

اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

سجاد بشرپور^{۱*}، نسیم محمدی^۲ و سارا اسدی شیشه‌گران^۲
تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۲

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان سرپرست خانوار زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند (N= ۶۸۷) که از بین آن‌ها، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به گونه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد. برای گردآوری داده‌ها در دو مرحله پیش و پس‌آزمون از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون آماري کویاریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مورد تایید قرار گرفته است به گونه‌ای که زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش نسبت به زنان گروه کنترل نمره‌های بیش‌تری در پس‌آزمون کیفیت زندگی بدست آوردند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مؤثر است. لذا می‌توان از آن به عنوان ابزاری سودمند برای بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار.

^۱ - دانشیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

^۲ - کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی.

پیشگفتار

خانواده کانونی است که بسیاری از آسیب‌ها و مسایل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابانی، کودک آزاری، فرار از خانه و ... از آن سر بر می‌آورد. عوامل متعددی از جمله طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و مرگ همسر می‌تواند موجب تغییر ساختار خانواده شود و پدیده خانواده‌های تک والدی با سرپرستی زنان را در پی داشته باشد (Fahhey, Keilthy and Polek, 2012). سازمان بین‌المللی کار (ILO) زنان سرپرست خانواده را شامل خانواده‌هایی می‌داند که مردان بالغ در آن به دلیل طلاق، جدایی، مهاجرت و ازدواج نکردن یا بیوه‌گی وجود ندارد یا در صورت حضور سهمی در درآمدهای خانواده ندارند مانند مردان معتاد، بیکار، متواری یا از کار افتاده (Zarhani, 2011). می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار جزء اقشار فقیر جامعه هستند. شاید علت این امر ناشی از نبود پشتوانه‌های اقتصادی-اجتماعی، دسترسی نداشتن به شغل مناسب و نداشتن مهارت و ... باشد (Rimaz, Dastorpoor, Vesali Azarsharbiani, 2014). افزون بر این، زنان سرپرست خانوار به دلیل ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای فرزندان، از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان، اداره امور خانه، کار در خارج از خانه با دستمزد پایین با استرس، با مسایل و مشکلات روحی و روانی بیش‌تری روبه‌رو هستند (Herbst, 2010). بنابراین، چالش‌های زندگی این قبیل زنان زیاد و جدی است و لزوم توانمندسازی روانی آنان در کنار سایر خدمات اجتماعی و اقتصادی افراد دارای اهمیت است. دیویس به این نکته اشاره می‌کند که توانمندسازی روان‌شناختی زنان به ارتقاء کیفیت مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد (Davis, 2010). توانمندسازی زنان به این معناست که آن‌ها بر شرم بی‌مورد خود چیره شوند، کردار و گفتارشان پر از اعتماد به نفس و اطمینان خاطر باشد، قادر به ارزیابی درست و شناخت واقعی خویش باشند، به استعدادها و تنگناهای درونی خویش آگاه باشند، قدرت رویارویی با دشواری‌ها را داشته باشند، از توانایی و قابلیت نیل به هدف‌های خویش برخوردار باشند و بتوانند با افزایش توانمندی به هدف مورد نظر برسند. روان‌شناسان بر این باورند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطرابی بیش‌تر را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج بدست آمده احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنان سرپرست خانوار از افراد متاهل و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیش‌تر است (Connell, Brazier, o'Cathain, Liloyd, Jones and Paisley, 2012).

نداشتن همسر می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. کیفیت زندگی از نظر واژه‌ای به معنی چگونگی زندگی کردن است. برخی از پژوهشگران این واژه را پیچیده‌تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف کرد. برخی از کارشناسان در مورد ذهنی بودن و

پویا بودن این مفهوم توافق دارند. بیش تر آن‌ها باور دارند که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و دربرگیرنده حقایق مثبت و منفی زندگی است. از سوی دیگر، برخی آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌کنند؛ به این معنا که حتما باید به وسیله خود شخص، و براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین شود (Golpoor, Abolghasemi, Ahadi and Narimani, 2013). در واقع کیفیت زندگی نگرش ذهنی فرد نسبت به جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی محیطی است که در آن زندگی می‌کند و به سادگی قابل توصیف نمی‌باشد. کیفیت زندگی دارای شش بعد جسمانی، روان‌شناختی، سطوح استقلال، روابط اجتماعی، محیطی و معنوی است (Lee, 2008)

رویکردهای آموزشی مختلفی به طور گسترده در زمینه آموزش و بهبود تعاملات و سلامت روانی افراد به کار رفته‌اند. رویکردهای روان‌شناختی مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ می‌توانند برای درمان انواع گوناگونی از استرس‌های روان‌شناختی و یا حل اختلافات و بهبود کیفیت زندگی موثر می‌باشد (Yoshimasu, Oga, 2012; Kagaya, Kitabayashi and Kanaya, 2012). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی مداخله روانی- آموزشی است که به افراد در راستای تمرین مراقبه ذهنی- بدنی کمک می‌کند و با هدف کاهش استرس و بهبود سلامتی بکار برده می‌شود. ذهن‌آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (Walsh, Balian, Smolira, 2009; Fredericksen and Madsen, 2009). در این الگو در واقع ذهن‌آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عامدانه شخص نسبت به تجربه‌ای است که در حال حاضر در جریان است، این توجه دارای ویژگی غیر قضاوتی و همراه با پذیرش است (Rosenzweig, Greeson, Reibel, Jasser and 2010; Beasley, 2010). به نظر می‌رسد، مکانیسم اصلی ذهن‌آگاهی خود کنترلی توجه باشد؛ چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (Sample, Reid and Miller, 2005). ریماز و همکارانش (Rimaz Dastorpoor, 2014; Vesali Azarsharbani, saepoor, Beigi and Nejat, 2014) در پژوهش خود به این نتایج رسیده‌اند که در میان حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی، حیطه سلامت محیط و رابطه اجتماعی به ترتیب کم‌ترین (۹/۸۷) و بیش‌ترین (۱۲/۶۱) نمره را به خود اختصاص دادند و متغیر سن و نیز متغیر بیماری‌های فعلی با حیطه سلامت جسمانی، روانی و نمره کلی کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و معکوسی دارد و تاثیر این متغیر در دامنه سلامت روان از سایر حیطه‌های یاد شده بیش‌تر است نتایج به دست آمده در پژوهش هاشمی نصرت آباد، فرخ زاده،

^۱ - Mindfulness

خانجانی و عباسی حاکی از تاثیر مداخله روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود رفتارهای مادران دارای کودکان دچار بیماری‌های مزمن است و نیز در افزایش کیفیت زندگی و لذت بردن از زندگی و کاهش نشانه‌های فیزیکی موثر بوده است (Hashemi Nosratabadi, Rastegar Farajzadeh, Khanjani and Mashinchi Abasi, 2015). فلوگل و همکاران (Flugel, Colle, Cha, Loehrer, Bauer and Wahner-Roedler, 2010) در پژوهش خود نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، مقدار فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی زنان می‌شود. کوکوسکی، فلمینگ، هاولی، هوتا و آنتونی (Kocovski, Fleming, Hawley, Huta and Antony, 2013) در مطالعاتی که بمنظور بررسی اثربخشی برنامه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که این مداخله منجر به کاهش معنادار شدت نشانه‌های اضطرابی، افسردگی، نشخوارفکری و افزایش معنی‌داری در میزان ذهن‌آگاهی و پذیرش می‌گردد. نتایج مطالعه دسا و همکاران نشان داد افزایش ذهن‌آگاهی تاثیر فیزیولوژیکی سودمندی در افراد مبتلا به PTSD دارد (Dessa, Kyle and Wilfred, 2014). پارتو و بشارت (Parto and Basharat, 2011) این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی پایین ارتباط مثبتی با ناراحتی‌های روان‌شناختی دارد و وجود ذهن‌آگاهی با سلامت‌روانی در ارتباط است. وود، جانزلز و بردن (Wood, Gonzalez and Bardan, 2015) نشان دادند درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان موثر باشد. استافورد، توماس، فولی، جاد، گیبسون، کومیتی و همکاران (Stafford, Thomas, Foley, Judd, Gibson, Komiti and et al, 2015) نشان دادند مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. ناکامورا، لپسچیتزا، لاندوارب، کانا و وسب (Nakamura, Lipschitz, Landwardb, Kuhna and Westb, 2011) تاثیر دو جلسه آموزش ذهن‌آگاهی را بر روی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار روانی پس‌آسیبی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از تاییدگذاری آموزش بر بهبود کیفیت خواب بود اما از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری به دست نیامد. ناوارت-ناوارت، پراتا-رامیرز، سابیو، مارتینز-یگو، سانتوس-رویو و جیمنز-آلونسو (Navarrete-Navareete, Peralta-Ramirez, Sabio, Martinez-Navarrete, Egea, Santos-Ruiz and Jimenez-Alonso, 2010) به بررسی شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به SLE و تغییرات آن‌ها پس از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان از بهبود قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران داشت. فوردهام، گریفیث و باندی (Fordham, Griffiths and Bundy, 2010) به بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج مطالعه آنان نشان از بهبود قابل توجه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران داشت.

2015) نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و شدت نشانه‌های بیماران مبتلا به پسوریازیس موثر است.

از دست دادن همسر به عنوان یک رویداد آسیب‌زا و پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی متناسب آن نظیر افسردگی، اضطراب، فقر، ... زنان سرپرست خانوار را در معرض ابتلا به انواع آسیب‌های روانی و اجتماعی قرار می‌دهد و کیفیت زندگی این گروه از افراد جامعه را کاهش می‌دهد. در سال‌های اخیر این رویکردهای آموزشی زیادی برای مداخله در این وضعیت وجود دارند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی مطابقت بیشتری می‌تواند با حالت‌های هیجانی و روانی ایجاد شده در این افراد داشته باشد لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده تمامی زنان سرپرست خانوار کمیته امداد شهر رشت است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ در شهر رشت زندگی می‌کردند و زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی قرار داشتند ($N=687$). معیارهای ورود زنان برای شرکت در این پژوهش شامل مرگ همسر در طول ۲ و ۳ سال اخیر، نداشتن سرپرست دایم، دارا بودن کم‌ترین تحصیلات، و ساکن در شهر رشت بودند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شهر رشت است که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به تصادف در دو گروه گمارده شدند. لذا، ۱۵ نفر از آن‌ها در گروه آزمایشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه کیفیت‌زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF): در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت‌زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. این فرم ۲۶ سوال دارد. دو گویه این مقیاس برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است که تنها در جمع کل نمره‌ها لحاظ می‌شود. روی هم رفته، این پرسش‌نامه چهار خرده‌مقیاس حیطه سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روانی (۶ گویه)، روابط اجتماعی (۲ گویه) و سلامت محیط (۸ گویه) را می‌سنجد. نمره هر گویه در حیطه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی ام) تا ۵ (خیلی زیاد،

همیشه، خیلی راضی‌ام) قرار دارد. گفتنی است که سوال‌های ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده به وسیله گروه سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. این پرسش‌نامه در ایران به وسیله نجات استانداردسازی شده است. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط ۰/۸۰ گزارش شده است (Salari, Roshan and Moghadasian, 2015).

روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی: پروتکل آموزشی برگرفته از کرین (۲۰۱۲)، در جدول زیر ارائه گردیده است. روش آموزشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت یک الی یک و نیم ساعت آموزش داده شد. مراحل اجرای برنامه آموزشی به صورت زیر می‌باشد:

جلسه نخست	برقراری ارتباط، تعریف و مفهوم‌سازی و لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی
جلسه دوم	آشنایی با روش تن‌آرامی، آموزش تن‌آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلات پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، و پیشانی
جلسه سوم	آموزش تن‌آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه، آرواره‌ها، پیشانی و لب‌ها و تکالیف خانگی تن‌آرامی
جلسه چهارم	آموزش ذهن‌آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه گذشته، آشنایی با روش ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه
جلسه پنجم	آموزش روش پویش بدن: آموزش روش توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکت آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و ...)، تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)

جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و نا خوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات منفی و مثبت روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها
جلسه هفتم	ذهن آگاهی کامل: تکرار آموزش جلسه‌های ۴، ۵، و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
جلسه هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسه‌های گذشته و اجرای پس آزمون‌ها

روشی گردآوری داده‌ها

در این پژوهش برای گردآوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوز از کمیته امداد امام خمینی شهر رشت مبنی بر اجرای طرح، با مراجعه به پرونده زنان سرپرست خانوار و با تماس با هریک از آنان، زنانی که مایل به شرکت در این طرح بودند شناسایی شدند. لذا، روش نمونه‌گیری این پژوهش دردسترس می‌باشد. از آن‌جا که افراد شرکت‌کننده در گروه‌ها می‌بایست پرسش‌نامه پژوهش را پاسخ می‌دادند، لذا شرط ورود در پژوهش، برخورداری از سواد کافی بود. پرسش‌نامه کیفیت‌زندگی سازمان بهداشت جهانی برای بدست آوردن نمره‌های پیش‌آزمون، پیش از اجرای متغیر مداخله‌ای (جلسه‌های آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) در مورد آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش در حضور پژوهشگر به اجرا در آمد. سپس جلسه‌های آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده به مدت ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد؛ گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسه‌های آموزشی، هر دو گروه برای بدست آوردن نمره‌های پس‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در این پژوهش بمنظور تحلیل داده‌ها، از آزمون آماری تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش با میانگین (انحراف معیار) سنی، ۴۶/۷۳، ۹/۰۱ و ۱۵ نفر در گروه کنترل با میانگین (انحراف معیار) سنی، ۴۷/۳۳، ۸/۳۶ در این مطالعه شرکت داشته‌اند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمودنی در متغیر کیفیت زندگی.

نوع آزمون	عضویت گروهی		آزمایش		کنترل	
	SD	M	SD	M	SD	M
پیش آزمون						
		کیفیت زندگی	۵۸/۶۶	۳/۳۴	۶۳/۲۰	۲/۶۵
		حیطه جسمانی	۱۸/۶۰	۱/۲۴	۲۰/۰۶	۰/۹۳
		حیطه روان‌شناختی	۱۵	۰/۷۱	۱۵/۹۳	۰/۶۷
		حیطه روابط اجتماعی	۷	۰/۴۱	۷/۳۳	۰/۳۸
پس آزمون						
		کیفیت زندگی	۸۸/۱۳	۶/۲۷	۱۹/۸۶	۰/۹۸
		حیطه جسمانی	۲۶/۶۰	۲/۴۱	۱۹/۰۶	۲/۹۳
		حیطه روان‌شناختی	۲۲/۷۳	۰/۸۸	۲۲/۷۳	۰/۸۸
		حیطه روابط اجتماعی	۱۰/۸۶	۰/۹۱	۸/۵۳	۱/۳۰
	حیطه محیطی	۲۷/۴۰	۳/۴۸	۲۰/۷۳	۲/۵۷	

در جدول ۱ به بررسی میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و زیر مولفه‌های آن (حیطه جسمانی، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیطی) دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شد.

جدول ۲- نتایج آزمون‌های کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه آزمودنی در زیر مولفه‌های کیفیت زندگی.

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF غلط	Sig	ضریب ایتا
اثر پیلایی	۰/۹۳	۷۶/۸۷	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳
لابدای ویلکز	۰/۰۶	۷۶/۸۷	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳
اثر هوتلینگ	۱۴/۶۴	۷۶/۸۷	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۴/۶۴	۷۶/۸۷	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، یافته‌های ناشی از تحلیل کواریانس چندمتغیری حاکی از این است که مقدار F چندمتغیری (۷۶/۸۷) در سطح معناداری (۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشد. لذا، می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته تفاوتی معنادار وجود دارد.

جدول ۳- نتایج آزمون کواریانس چند متغیری برای مقایسه تاثیر زیر مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی.

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مقدار تاثیر
اثر پیش آزمون	حیطه جسمانی	۳/۳۶	۱	۳/۳۶	۰/۶۰	۰/۴۴	۰/۰۲
	حیطه روان‌شناختی	۳۰/۲۲	۱	۳۰/۲۲	۵/۴۳	۰/۰۲	۰/۱۸
	حیطه روابط اجتماعی	۳۸/۴۹	۱	۳۸/۴۹	۶/۹۲	۰/۰۱	۰/۲۲
عضویت گروهی	حیطه محیطی	۵۲/۶۶	۱	۵۲/۶۶	۹/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۲۸
	حیطه جسمانی	۴۰۲/۵۴	۱	۴۰۲/۵۴	۷۲/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	حیطه روان‌شناختی	۴۳۶/۹۸	۱	۴۳۶/۹۸	۲۳۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰
عضویت گروهی	حیطه روابط اجتماعی	۸۸/۱۵	۱	۸۸/۱۵	۱۲۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	حیطه محیطی	۳۵۷/۴۴	۱	۳۵۷/۴۴	۵۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰

نتایج جدول بالا نشان می‌دهند که پس از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوتی معنی‌دار بین نمره‌های پس‌آزمون دو گروه در هریک از زیر مولفه‌های کیفیت زندگی (حیطه جسمانی (۰/۰۰۱) $(F=۷۲/۴۲, P<۰/۰۰۱)$ ، حیطه روان‌شناختی (۰/۰۰۱) $(F=۲۳۶/۰۶, P<۰/۰۰۱)$ ، حیطه روابط اجتماعی (۰/۰۰۱) $(F=۱۲۲/۹۳, P<۰/۰۰۱)$ و حیطه محیطی (۰/۰۰۱) $(F=۵۸/۳۷, P<۰/۰۰۱)$ وجود دارد.

جدول ۴- نتایج آزمون واریانس برای مقایسه تاثیر متغیر کیفیت زندگی.

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مقدار تاثیر
اثر پیش آزمون	کیفیت زندگی	۱۲/۴۹	۱	۱۲/۴۹	۲/۹۵	۰/۰۹	۰/۰۹
عضویت گروهی	کیفیت زندگی	۴۸۶۳/۶۶	۱	۴۸۶۳/۶۶	۱۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰

نتایج جدول بالا نشان می‌دهند که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوتی معنی‌دار بین نمره‌های پس‌آزمون دو گروه در متغیر کیفیت زندگی (۰/۰۰۱) $(F=۱۱۱/۹۲, P<۰/۰۰۱)$ وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر رشت بود. نتایج پژوهش نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی منجر به ارتقای کیفیت زندگی و مولفه‌های حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی در زنان سرپرست خانوار شده است. با توجه به این که زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تمرین‌های ذهن‌آگاهی به گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تاثیر می‌گذارد. به این ترتیب این روش می‌بایست موجب

افزایش کیفیت زندگی شود. بر اساس نتایج پژوهش، گروه آزمایش که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای مربوط به مولفه‌های کیفیت زندگی بهبود معنادار و پایاتری نشان دادند. نتایج بدست آمده از این پژوهش با یافته‌های ریماز و همکارانش (Rimaz Dastorpoor, Vesali Azarsharbiani, saepoor, Beigi and Nejat, 2014)، فلوگل و همکاران (Flugel Colle, Cha, Loehrer, Bauer and Wahner- (2010)، کوکوسکی، فلمینگ، هاوولی، هوتا و آنتونی (Kocovski, Fleming, Hawley, (2010)، هوتا و آنتونی (Huta and Antony, 2013)، دسا و همکاران (Dessa, Kyle and Wilfred, 2014)، پارتو و بشارت (Parto and Basharat, 2011)، وود، جانزلز و بردن (Wood, Gonzalez and Bardan, 2015)، استافورد، توماس، فولی، جاد، گیبسون، کومیتی و همکاران (Stafford, Thomas, (2015)، فولی، جاد، گیبسون، کومیتی و همکاران (Foley, Judd, Gibson, Komiti and et al, 2015)، ناکامورا، لپسچیتزا، لاندوارب، کانا و وسب (Nakamura, Lipschitz, Landwardb, Kuhna and Westb, 2011)، ناورت-ناوارت، پرتال-رامیرز، سابیو، مارتینز-یگو، سانتوس-رویز و جیمینز-آلونسو (Navarrete-Navareete, Peralta-Navarrete, Ramirez, Sabio, Martinez-Egea, Santos-Ruiz and Jimenez-Alonso, 2010) و فوردهام، گریفیث و باندی (Fordham, Griffiths and Bundy, 2015) همسوست. نتایج آن‌ها بیانگر این بود که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی تاثیرگذار است و حضور ذهن از راه خودتنظیمی توجه به وسیله فعالیت‌های مراقبه بر مولفه‌های کیفیت زندگی اثر می‌گذارد.

در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان اینگونه استدلال کرد که بنظر می‌رسد با توجه به محتوای جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاکید بر بکارگیری روش‌هایی برای کاهش استری و هوشیار بودن نسبت به وضعیت خود می‌باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش موجود خود نسبت به وضعیت خود می‌باشد. رها کردن مبارزه و پذیرش موجود خود بدون قضاوت اصلی و اساسی در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. در واقع، پذیرش بدون قضاوت با کیفیت زندگی ارتباط دارد (Nyklíček, Karlijn & Kuijpers, 2008). هدف کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی افزایش هوشیاری لحظه به لحظه می‌باشد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی روشی نوین و شخصی در رویارویی فرد با استرس را فراهم می‌آورد. استرسورهای قدیمی بخشی از زندگی هستند و تغییرناپذیرند، اما روش‌های مقابله با استرس و چگونگی پاسخ‌دهی به استرس می‌تواند تغییر کند (Flugel Colle, Cha, Loehrer & Bauer, 2010). ذهن‌آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس که یکی از عوامل کیفیت زندگی است، با افزایش فرایندهای رویارویی شناختی مانند ارزیابی دوباره مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند (Garland, Gaylord & Park, 2008).

همچنین، جلسه‌های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت‌های خودگردانی و انعطاف‌پذیری در برخورد با رویدادهای استرس‌زا و کسب مهارت‌های فیزیکی و سلامت ذهنی می‌گردد (Thao, 2014) و در صورتی که مهارت‌های لازم برای تغییر چالش‌ها براساس ذهن آگاهی بدست آید، باعث افزایش تاب‌آوری، پیشرفت فیزیکی و تنظیم استرس در موقعیت‌های بعدی زندگی می‌شود که نتایج بدست آمده از این پژوهش نیز تاییدکننده این مطلب است. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شد. آموزش ذهن آگاهی شامل آگاهی به صورت ارادی و براساس توجه به احساسات ویژه مانند احساس فیزیکی در بدن از یک لحظه به لحظه دیگر است، با این حال، ذهن به افکار، احساسات، صداها یا دیگر احساسات بدنی منحرف می‌شود. محتوای آگاهی به خاطر سپرده می‌شود و سپس توجه به آرامی، اما به گونه جدی به سمت اهداف محافظت شده بر می‌گردد. این فرایند بارها و بارها تکرار می‌شود و دوباره در مرحله روزانه تمرین‌های فراگیر تکرار می‌شود. از این دیدگاه مجزای لحظه به لحظه بینش فراشناختی، از راه آموزش توجه به محتوای افکار تسهیل می‌شود و به همان صورت کته آن‌ها شروع می‌شوند و به آن‌ها اجازه داده می‌شود تا از آگاهی خارج شوند و سپس به تمرکز ابتدایی توجه بازگردند. در این روش یک تمرکز اولیه مانند تنفس می‌تواند به عنوان یک مرکز تکیه‌گاه عمل کند که برای بازگشت آگاهی به زمان حال بکار می‌رود و مانع از منحرف شدن از واقعیت در جریان‌های فکری می‌گردد. در واقع، مشاهده فراگیر افکار به ما اجازه می‌دهد تا الگوی مشابه فکری را به صورت افکار نه این که ضرورتاً خود واقعیت‌اند، داشته باشیم.

روی هم رفته، نتایج این پژوهش نشان دادند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی درافزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری دارد. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مداخلات مربوط به کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار استفاده شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش مربوط به جامعه آماری آن است که فقط متشکل از زنان سرپرست کم‌تسهیل‌شده شهر رشت بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در آینده پژوهش‌هایی از این نوع روی زنان سرپرست خانوار جامعه‌های دیگر انجام پذیرد تا قابلیت تعمیم‌پذیری بیش‌تری داشته باشد.

References

- Brown, K. W, Ryan, R. M, & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inquiry*, 18, 211-37.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K, D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast & prostat cancer outpatients *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 571-581.
- Connell, J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, & Paisley S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*, 22(10), 138.
- Davis, C. (2010). Role occupancy, quality and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affilia- journal of women and social work*, 26(1), 83-89.
- Dessa, C. B, Kyle, P, & Wilfred, P. (2014). Reductins in the cortisol associated with primary care brief mindfulness program for veterans with PTSD. *J Med Care*, 52(12): 25-31.
- Fahey, T., Keilthy, P., & Polek, E. (2012). *Family Relationships and Family Well-Being: A Study of the Families of Nine Year-Olds in Ireland*. Published by University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin.
- Flugel Colle, K. F. Cha, S S. Loehrer, L. Bauer, B A. & Wahner-Roedler, D L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulnessbased stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 16, 36–40.
- Fordham, B, Griffiths, C. E, & Bundy, C. (2015). A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med*, 20(1): 121-7.
- Garland, E, Gaylord, S, & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5, 37-44.
- Golpoor, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2013). The effectiveness of cognitive self-compassion training and emotion-focused therapy on improving the quality of life of children suffering from depression. *Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 53-64. (Persian)
- Hashemi Nosratabadi, T., Rastegar Farajzadeh, L., Khanjani, Z., & Mashinchi Abasi, N. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress-reduction technique to continue caring behaviors in mothers of children with chronic diseases. *Journal of Modern psychological research*, 10(38), 174-188. (Persian)
- Hashemi, S. S., Masomian, S., & Shaeri, M. (2013). The impact of mindfulness-based stress reduction therapy on quality of life in patients with

- chronic low back pain. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 4(1), 25-37. (Persian)
- Herbst, C. (2010). "Footloose and Fancy Free? Two Decades of Single Mothers' Subjective Well-Being." Working Paper.
 - Kaviani, H., Hatami, N., & Shafiabadi, A. (2008). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in depressed people. *News cognitive science*, 10(4), 39-48. (Persian)
 - Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Hawley, L. L., Huta, V., & Antony, M. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial.
 - Lee, Y.J. (2008). «Subjective Quality of Life Measurement in Taipei», *Building and Environment*, 43, 1205-1215.
 - Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhna, R., & Westb, G. (2011). Two sessions of sleep-focused mind-body veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 335-345.
 - Navarrete-Navarrete, N, Peralta-Ramirez, MI, Sabio, JM, Martinez-Egea, I, Santos-Ruiz, A, & Jimenez-Alonso, J. (2010). Quality-of-life predictor factors in patients with SLE and their modification after cognitive behavioural therapy. *Lupus*, 19(14): 1632-9.
 - Nyklíček I, Karlijn F, & Kuijpers M.A. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism?. *ann. Behav*, 35, 331 – 340.
 - Parto, M, & Basharat, MA. (2011). Mindfulness, psychological well-being and psychological distress in adolescents: Assessing the mediating variables and mechanisms of autonomy and self-regulation. *Proc-Soc Beh Sci*, 30, 578-82.
 - Rimaz, Sh., Dastorpoor, M., Vesali Azarsharbani, S., Saepoor, N., Beigi, Z., & Nejat, S. (2014). Evaluate quality of life and factors affecting female-headed households covered in the municipality 9 of Tehran. *Iranian Journal of Epidemiology*, 10(2), 48-55. (Persian)
 - Rosenzweig, S . Greeson, J M. Reibel, D K. Green, J S. Jasser, S A. & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res*, 68, 29 - 36.
 - Roth, B., & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*, 66 (1), 113-123.
 - Salari, S., Roshan, R., & Moghdasin, M. (2015). Five-factor model of personality and defense mechanisms in anticipation the bad quality of life

for women with impaired sexual function. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(1), 5-37. (Persian)

- Semple, R. J., Reid, E. F., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 372-392.

- Shabanzadeh, A., Zarebahram Abadi, M., Hatami, h., & Zaharakar, K. (2012). The relationship between stress coping style and social support with quality of life of women heads of Tehran. *Journal of Women and Society*, 4(4), 1-20. (Persian)

- Stafford, L, Thomas, N, Foley, E, Judd, F, Gibson, P, & Komiti, A, et al. (2015). Comparison of the acceptability and benefits of two mindfulness-based interventions in women with breast or gynecologic cancer: a pilot study. *Support Care Cancer*, 23(4): 1063-71.

- Thao, N. Le. (2014). Mindfulness-Based Adventure Camp for Military Youth. *Journal of Extens* , 52, 2.

- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D.R.; Fredericksen, L.K. & Madsen, S.(2009). "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences*, 46, 94- 99.

- Wood, AW, Gonzalez, J, & Barden, SM.(2015). Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, 33(1): 66-84.

- Yoshimasu, K., Oga, H., Kagaya, R., Kitabayashi, M., & Kanaya, Y. (2012). Parent-child relationships and mindfulness. *Nihon Eiseigaku Zasshi*, 67 (1), 27-36.

- Zarhani, S. H. (2011). Empowerment of Female headed households Case Study: "Sedighin" charity institution in Iran. [http://www. socialsciences. in/ article/ empowerment -female-headed-households](http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households).