌ی سوم و چهارم سیستم ظریف بدن در ساهاجایوگا و نحوه پاک‌سازی دو کانال انرژی (کانال چپ و کانال راست) به صورت فیلم، اسلاید و جزوه‌های لازم آموزش داده شد. همچنین ارتباط این کانال‌ها با بیماری افسردگی، اضطراب و استرس توضیح داده شد. در جلسات چهارم تا یازدهم، در هر جلسه یک مرکز نیروی درونی همراه با نحوه‌ی پاک‌سازی و مراقبه بر روی آن مرکز به کمک فیلم، اسلاید و جزوه آموزش داده می‌شد. ضمناً شرکت‌کنندگان باید تکنیک‌های آموزش داده شده را روزی ۳۰ دقیقه در دو نوبت صبح و عصر در منزل نیز انجام می‌دادند. در جلسه‌ی دوازدهم، کلیه مطالب و تمرین‌ها به صورت خلاصه مرور گردید و در پایان جلسه پس از آزمون اجرا شد و در نهایت شرکت‌کنندگان فرم نظرسنجی را تکمیل کردند برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل

1. Channels

2. Kundalini

3. Thoughtless awareness



جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
سن		
۲۰-۳۰ سال	۴	۲۰
۳۰-۴۰ سال	۷	۳۵
۴۰-۵۰ سال	۷	۳۵
۵۰-۶۰ سال	۲	۱۰
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۸	۹۰
مجرد	۲	۱۰
وضعیت اشتغال		
شاغل	۴	۲۰
خانه دار	۱۶	۸۰
تحصیلات		
زیر دیپلم	۵	۲۵
دیپلم	۱۲	۶۰
فوق دیپلم	۲	۱۰
لیسانس	۱	۵

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و استرس

متغیرها	شاخص‌ها		
	گروه‌ها	فراوانی	میانگین
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۰	۱۴/۹۵
	پس‌آزمون	۲۰	۸/۹۰
	پیگیری	۲۰	۸/۷۵
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۰	۱۴/۴۵
	پس‌آزمون	۲۰	۷/۴۰
	پیگیری	۲۰	۷/۴۵
استرس	پیش‌آزمون	۲۰	۱۶/۱۵
	پس‌آزمون	۲۰	۸/۷۰
	پیگیری	۲۰	۹/۳۰

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر اعمال مداخلات درمانی-آموزشی بر افسردگی ($p < 0/01$)، اضطراب ($p < 0/01$) و استرس ($p < 0/01$) معنی‌دار است. میزان مجذور اتا^۱ یا اندازه تاثیر برای افسردگی ۰/۷۱، اضطراب ۰/۸۱ و استرس ۰/۹۱ بود که این میزان با ملاک‌های کوهن در حد بالاتر از سطح متوسط است و بنابر شرایط فوق می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات درمانی-آموزشی تمرین‌های ساهاجایوگا افسردگی، اضطراب و استرس زنان را تا حد زیادی کاهش می‌دهد. برای تجزیه و تحلیل تغییرات میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که حدوداً سه ماه بعد انجام شد، آزمون آماری T همبسته استفاده شد که نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتیجه‌گیری، استنباط بدون آزمون آماری است؛ اما در بررسی‌های دقیق‌تر بعدی، وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشخص شد. برای این منظور از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر و آزمون T استفاده شد (جدول ۳ و ۴).

تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماه بعد انجام شد. لازم به ذکر است قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتیجه این آزمون معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین داده‌ها مفروضه همگنی واریانس‌ها را زیر سوال نبرده و می‌توان از تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. خلاصه‌ی نتایج در جدول ۳ گزارش شده است.

^۱. Eta



جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی اثربخشی تمرین‌های ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس

متغیرها	معنی داری مفروضه کرویت	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	۰/۴۸۴	عامل	۵۰۰/۴۳۳	۲	۲۵۰/۳۲	۴۶/۵۶**	۰/۰۰۰	۰/۷۱
		خطا	۲۰۴/۲۳	۳۸	۵/۳۷			
اضطراب	۰/۹۰۴	عامل	۶۵۸/۰۳	۲	۳۲۹/۰۲	۷۹/۴۸**	۰/۰۰۰	۰/۸۱
		خطا	۱۵۷/۳۰	۳۸	۴/۱۴			
استرس	۰/۱۸۶	عامل	۶۸۵/۲۳	۲	۳۴۲/۶۲	۱۸۷/۵۱**	۰/۰۰۰	۰/۹۱
		خطا	۶۹/۴۳	۳۸	۱/۸۲			

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

جدول ۴. نتایج آزمون T همبسته برای مقایسه جفتی دوره‌های مداخله (پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری) اثر ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر	زوج‌های جفت شده	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	نسبت T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش آزمون-پس آزمون	۶/۰۵	۳/۳۵	۰/۷۴۸	۸/۰۸**	۱۹	۰/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	۶/۲۰	۲/۸۲	۰/۶۳۱	۹/۸۳**	۱۹	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	۰/۱۵	۳/۶۱	۰/۸۰۹	۰/۱۸	۱۹	۰/۸۵۵
	پیش آزمون-پس آزمون	۷/۰۵	۲/۷۲	۰/۶۰۹	۱۱/۵۸**	۱۹	۰/۰۰۰
اضطراب	پیش آزمون-پیگیری	۷/۰۰	۲/۹۷	۰/۶۶۵	۱۰/۵۳**	۱۹	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۲/۹۳	۰/۶۵۵	-۰/۰۸	۱۹	۰/۹۴۰
استرس	پیش آزمون-پس آزمون	۷/۴۵	۲/۰۹	۰/۴۶۷	۱۵/۹۴**	۱۹	۰/۰۰۰
	پیش آزمون-پیگیری	۶/۸۵	۲/۱۱	۰/۴۷۲	۱۴/۵۲**	۱۹	۰/۰۰۰
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۶۰	۱/۴۶	۰/۳۲۸	-۱/۸۳	۱۹	۰/۰۸۳

$p < 0/05^*$, $p < 0/01^{**}$

مثبت این روش را در اختلالات افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (منوچا، مارکس، کنچینتون، پترز و سالومه، ۲۰۰۲؛ رای، سکتجی و سینگ^۱، ۱۹۸۸؛ چانگ، بروکس، رای، بالک و رای^۲، ۲۰۱۲؛ گوپتا، خرا، ومپاتی، شارما و بیلانی^۳، ۲۰۰۶؛ اصفهانیان و شقاقی، ۱۳۸۵ و باوقار، ۱۳۸۲). این‌گرام، هیز و اسکات^۴ (۲۰۰۰)، برای ارزیابی کارایی درمان‌های روانشناختی ملاک‌هایی را مشخص کرده‌اند که عبارتند از: ۱- اندازه تغییر^۵ (میزان کاهش در علایمی که آماج اصلی درمان محسوب می‌شوند)، ۲- عمومیت تغییر^۶ (چه میزان تغییر در علایم مختلف یا موقعیت‌های شغلی یا بین فردی که آزمودنی با آن روبرو بوده است در طی درمان اتفاق افتاده است)،

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار در مقایسه‌ی جفتی تغییرات میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری وجود دارد. ولی این تفاوت در مقایسه جفتی بین تغییرات میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نبود. این نتایج تأیید می‌کند که مداخلات درمانی-آموزشی ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساهاجایوگا بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان بود. نتایج پژوهش حاکی از این بود که آموزش تمرین‌های ساهاجایوگا می‌تواند به طور معنی‌داری افسردگی، اضطراب و استرس زنان را کاهش دهد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که تاثیرات

¹. Rai, Setji S, & Singh

². Chung , Brooks , Rai, Balk

³. Khera, Vempati, Sharma & Bijlani,

⁴. Ingram, Hayes & Scott

⁵. magnitude of change

⁶. generality of change



استرس در مرحله پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نبود. یعنی اینکه میانگین نمرات تغییر نداشته و اثرات مداخله در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده بود. ۴- میزان پذیرش: نتایج نظرسنجی از شرکت‌کنندگان در پایان آموزش نشان داد که آنها از انجام تکالیف در منزل نیز لذت می‌بردند و با توجه به اینکه شرکت در دوره‌ها هزینه‌ای برایشان در بر نداشته و در برخی موارد منجر به قطع مصرف داروهایشان گردیده است، تمایل به ادامه‌ی شرکت در دوره‌های آموزشی ساهاجایوگا در سطوح بالاتر را اعلام داشتند. ۵- ایمنی: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش بعد از انجام مداخلات و پس از پیگیری سه ماهه هیچ‌گونه اثرات جانبی خاصی در شرکت‌کنندگان دیده نشد که این میزان ایمنی درمان را نشان می‌دهد، به‌علاوه این یافته‌ها در راستای نتایج به دست آمده با تحقیقات پیشین بود که سودمندی مداخلات ساهاجایوگا را بدون هرگونه عارضه جانبی خاصی نشان می‌داد (رای، ۱۹۹۳؛ منوچا، ۲۰۰۳). ۶- ثبات دست‌آوردهای درمان: نتایج پژوهش تأیید می‌کند که مداخلات درمانی-آموزشی ساهاجایوگا بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است. پیشنهاد می‌شود پیگیری آزمایش در طول زمان طولانی‌تری برای به دست آوردن نتایج دقیق‌تر صورت گیرد.

روش مراقبه ساهاجایوگا برنامه‌ای ساده از تمرین‌های مربوط به سکوت و تکنیک‌های تنفسی است که به فرد کمک می‌کند به وضعیت سکوت ذهنی و آرامش دست یافته، توجه فرد به لحظه حال معطوف می‌شود و فرد از فعالیت‌های ذهنی غیرضروری فارغ گردد (چانگ، بروکس، رای، بالک و رای^۵، ۲۰۱۲). مکانیسم اثرگذاری تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساهاجایوگا به این صورت است که فرد در اثر مواجهه با افکار و هیجان‌های آزاردهنده توانایی پذیرش آنها را بدون قضاوت کردن به دست می‌آورد و این وضعیت منجر به پردازش هیجانی می‌شود. به نظر می‌رسد مهمترین مسئله در به کارگیری این روش روی مراجعان ایرانی این است

۳- کلیت تغییر^۱ (درصد افرادی که تغییر مثبت نشان داده‌اند در برابر درصد افرادی که تغییر نکرده‌اند و یا اینکه تغییر آنها منفی بوده و بدتر شده‌اند)، ۴- میزان پذیرش^۲ (چقدر احتمال دارد افراد فرایند درمان را به طور کامل به اتمام برسانند در برابر اینکه چقدر از آنها افت می‌کنند و درمان را به طور کامل به اتمام نمی‌رسانند)، ۵- ایمنی^۳ (احتمال گرفتارهای ناخوشایند یا اثرات جانبی) و ۶- ثبات^۴ (نتایج دستاوردهای درمانی تا چه مدت زمان تداوم داشته است). آنها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید براساس این شش متغیر بررسی کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز در پرتو این شش متغیر بررسی می‌شوند:

۱- اندازه تغییر: در پژوهش حاضر میزان افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان آماج اصلی مداخلات درمانی-آموزشی ساهاجایوگا در نظر گرفته شدند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که کاهش قابل توجهی در میزان افسردگی، اضطراب و استرس پس از دریافت مداخله رخ داده است. ۲. عمومیت تغییر: با توجه به رویکرد درمانی ساهاجایوگا که یک رویکرد کل‌نگر است و یافته‌های پژوهش حاضر علاوه بر کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبه‌گران، این شرکت‌کنندگان رضایت‌مندی خود را در بهبود روابط بین فردی با همسر و فرزندانشان را بیان داشتند که این امر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی ملاک عمومیت تغییر در ابعاد مختلف روابط فردی، زناشویی و اجتماعی باشد، قابل ذکر است که برای سنجش تغییر به صورت دقیق در این ابعاد نیاز به انجام آزمون‌های دقیق است. ۳- کلیت تغییر: مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر این است که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان پس از دریافت مداخلات درمانی-آموزشی ساهاجایوگا کاهش یافته است و این تغییر معنی‌دار بوده است. در مرحله پیگیری که به مدت ۳ ماه بود بین تغییرات میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و

1. universality of change

2. acceptability

3. safety

4. stability

5. Chung, Brooks, Rai, Balk & Rai



New York: Saunders.

Chugh, D. (1987). Effects of Sahaja Yoga practice on patients of psychosomatic diseases. Doctor of Medicine thesis, Delhi University.

Chung, S. C. Brooks, M. M., Rai, M., Balk, J. L., & Rai, S. (2012). Effect of Sahaja yoga meditation on quality of life, anxiety, and blood pressure control. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(6), 589-596.

Esfahanian, Y. (2004). The effect of doing yoga on anxiety. [MA Thesis], Tehran: Payamenoor University. [Persian]

Falahzadeh, M., Ghafarikia, H., Kaighobadi, N., & Saadati, H. (2012). Compare of rates Depression, Anxiety and Stress in housewives and employed women in the city of Shiraz. *Journal of School of Public Health*, 13 (1), 123-115. [Persian]

Gothe, N.P., & McAuley, E. (2015). Yoga and Cognition: A meta-analysis of chronic and acute effects. *Psychosomatic Medicine*, 77(7), 784-97.

Javanmard, G. H. (2008). *Psychopathology 2*. Tehran: Payamenoor University Publication. [Persian]

Gupta, N., Khera, S., Vempati, R.P., Sharma, R. & Bijlani, R.L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian Journal Physiological Pharmacology*, 50 (1), 7-41.

Hasanzadehtaheri, M., Mogharab, M., Akhbari, S., Raeisoon, M., Hasanzadehtaheri, E. Prevalence of depression among new registered students in Birjand University of Medical Sciences in the academic year 2009-2010. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 18(2), 109-16. [Persian]

Harrison L. J., Manocha, R., & Rubia, K. (2004). Sahaja Yoga meditation as a family treatment programme for children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 479-497.

Hendrix, W. H., Spencer, B. A., & Gibson, G. S. (1994). Organizational and extra organizational factors affecting stress, employee well-being, and absenteeism for males and females. *Journal of Business and Psychology*, 9, 103-128.

Hernández, S., Suero, j., Rubia, k., & Gonzalez-Mora, J. (2015). Monitoring the Neural Activity of the State of Mental Silence While Practicing Sahaja Yoga Meditation. *Journal of alternative and complementary medicine*, 21 (3), 175-179.

Ingram, A. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis. In C. R. Snyder R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Kaplan, H., & Saduk, B. (2015). *Synopsis of Clinical Psychiatry*. (Translator Rezei, Farzin). Tehran: Arjmand Publication. [Persian]

Lou, HC., Kjaer, TW., Friberg, L., Wildschiodtz, G., Holm, S., & Nowak, M. (1999). A 15O-H2O PET study of meditation and the resting state of normal

که مراجع با منطق درمان آشنا شود و منطق درمان را بپذیرد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی ساهاجویوگا در ذهن اغلب مردم با کلیشه‌هایی مانند درمان‌های متعلق به طبقات بالا و مرفه و بدون دردهای واقعی تداعی می‌شود؛ بنابراین اولین گام درمانگران و پژوهشگران باید این باشد که بررسی کنند چطور می‌توان این کلیشه‌ها را کمرنگ کرد و از چه شیوه‌هایی می‌توان برای انتقال منطق درمان‌های ذهن‌آگاهی استفاده کرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌شدن تعداد شرکت‌کنندگان در جریان درمان نبود امکانات برای اجرای کامل تمرین‌های ساهاجایوگا و نداشتن شرایط برای در نظر گرفتن گروه کنترل اشاره کرد که این عوامل در کل اعتبار درونی پژوهش را ضعیف کند. به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و همسویی آن با پژوهش‌های قبلی در این راستا می‌توان گفت مداخلات ساهاجایوگا را می‌توان برای درمان استرس، افسردگی و اضطراب به کار گرفت که نسبت به درمان‌های دیگر از نظر هزینه مقرون به صرفه‌تر و همچنین فاقد هرگونه عوارض جانبی است. پیشنهاد می‌شود که اجرای این آزمایش در مردان و یا در گروه‌های سنی دیگر و با تعداد بیشتری از شرکت‌کنندگان و در دوره زمانی طولانی‌تر در کنار استفاده از گروه کنترل انجام شود.

منابع

Azizi, F., Hatami, H., Janghorbani, M. (2004). Epidemiology and control of prevalent disease in Iran. Tehran: Eshtiyagh. [Persian]

Azargoon, A., Zibaei, M. (2015). The health system approach to the complementary and alternative medicine. *Journal of Research Health*, 5(1), 1-2. [Persian]

Bassampour, S.H. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of patients undergoing open heart surgery. *Payesh Journal*, 3(2), 132-144. [Persian]

Bavaghar, S. (2004). The effect of yoga exercises on psychological and physiological factors in Women. [MA Thesis], Iran, Hamedan Bu-Ali Sina University. [Persian]

Blackm, J., & Hawks, J. (2005). *Medical-surgical nursing: management for positive outcomes*. 8th ed.



143-147.

Saadatabadi, M. (2011) Which Symptoms of ADHD Would Improve with Play Therapy and Yoga? Iranian Journal of Exceptional Children, 11(1), 45-56. [Persian]

Sahebi, A., Asghari, M., & Salari, R. (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Iranian Psychologists, 1(4), 36-54. [Persian]

Seifsafari, Sh., Firoozabadi, A., Ghanizadeh, A., & Salehi, A. (2013). A symptom profile analysis of depression in a sample of Iranian patients. Iranian Journal of Medical Sciences, 38(1), 22-29.

Smeltzer, S., & Bare, B. (2013). Textbook of medical-surgical nursing. Newyork: Lippincott Williams & Wilkins.

Srivastava, N.D. (2013). The book of adi shakti: Culture of spirit. Italy: Cultura della Madre.

Srivastava, N.D. (1997). Meta modern era. New Delhi: Ritana Press.

Swanson, J., Greenhill, L., Wigal, T., Kollins, S., & Stehli, A., Davies, M. (2006). Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45(11), 1304-1313.

Sharma, V. K., Das, S., Mondal, S., Goswami, U., & Gandhi, A. (2006). Effect of Sahaja Yoga on neuro cognitive functions in patients suffering from major depression. Indian Journal of Physiology and Pharmacology, 50(4), 375-383.

consciousness. Journal of Human Brain Map, 7(2), 98-105.

Morgan, D. (2001). Sahaja Yoga: an ancient path to modern mental health? Transpersonal Psychology Review, 4, (4), 41-49.

Manocha, R. (2000). Why meditation? Australian Family Physician December, 29(12), 1135-1138.

Manocha, R. (2001). Researching meditation: clinical applications in healthcare. Diversity Australian Complementary Health Association, 2 (5), 2-10.

Manocha, R., Marks, G. B., Kenchington, P., Peters, D., & Salome, S. M. (2002). Sahaja yoga in the management of moderate to severe asthma: a randomized controlled trial. Journal of Thorax, 57(2), 110-115.

Manocha, R. (2003). A preliminary study of Sahaja Yoga Meditation as a treatment for hot flashes and other menopausal symptoms. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2(2), 23-38.

Manocha, R., Black, D., Sarris, j., Stough, C. (2011). A Randomized, Controlled Trial of Meditation for Work Stress, Anxiety and Depressed Mood in Full-Time Workers. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 96, 1-8.

Manocha, R., Black, D., Wilson, L. (2012). Quality of Life and Functional Health Status of Long-Term Meditators. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 6, 1-9.

Minjarez, M.B., Williams, S.E., Mercier, E.M., & Hardan, A.Y. (2010). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(1), 92-101.

Moradipanah, F. (2005). The effect of light music on anxiety and stress and depression in heart problems patients. [MA Thesis], Tarbiat Modarres University. [Persian]

Nourbala, A., Mohammadi, K., Bagheri yazdi, A., & Yasami, M. (2001). Look on the face of mental health in Iran. Ministry of health and medical education. [Persian]

Panjwani, U., Gupta, H. L., Singh, S. H., Slevamurthy, W., & Rai U. C. (1995). Effect of Sahaja Yoga practice on stress management in patients with epilepsy. Indian Journal of Physiology and Pharmacology, 39, 111-116.

Rai, U.C., Setji, S, & Singh, S. H. (1988). Some effects of Sahaja Yoga and its role in prevention of stress disorders. Journal of International Medical Sciences, 8(4), 19-23.

Rai, U. C. (1993). Medical science enlightened: new insight into vibratory awareness for holistic. Medical science enlightened, New Delhi: Life Eternal Trust, 129-143.

Rod, k. (2015). Observing the Effects of Mindfulness-Based Meditation on Anxiety and Depression in Chronic Pain Patients. International Journal of Psychology and Behavioral Sciences, 5(4):