

تأثیر برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار نخست

فرشته حقیقت^{۱*}، علیرضا مرادی^۲، محمدعلی مظاهری^۳، صدیقه حنطوش زاده^۴، عباسعلی الهیاری^۵، عباس پسندیده^۶

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۲. استاد روانشناسی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۵. استادیار روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۶. استادیار دانشگاه قرآن و حدیث، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه و نسخه بومی شده آن که توسط محقق طراحی شده، بر کیفیت زندگی زنان باردار بود.

روش: نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ زن باردار نخست‌زایمان مراجعه کننده به مراکز بهداشت و متخصصین زنان و زایمان شهر اصفهان بودند که در سه ماهه دوم بارداری قرار داشتند و به شیوه داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند. در طول اجرای برنامه یک نفر از گروه آزمایش اول و یک نفر از گروه آزمایش دوم به دلیل مشکلات پزشکی و نیاز به استراحت قادر به ادامه نبودند، همچنین یک نفر از گروه کنترل نیز به دلیل مخدوش بودن پرسشنامه‌ها حذف و در نهایت ۳۳ نفر دوره آموزشی را به پایان رساندند. کلیه شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله به پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی (اس. اف. سی و شش) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد نمره پس آزمون مادران در پرسشنامه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن (شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی)، در گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی، در مقایسه با دو گروه دیگر به طور معناداری بهبود یافت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به اثربخش بودن برنامه‌های آموزش مادری ذهن آگاهانه بر کیفیت زندگی زنان باردار، اهمیت پرداختن به این نوع مداخلات روان‌شناختی در کنار مراقبت‌های معمول دوران بارداری، بایستی مورد توجه مراکز بهداشتی و متخصصین ذی‌ربط قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش مادری ذهن آگاهانه، آموزش مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی، کیفیت زندگی

*Email: f.haghighat1982@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵
پاییز و زمستان ۱۳۹۴
صص: ۶۵-۷۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۴

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter
2015-2016

pp.: 65-75

مقدمه

بارداری، دوره تغییرات پیچیده هیجانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی است [۱] و این تجارب می‌تواند توسط مادر به‌عنوان تهدید، تنیدگی و برانگیزاننده اضطراب ادراک شود. در بازتاب این تغییرات، بسیاری از مادران مجموعه‌ای از علائم را تجربه می‌کنند که شامل اختلال خواب، درد جسمانی، افسردگی و اضطراب است [۲، ۳]. تغییرات فیزیکی و عاطفی دوران بارداری می‌تواند توانایی زنان را برای انجام وظیفه در نقش‌های مختلف خود کاهش داده و در نتیجه کیفیت زندگی را تغییر دهد [۴]. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که به ادراک فرد از بهزیستی عمومی و میزان تعلق نقش در سراسر حوزه‌های فیزیکی- روانی- اجتماعی برمی‌گردد. این مفهوم یک تعیین‌کننده اصلی در مدل زیستی- روانی- اجتماعی است [۵، ۶] که می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی اجتماعی، پزشکی، رفتاری و روانی اجتماعی قرار بگیرد.

امروزه برخی از مطالعات، سلامت مرتبط باکیفیت زندگی را در دوران بارداری بررسی کردند. به‌عنوان نمونه می‌توان به پژوهش‌های [۵، ۷، ۸، ۹] اشاره کرد. به‌طوری‌که اوچت^۱ و همکاران [۷] در یک نمونه کانادایی مشتمل بر ۳۹۳ زن که در سه‌ماهه سوم بارداری بودند، نشان دادند که علاوه بر کاهش در عملکرد جسمی، حوزه روانی نیز که شامل محدودیت نقش با توجه به مشکلات عاطفی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی می‌باشد، در مقایسه با جمعیت نرمال از زنانی که باردار نیستند، به‌طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. نتایج مشابهی از کاهش در عملکرد جسمانی و نشاط و سرزندگی در دوران بارداری در یک مطالعه بزرگ (n=۱۸۰۹) توسط هاس^۲ و همکاران [۸] نیز گزارش شد. دا کاستا^۳ و همکاران [۵] نیز در پژوهش خود که به دنبال ارزیابی و تشخیص شاخص‌های سلامت مرتبط باکیفیت زندگی در زنان باردار بودند نشان دادند زنان باردار در سه‌ماهه سوم بارداریشان به‌طور قابل توجهی در ۵ خرده عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش از طریق مشکلات جسمانی، درد بدنی، خستگی یا نشاط و عملکرد اجتماعی مقیاس کیفیت زندگی نمره پایینی را در مقایسه با میانگین‌های بهنجار متناسب با سن گزارش کرده‌اند.

مطالعات در نمونه‌های غیر بالینی نشان دادند که شرکت کردن در مداخلات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ می‌تواند منجر به تقلیل نشانه‌های اختلال روان‌تنی و اختلال خلق، افزایش احساس کنترل و کاهش علائم پزشکی شود [۱۰، ۱۱]. در نمونه‌های بالینی، شرکت کردن در برنامه ذهن آگاهی منجر به کاهش اختلال خلق و علائم استرس شده است [۱۲، ۱۳] و کیفیت زندگی و خواب را در بیماران مختلف بهبود داده است [۱۴، ۱۵]. در همین راستا کاتیال^۵ [۱۶] در پژوهش خود نشان داد بین ذهن

آگاهی و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد که نشان می‌دهد آن‌هایی که تجربه ذهن آگاهی بیشتری دارند بهزیستی بهتری را گزارش می‌کنند. همچنین رابطه منفی معناداری بین استرس و کیفیت زندگی و استرس و ذهن آگاهی وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که استرس بیشتری را تجربه می‌کردند سطوح پایین‌تری از کیفیت زندگی و ذهن آگاهی را گزارش دادند. یافته‌ها همچنین نشان داد مداخلاتی که بر بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی تمرکز داشتند، از قبیل یادگیری چگونگی بیان تجارب شخصی، تمرین بودن در لحظه حال، تمرین بیانات و اظهارات غیرانتقادی می‌تواند منجر به احساس بهزیستی در فرد شود.

در دهه گذشته اثر مثبت معنویت بر عوامل روان‌شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است [۱۷]: به‌طوری‌که تجارب معنوی با استرس ادراک شده [۱۸]، افسردگی و اضطراب [۱۹]، درد، خلق مثبت و منفی [۲۰]، سلامت روانی [۲۱، ۲۲، ۲۳]، سلامت جسمانی [۲۲، ۲۴، ۲۵] و کیفیت زندگی [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] رابطه دارد.

در همین راستا، کوتون^۶ و همکاران [۲۸] معنویت و کیفیت زندگی را در ۱۴۲ زن با سرطان سینه بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی بود، بدین معنی که بهزیستی معنوی بالاتر باکیفیت زندگی بالاتر مرتبط است. همچنین مطالعات نشان‌دهنده رابطه بین تجارب معنوی روزانه و سلامت روان هستند [۲۱، ۲۲، ۲۳]. آندروود^۷ و ترسی^۸ [۲۳] نیز نشان دادند بین تجارب معنوی روزانه و متغیرهای روانی اجتماعی گوناگون همچون کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده، خصومت و خوش‌بینی رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنی که تجارب معنوی بیشتر با اضطراب، افسردگی، استرس، خصومت کمتر و خوش‌بینی بیشتر رابطه دارد.

اخیراً روان‌شناسی بالینی-فرهنگی تلاش خود را بر محور بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و درمان آن‌ها معطوف کرده است. نتایج تحقیقات در این زمینه که اخیراً به بررسی تأثیر عوامل فرهنگی در پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و درمان آن‌ها پرداخته، نشان می‌دهد که فرهنگ (نژاد، قومیت، مذهب و...) هر جامعه علاوه بر اثرگذاری در شکل‌گیری و پدیدآیی یک اختلال [۳۰، ۳۱] این احتمال را نیز تقویت می‌کند که نوع درمان هم می‌تواند متأثر از این پدیده باشد. از این‌رو مدل‌های نظری خاصی در این زمینه مطرح شده که به دنبال تحقق عملی آن در عرصه درمان است. برای نمونه رویکرد فرهنگی محور تأیید می‌کند که ممکن است رفتار توسط فرهنگ گروه‌هایی که فرد به آن تعلق دارد و قالب‌های فرهنگی نظیر برجسب‌های گروهی شکل گیرد [۳۲]. از این‌رو شکل‌گیری و ظهور مدل‌های درمانی مختلف متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف محصول چنین نگاهی به حل مشکلات

¹ Otchet

² Haas

³ Da Costa

⁴ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

⁵ Katyal

⁶ Cotton

⁷ Underwood

⁸ Teresi

است.

چنین نگاهی هنگامی اهمیت مضاعف پیدا می‌کند که پذیرفته شود رویکرد زیستی، روانی اجتماعی جای خود را به مدل زیستی، روانی اجتماعی و معنوی داده است [۳۳]. درمان‌های س. بی. تی.^۱ به‌ویژه درمان‌های موج سوم بیش از سایر مدل‌های درمانی تحت تأثیر چنین رویکردی است.

بر همین اساس، در فرهنگ ایرانی که قالب آن بر پایه دین اسلام است در ارتباط با بارداری و عوامل مؤثر بر آن توصیه و سفارش‌های بسیاری شده که در منابع معتبر دینی همچون بحار الأنوار [۳۴]، وسایل الشیعه [۳۵] و اصول کافی [۳۶] و همچنین کتب متعددی از جمله ریحانه بهشتی [۳۷]، که به‌طور کامل به موضوع بارداری پرداخته و مفاتیح الحیاه [۳۸]، که بخشی از آن در رابطه با بارداری می‌باشد، به چاپ رسیده است و در دسترس عموم مردم قرار دارد؛ لذا بسیاری از زنان باردار این اصول را تا حد امکان در دوران بارداری رعایت می‌کنند و به آن اعتقاد دارند. بر همین اساس، با در نظر گرفتن این ساختار فرهنگی و غنای آن از یک‌سو و با توجه به سودمندی‌های ذهن‌آگاهی و تأثیر آن بر شاخص‌های کیفیت زندگی در دوران بارداری که قبلاً به آن پرداخته شد پژوهش حاضر بر آن است تا برخی از این توصیه‌ها و مفاهیم را با برنامه آموزشی مادری ذهن‌آگاهانه که توسط ویتین^۲ و آستین^۳ [۳۹] طراحی و ارائه شده تلفیق و به بررسی اثربخشی آن بر شاخص‌های سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در دوران بارداری بپردازد. در این پژوهش فرض بر این بود که این برنامه آموزشی مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی در مقایسه با نوع کلاسیک آن اثربخشی بیشتری بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی مادران ایرانی دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از آنجاکه به دنبال طراحی و تدوین یک برنامه مراقبتی است از نوع بنیادی و نظری بوده و از طرف دیگر با توجه به اینکه به دنبال بررسی اثربخشی این برنامه و مقایسه آن با برنامه اصلی می‌باشد در دسته طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران بارداری که نوزاد اولشان را باردار هستند و در سه‌ماهه دوم بارداری قرار دارند و به‌منظور مراقبت‌های دوران بارداری به کلینیک‌های زنان و زایمان شهر اصفهان و خانه‌های بهداشت این استان مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهد. نمونه مورد بررسی شامل ۳۶ نفر از مادران واجد شرایط بود که به‌صورت داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

روش اجرا

به‌منظور اجرای این پژوهش، پس از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه، معرفی‌نامه‌های مورد نیاز توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس صادر شده و پس از دریافت مجوز از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌منظور اجرای پژوهش در کلیه مراکز بهداشت شماره یک و دو استان اصفهان، به کلیه مراکز مراجعه شده و آگهی مربوط به شرکت در پژوهش، در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در نهایت نمونه‌گیری انجام و افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند و پس از امضای رضایت‌نامه کتبی، برنامه‌های آموزشی بر روی داوطلبین اجرا گردید. برنامه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک که توسط ویتین و آستین [۳۹] در سال ۲۰۰۸، با هدف کاهش استرس و بهبود خلق در دوران بارداری طراحی شده، مبتنی بر این تئوری است که آموزش می‌تواند منجر به افزایش ذهن آگاهی و در نهایت کاهش استرس مرتبط با موقعیت‌های پزشکی مزمن شود. این برنامه شامل سه رویکرد برای به کارگیری ذهن آگاهی می‌باشد: ۱- ذهن آگاهی از افکار و احساسات از طریق آگاهی تنفس و تمرینات مراقبه‌ای، ۲- ذهن آگاهی نسبت به بدن از طریق یوگای هدایت شده و ۳- ارائه مفاهیم روان‌شناختی مرتبط با ذهن آگاهی همچون پذیرش و پرورش یک خود مشاهده‌گر که هر کدام از این عوامل تقریباً یک‌سوم مداخله را در برمی‌گیرد. عوامل انطباق‌یافته مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی با جامعه هدف نیز شامل: ۱. آگاهی از جنین در حال رشد و شکم در طول مدیتیشن اسکن بدن؛ ۲. استفاده از مثال‌ها و انجام تمرینات توصیفی مرتبط با دوران بارداری و اوایل زایمان همچون ذهن آگاهی درباره درد یا مسائل مربوط به خواب در طول بارداری، اضطراب زایمان یا کنار آمدن با یک نوزاد ناآرام؛ و ۳. در برگرفتن وسیع‌تر تمرینات برای قدم زدن و حرکت کردن هشیارانه و شکل‌های مختلف حرکت ذهن آگاهانه مانند یوگای پیش از تولد که برای زنان باردار طراحی شده است. این برنامه تقریباً شامل بخش‌های برابر آموزش، بحث و تمرین می‌باشد که در جلسات اول وزن بیشتری به آموزش و در جلسات آخر وزن بیشتری به بحث و تمرین داده شده است. در این دوره آموزشی جزوه‌ها و کارت‌هایی به‌منظور تشویق شرکت‌کنندگان برای انجام تمرین‌ها طراحی شده که در انتهای هر جلسه همراه با تکالیف و برگه ثبت روزانه به آن‌ها داده می‌شد و بایستی در ابتدای جلسه بعد ثبت روزانه خود را تحویل می‌دادند. نسخه ایرانی-اسلامی مادری ذهن آگاهانه نیز با حفظ چارچوب اصلی برنامه آموزشی و با هدف بومی کردن و غنا بخشیدن به آن توسط محقق طراحی گردید. بر همین اساس ابتدا با استفاده از مصاحبه و تحلیل محتوا مؤلفه‌های فرهنگی استخراج و سپس با استفاده از نظر متخصصین و استناد به منابع معتبر اسلامی، بخش‌های آموزشی برنامه بازنگری و غنی‌تر شده و به انتهای مدیتیشن‌های دعا و نیایش همراه با شکرگزاری افزوده شد. همچنین به‌منظور بارور کردن بعد معنوی در مادران باردار علاوه بر جزوه‌های برنامه کلاسیک، تکالیف

¹ CBT

² Vieten

³ Astin

یک کلینیک خصوصی مشاوره و روانشناسی اجرا گردید و قبل و بعد از اجرای مداخلات پرسشنامه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی همراه با پرسشنامه دموگرافیک توسط مادران تکمیل شد. ساختار موضوعی جلسات هر دو مداخله در جداول ۱ و ۲ آمده است. در طول اجرای برنامه‌ها، به دلیل برخی محدودیت‌های پزشکی و نیاز به استراحت و همچنین به علت مخدوش بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها ۱ نفر از هر گروه حذف و در نهایت ۳۳ مادر باردار دوره‌های آموزشی را به پایان رساندند و پرسشنامه‌های مورد نظر را قبل و بعد از اتمام دوره تکمیل نمودند.

و تمریناتی مبنی بر تلفیق ذهن آگاهی و توصیه‌های دینی همراه با سی‌دی و کارت‌های مختلف طراحی و در اختیارشان قرار داده شد. تکمیل برگه ثبت روزانه هر جلسه در این گروه نیز الزامی بود و بایستی ابتدای هر جلسه آن را تحویل می‌دادند. به‌منظور بررسی روایی و اعتبار این برنامه آموزشی، پکیج طراحی‌شده به‌طور مقدماتی بر روی ۵ مادر باردار اجرا شد و بهبود نتایج پس‌آزمون نشان‌دهنده اعتبار کافی آن بود. هر دو دوره آموزشی در هشت جلسه دوساعته و هفته‌ای یک‌بار توسط محقق به همراه یک کارشناس ارشد بالینی و یک کارشناس روانشناسی در

جدول ۱. خلاصه جلسات مربوط به برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه

ترتیب جلسات	موضوع
اول	بررسی مفهوم ذهن آگاهی - ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه همراه با تمرین خوردن ذهن آگاهانه نارنگی
دوم	هشیاری ذهن آگاهانه چیست؟ سه تعهد مادران ذهن آگاهانه، معرفی ذهن آگاهی - مفهوم پذیرش همراه با تمرین و بحث
سوم	مفهوم مشاهده خویشتن همراه با بحث و تمرین
چهارم	آموزش تفکر با ذکر مثال‌ها و استعاره‌های مختلف همراه با بحث و تمرین
پنجم	تمرکز بر زمان حال همراه با تمرین، مثال و بحث
ششم	بررسی ویژگی‌های هشیاری ذهن آگاهانه همراه با بحث و تمرین
هفتم	مقدمه‌ای بر مفهوم خودشفقتی همراه با تمرین و بحث، هشیاری ذهن آگاهانه در ارتباط با دیگران همراه با تمرین و بحث
هشتم	مفهوم قصد و عمل خردمندانه همراه با تمریناتی مانند آگاهی و عمل سریع، ارتباط و تصمیم‌گیری ذهن آگاهانه و وقتی ادامه دادن سخت می‌شود (تمرینی برای ذهن آگاهانه روبرو شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند زایمان)، ذهن آگاهی در زندگی روزمره و ارائه تکالیف برای ادامه بارداری و پس‌از آن

جدول ۲. خلاصه جلسات مربوط به برنامه آموزشی مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی

ترتیب جلسات	موضوع
اول	بررسی مفهوم ذهن آگاهی، بررسی اهمیت معنویت و انجام تکالیف دینی، ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه همراه با تمرین خوردن ذهن آگاهانه نارنگی با تأکید بر مفهوم شکرگزاری
دوم	هشیاری ذهن آگاهانه چیست؟ چهار تعهد مادران ذهن آگاهانه، معرفی ذهن آگاهی - مفهوم پذیرش و صبر با استفاده از روایات و احادیث همراه با تمرین و بحث
سوم	مفهوم مشاهده خویشتن با ذکر مثال و استعاره، ارائه مفهوم پایدارپنداری سختی‌ها با استفاده از روایات و احادیث همراه با بحث و تمرین
چهارم	آموزش تفکر با ذکر مثال‌ها و استعاره‌های مختلف همراه با بحث و تمرین.
پنجم	تمرکز بر زمان حال همراه با تمرین و مثال، وقتی زمان حال چالش‌انگیز و استرس‌آور می‌شود - زمان حال به‌عنوان یک پدیده چندبعدی با استفاده از روایات و احادیث
ششم	بررسی ویژگی‌های هشیاری ذهن آگاهانه همراه با بحث و تمرین
هفتم	مقدمه‌ای بر مفهوم خودشفقتی همراه با تمرین و بحث، هشیاری ذهن آگاهانه در ارتباط با دیگران همراه با تمرین و بحث، حالات روحی، ذهنی و اخلاق مادر در دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن همراه با تمرین و بحث
هشتم	مفهوم قصد و عمل خردمندانه همراه با تمریناتی مانند آگاهی و عمل سریع، ارتباط و تصمیم‌گیری ذهن آگاهانه و وقتی ادامه دادن سخت می‌شود (تمرینی برای ذهن آگاهانه روبرو شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند زایمان)، ذهن آگاهی در زندگی روزمره، ارائه تکالیف برای ادامه بارداری و پس‌از آن.

انزاهای پژوهش

۲) پرسشنامه کیفیت زندگی^۱: پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه جامع جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در تمامی مسائل مرتبط با بهداشت می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وار^۲ و شربورن^۳ ساخته شده و هشت بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند و دارای ۳۶ ماده می‌باشد و به‌راحتی در گروه‌های سنی مختلف و بیماری‌های مختلف قابل اجراست. این پرسشنامه درک افراد را از کیفیت زندگی خود، در هشت بعد نشان می‌دهد و نمره آن بین صفر تا ۱۰۰ متغیر می‌باشد. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده‌آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد.

۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط محقق و به‌منظور دستیابی به برخی اطلاعات و سوابق شخصی مادر باردار طراحی و اجرا شد. این فرم شامل سه بخش اصلی است که بخش اول دربرگیرنده اطلاعات فردی پدر و مادر نظیر سن، تحصیلات و شغل، مدت ازدواج، سابقه بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی، سابقه مصرف سیگار، الکل، قلیان و مواد مخدر و از این قبیل است. بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به دوران بارداری نظیر سن بارداری، سابقه سقط جنین، تمایل برای باردارشدن، سابقه ناباروری و ... و بخش سوم مربوط به مذهب و فعالیت‌های مذهبی نظیر، میزان مذهبی بودن، خواندن نماز، دعا، عمل به توصیه‌های اسلامی در زمینه بارداری و ... می‌باشد.

¹ SF-36

² Ware

³ Sherbourne

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرها	گروه‌ها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۸/۹۸	۶۱/۳۶	۱۸/۲۷	۵۴/۰۹	عملکرد جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک
۳۴/۳۷	۵۲/۲۷	۳۵/۹۹	۶۱/۳۶	ایفای نقش جسمانی	
۳۵/۹۵	۷۲/۷۲	۴۴/۲۶	۶۰/۰۶	ایفای نقش هیجانی	
۹/۷۴	۷۰	۱۴/۱۹	۵۶/۸۱	خستگی یا نشاط	
۱۰/۲۹	۸۱/۰۹	۱۷/۸	۶۶/۹	سلامت روانی	
۲۰/۴۳	۸۱/۸۱	۲۴/۵۹	۶۹/۳۱	عملکرد اجتماعی	
۱۸/۸۵	۶۹/۰۹	۲۱/۳۸	۷۴/۵۴	درد بدنی	
۱۱/۶۷	۷۳/۱۸	۱۷/۳۲	۷۰	سلامت عمومی	
۱۶/۳۲	۷۰/۱۹	۱۵/۹۳	۶۴/۲	SF-36 کل	
۲۱/۱	۶۱/۳۶	۱۵/۶۹	۵۶/۸۱	عملکرد جسمانی	
۲۹/۱۹	۵۴/۵۴	۳۸/۴۳	۴۵/۴۵	ایفای نقش جسمانی	
۳۶/۷۹	۷۵/۷۵	۳۹/۶۹	۵۷/۵۷	ایفای نقش هیجانی	
۱۰/۷۸	۷۱/۸۱	۲۳/۸۸	۵۶/۳۶	خستگی یا نشاط	
۱۰/۵۹	۷۷/۰۹	۲۲/۳۴	۶۶/۹	سلامت روانی	
۱۱/۱۸	۷۵	۲۳/۳۵	۷۳/۸۶	عملکرد اجتماعی	
۸/۷۶	۷۹/۷۷	۲۴/۹۸	۶۲/۲۷	درد بدنی	
۱۰/۰۲	۷۸/۶۳	۱۷/۹۳	۶۲/۲۷	سلامت عمومی	
۱۰/۷۱	۷۱/۷۴	۲۰/۰۶	۶۰/۱۹	SF-36 کل	
۳۱/۹۱	۴۱/۳۶	۱۶/۸	۴۹/۵۴	عملکرد جسمانی	کنترل
۳۰/۳۳	۱۳/۶۳	۳۱/۸	۳۱/۸۱	ایفای نقش جسمانی	
۳۴/۲۳	۷۸/۷۸	۴۲/۸۷	۴۵/۴۵	ایفای نقش هیجانی	
۱۹/۲۹	۵۰/۴۵	۱۹/۰۲	۴۷/۷۲	خستگی یا نشاط	
۱۵/۷۳	۷۴/۱۸	۱۱/۰۷	۷۴/۱۸	سلامت روانی	
۲۶/۱۱	۶۰/۲۲	۱۹/۲۱	۶۴/۷۷	عملکرد اجتماعی	
۲۴/۷۵	۵۴/۳۱	۳۰/۳۵	۶۱/۳۶	درد بدنی	
۲۲/۴۵	۵۹/۰۹	۱۹/۰۲	۶۲/۲۷	سلامت عمومی	
۱۷/۲۱	۵۴	۱۷/۱۳	۵۴/۶۴	SF-36 کل	

پرسشنامه به‌استثنای بعد سرزندگی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای بعد سرزندگی ۰/۶۵ گزارش شده است [۴۶]. به‌منظور بررسی روایی ابعاد از روایی همگرا^۳ استفاده گردید که ارتباط خطی تک‌تک ابعاد با خرده سنجش مفروض در تمام موارد بالای ۰/۴ یعنی بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بوده است؛ و بدین‌صورت روایی و اعتبار نسخه فارسی آن تأیید شد [۴۶]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه حاضر در مرحله پیش‌آزمون ۰/۹ و در مرحله پس‌آزمون ۰/۹۲ (N=۳۳) نیز به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. شازده^۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به‌منظور تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و جهت تحلیل استنباطی و بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس^۵ استفاده شد.

نتایج

نمونه آماری مورد مطالعه در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال قرار داشتند (میانگین = ۲۶)، میزان تحصیلات در اکثر آن‌ها لیسانس و

ابعاد این پرسشنامه شامل عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات جسمی، درد جسمانی، سرزندگی، سلامت کلی، سلامت روانی، محدودیت فعالیت در اثر مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی است. این هشت بعد مجموعاً دو بعد کلی جسمی و روانی را تشکیل می‌دهند که بعد جسمی شامل عملکرد جسمی، درد جسمی، محدودیت فعالیت در اثر مسائل جسمی و سلامت عمومی و بعد روانی شامل عملکرد اجتماعی، محدودیت فعالیت در اثر مسائل روحی، سلامت روانی و هیجان می‌باشد [۴۰]. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی بین‌المللی است و در بیشتر کشورها از قبیل چین [۴۱]، ژاپن [۴۲]، سوئد [۴۳] و استرالیا [۴۴] مورد استفاده قرار گرفته است. جامین^۱ و مارتین^۲ [۴۵] نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را در زنانی که بارداری اولشان بود، انجام دادند و حمایت‌هایی به‌منظور استفاده از این پرسشنامه به‌عنوان یک مقیاس ۸ بعدی برای کشف حوزه‌های خاص و جداگانه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی گزارش کردند.

در ایران نیز توسط منتظری و همکاران [۴۶] روایی و اعتبار آن محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای تمام ابعاد

^۳ Convergent validity

^۴ SPSS 16

^۵ ANCOVA

^۱ Jomeen

^۲ Martin

گروه‌ها ابتدا مفروضه‌های آن توسط آزمون لوین بررسی شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است. برنامه‌ریزی و طبق تمایل هر دو زوج بوده است. وضعیت اقتصادی نیز در بیشتر آن‌ها متوسط گزارش شد. اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه کیفیت زندگی همراه با خرده مقیاس‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

اکثراً بیکار (خانه‌دار) بودند. برای اغلب آن‌ها این بارداری با همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین نمره کیفیت زندگی و بیشتر خرده مقیاس‌های آن در گروه مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی نسبت به دو گروه دیگر در مرحله پس‌آزمون افزایش بیشتری داشته است. به‌منظور استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس‌های سه گروه

متغیرها	F	df1	df2	معناداری
عملکرد جسمانی	۰/۸۹۴	۲	۳۰	۰/۴۲
ایفای نقش جسمانی	۱/۵۴۶	۲	۳۰	۰/۲۳
ایفای نقش هیجانی	۰/۱۱۱	۲	۳۰	۰/۹
خستگی یا نشاط	۳/۱۳	۲	۳۰	۰/۰۶
سلامت روانی	۱/۰۱	۲	۳۰	۰/۳۷
عملکرد اجتماعی	۰/۸۲۴	۲	۳۰	۰/۴۵
درد بدنی	۱/۶۷	۲	۳۰	۰/۲
سلامت عمومی	۰/۵۸۳	۲	۳۰	۰/۵۶
SF-36 کل	۱/۱۹۷	۲	۳۰	۰/۳۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان باردار

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	
پیش‌آزمون	عملکرد جسمانی	۱	۶۳۳۵/۶۲	۲۸/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	
	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	۱	۲۱۰۲/۸۷	۲/۲۲	۰/۱۴	۰/۰۷	
	خستگی یا نشاط	۱	۱۵۰۷/۶	۱۵۰/۱۰	۰/۰۰۴	۰/۲۵	
	درد بدنی	۱	۲۳۵۰/۰۴	۲۳۵۰/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۲۲	
	سلامت عمومی	۱	۴۲۰۵/۶۴	۲۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	
	کیفیت زندگی	۱	۱۸۳۷/۹۷	۱۰/۷۹	۰/۰۰۳	۰/۲۷	
پس‌آزمون	عملکرد جسمانی	۲	۱۶۲۴/۰۳	۳/۶	۰/۰۴	۰/۲	
	محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	۲	۸۴۴۲/۰۱	۴۲۲/۱۵	۰/۰۲	۰/۲۳	
	خستگی یا نشاط	۲	۲۰۹۲/۴۸	۱۰۴۶/۲۴	۷	۰/۰۰۳	۰/۳۲
	درد بدنی	۲	۳۵۱۵/۸۶	۱۷۵۷/۹۳	۶/۳۹	۰/۰۰۵	۰/۳۰
	سلامت عمومی	۲	۲۱۰۴/۹۲	۱۰۵۲/۴۶	۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	کیفیت زندگی	۲	۱۳۷۸/۳	۶۸۹/۱۵	۴/۰۴	۰/۰۲	۰/۳۱

به علاوه همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود بین گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی، با گروه کنترل در متغیرهای سلامت جسمانی، محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی، خستگی یا نشاط و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بعلاوه، در شاخص‌های درد بدنی و سلامت عمومی نیز بین دو گروه مداخله با یکدیگر و همچنین گروه ایرانی اسلامی با کنترل تفاوت معنادار است درحالی‌که بین گروه مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و کنترل تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به عدم معناداری لوین در کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن، واریانس گروه‌ها برابر بوده و می‌توان از تحلیل واریانس استفاده کرد. نتایج مربوط به متغیرهای معنادار در جدول ۲ قابل مشاهده است.

در جدول ۵ نمره کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن در سه گروه متفاوت است اما بین سه خرده مقیاس دیگر شامل محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات هیجانی، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد. نتایج مربوط به مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج مقایسه‌های زوجی گروه کنترل و گروه‌های مادری ذهن آگاهانه کلاسیک و مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی

مغایرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
عملکرد جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	۲/۳۳	۶/۴۱	۰/۷۱۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۶/۱	۶/۴۳	۰/۰۱۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۳/۷۶	۶/۵	۰/۰۴۳
محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	-۶/۰۲	۱۳/۳۵	۰/۶۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۳۱/۶۷	۱۳/۹۲	۰/۰۳۱
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۳۷/۶۹	۱۳/۲۹	۰/۰۰۸
خستگی یا نشاط	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	-۱/۹۸	۵/۲۱	۰/۷۰۶
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۶/۲۳	۵/۳۱	۰/۰۰۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۸/۲۱	۵/۳	۰/۰۰۲
درد بدنی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	-۱۴/۸۸	۷/۲۷	۰/۰۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۰/۲۵	۷/۲۹	۰/۱۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۲۵/۱۴	۷/۱۲	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	-۱۰/۵	۴/۵۵	۰/۰۲۸
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۹/۰۳	۴/۵۵	۰/۰۵۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۹/۵۴	۴/۴۸	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	مادری ذهن آگاهانه کلاسیک	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	-۳/۳۲	۵/۵۹	۰/۵۵۷
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۱/۹۷	۵/۷۱	۰/۰۴۵
	مادری ذهن آگاهانه ایرانی - اسلامی	کنترل	۱۵/۳	۵/۶۱	۰/۰۱۱

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت نقش سلامت مادر در دوران بارداری، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی - اسلامی بر کیفیت زندگی زنان باردار بود. نتایج به دست آمده نشان داد بین سه گروه آموزش مادری ذهن آگاهانه، نسخه بومی شده آن و گروه کنترل در نمره کل کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی تفاوت معناداری وجود دارد، اما در سه خرده مقیاس سلامت روانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات هیجانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

نتایج مقایسه‌های زوجی نیز نشان داد نمره پس‌آزمون مادران در پرسشنامه سلامت مرتبط با کیفیت زندگی و پنج خرده مقیاس آن (یعنی عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس خستگی یا نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی)، در گروه مادری ذهن آگاهانه مبتنی بر فرهنگ ایرانی اسلامی، در مقایسه با دو گروه دیگر به‌طور معناداری بهبود یافت.

این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، در راستای تأیید پژوهش‌های گذشته می‌باشد [۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹]، بدین صورت که بیشتر آن‌ها به سودمندی این نوع مداخلات

در بهبود کیفیت زندگی اشاره داشتند، به‌عنوان نمونه گراسمن^۱ و همکاران [۵۸] در پژوهش خود که بر روی بیماران پیوند مغز استخوان انجام داده بود گزارش کرد نمره سلامت مرتبط با کیفیت زندگی پس از اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری بهبود یافته است. باین‌وجود، هیچ پژوهشی به‌طور مستقیم به بررسی تأثیر این نوع مداخلات بر کیفیت زندگی زنان باردار نپرداخته و این بررسی، برای اولین بار، شواهدی مبنی بر اثربخشی برنامه‌های آموزشی مادری ذهن آگاهانه بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی زنان باردار، به‌ویژه در حیطه جسمانی، فراهم نموده است که نشان‌دهنده نوآوری آن است. در تبیین این یافته که برنامه آموزشی صرفاً بر ابعاد جسمانی سلامت مرتبط با کیفیت زندگی مادران باردار تأثیرگذار بوده است شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که مطالعات انجام شده تا به امروز، نشان داده‌اند که بارداری با مشکلات مهمی در سلامت مرتبط با کیفیت زندگی به‌خصوص در حیطه جسمانی مرتبط است و تغییرات فیزیکی و عاطفی دوران بارداری می‌تواند توانایی مادران را برای انجام وظیفه در نقش‌های مختلفشان کاهش داده و در نتیجه کیفیت زندگی را تغییر دهد [۴، ۸، ۶۰، ۶۱]، به‌طوری‌که هاستون^۲ و کاسیک-میلر^۳ [۶۰] کیفیت زندگی را در ۱۲۵ زن،

¹ Grossman

² Hueston

³ Kasik-Miller

انتهای هر مدیتیشن طراحی شده بود، شاید بتوان گفت که این مداخله بسیار غنی‌تر بوده و به همین دلیل اثربخشی خود را به‌طور معنادار نشان داده است. به‌طوری‌که اژدر و همکاران [۶۳] نیز در پژوهش خود تأثیر دعا چه از لحاظ لفظی و چه محتوایی بر سلامت را مورد تأیید قرار داده و گزارش کردند اگر نیایشگر الگوی فکری، رفتاری و عاطفی خود را با آموزه‌های دعا هماهنگ نماید (آنچه در برنامه ذهن آگاهی ایرانی- اسلامی آموخته شد) و طبق آن عمل کند جسم و روانی سالم خواهد داشت.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کم نمونه و غیر بالینی بودن آزمودنی‌ها می‌باشد که امکان تعمیم نتایج به جامعه بزرگ‌تر و نمونه‌های بالینی را محدود می‌سازد، بر همین اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی تعداد بیشتری از مادران باردار و همچنین نمونه‌های بالینی اجرا و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. بعلاوه با توجه به اثربخشی این مداخلات در بهبود شاخص‌های سلامت به‌ویژه سلامت جسمانی، مقایسه برنامه مادری ذهن آگاهانه ایرانی- اسلامی به‌عنوان یک روش غیر دارویی در کاهش مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در دوران بارداری، با رویکردهای دارویی از دیگر پیشنهادات این مطالعه است.

سپاسگزاری

از تمامی متخصصین زنان و زایمان شهر اصفهان به‌ویژه سرکار خانم دکتر کتابون طلایع و سرکار خانم دکتر فرشته حقیقت و همچنین کلیه مراکز خانه بهداشت شهر اصفهان که در زمینه اجرای این پژوهش و معرفی زنان باردار واجد شرایط با اینجانب صمیمانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- O'Keane, V., Marsh, M. S., (2007). Depression during pregnancy. *British Medical Journal*, 334(7601); 1003-1005.
- 2- Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: Normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23, 107-113.
- 3- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & aStrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148-154.
- 4- Mckee MD, Cunningham M., Jankowski KR., et al (2001). Healthrelated functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 97: 988-993
- 5- Da Costa D., Dritsa M., Verreault N., Balaa C., Kudzman J. & Khalifé S. (2010). Sleep problems

در دوره بارداری بررسی کردند و کاهش معناداری را فقط برای ابعاد فیزیکی گزارش کردند.

عباس‌زاده و همکاران [۶۱] نیز گزارش کردند کمترین امتیاز به دست آمده مربوط به محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی و احساس خستگی یا نشاط بود. لذا با توجه به این نکته که مشکلات و محدودیت‌های جسمانی بیش از سایر ابعاد کیفیت زندگی، در دوران بارداری شایع است به نظر می‌رسد تأثیر برنامه-های مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به ماهیتشان، بیشتر بر این ابعاد تأثیرگذار بوده و بیشتر از سایر مؤلفه‌ها، آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است، به‌عبارتی‌دیگر، به نظر می‌رسد آگاهی‌های جسمانی و روان‌شناختی که در طی دوره آموزشی پرورش می‌یابند می‌توانند به افراد کمک کنند تا راهکارهای مناسب‌تری برای سازگاری و مقابله به کار گیرند [۶۲] و شاید به همین دلیل است که این نوع مداخلات بیشترین تأثیر را بر این ابعاد داشته‌اند.

همچنین، این یافته پژوهش مبنی بر اثربخشی بهتر نسخه بومی‌شده آموزش مادری ذهن آگاهانه بر اساس فرهنگ ایرانی- اسلامی، نیز با نتایج پژوهش‌های گذشته مبنی بر تأثیر نقش فرهنگ، چه در شکل‌گیری نشانه‌ها و چه در نوع درمان [۳۰، ۳۱] و همچنین اثر مثبت معنویت بر درد [۲۰]، سلامت جسمانی [۲۲، ۲۴، ۲۵] و کیفیت زندگی [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹] همسو بوده و با توجه به نظریه هفتگی ۱ [۳۳] که در توسعه مدل انگل ۲ [۳۳] در ارتباط با اهمیت ابعاد زیستی- روانی- اجتماعی، بعد چهارمی را به نام مذهب و معنویت در ارتباط متقابل با این سه بعد قرار می‌دهد و در پروتکل درمانی در نظر گرفتن هر ۴ بعد را دارای اهمیت می‌شمارد، قابل تبیین است. در تبیین دیگر این یافته نیز، شاید بتوان به نقش مثبت معنویت بر سلامت روان اشاره نمود، به‌طوری‌که بسیاری از مطالعات نشان‌دهنده رابطه بین تجارب معنوی روزانه و سلامت روان هستند [۲۱، ۲۲، ۲۳]، برای نمونه آندروود و ترسی [۲۳] نشان دادند بین تجارب معنوی روزانه و متغیرهای روانی اجتماعی گوناگون همچون اضطراب، افسردگی، استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، خصومت ۳ و خوش‌بینی ۴ رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنی که تجارب معنوی بیشتر، اضطراب، افسردگی، استرس، خصومت کمتر و خوش‌بینی و کیفیت زندگی بهتری را در پی دارند؛ بنابراین با توجه به کاربرد تکنیک‌های مذهبی/معنوی در گروه ایرانی- اسلامی و با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان در طول این دوره آموزشی تشویق می‌شدند تا هنگام نگرانی از به کارگیری هم‌زمان تکنیک‌های ذهن آگاهی و تجارب مذهبی همچون دعا، صلوات و یا ذکرهایی که باعث آرامش آن‌ها می‌شد استفاده کنند و همچنین با توجه به ماهیت جلسات که شامل دعا‌های دسته‌جمعی و مدیتیشن‌هایی که علاوه بر پرورش ذهن آگاهی به پرورش بعد مذهبی/ معنوی آزمودنی‌ها از طریق متصل کردن آن‌ها با خالق عالم هستی، به‌واسطه دعا در

⁴ Rene hefti

⁵ Engel

⁶ hostility

⁷ optimism

- 15- 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 and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 65: 571-581.
- 16- Katyal, R. (2012). The Relationship between Mindfulness, Stress, and Quality of Life for Parents Raising a Child with Juvenile Rheumatoid Arthritis. The California School of Professional Psychology at Alliant International University. Degree Doctor of psychology.
- 17- Chung, K. Y. (2010). Moderation Effects of Spirituality on Stress and Health. Arizona State University. Degree of Doctor Philosophy.
- 18- Dodd, R. B. (2003). The relation between spiritual functioning in pastors and perceived stress levels. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 63 (9), 43-66.
- 19- Banner AT. (2009). The Effects of Spirituality on Anxiety and Depression among breast cancer patients: The Moderating effects of Alexithymia and mindfulness. Unpublished PhD. Thesis. North Carolina University.
- 20- Keefe, F. J. (2001). Living with rheumatoid arthritis: the role of daily spiritual and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*, 2 (2), 101-110.
- 21- Rippentrop, A. E. (2004). The relationship between religiosity/ spirituality and health outcomes in a chronic pain population. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 64(7-B), 35-39.
- 22- Koenig, H. G., George, L. K., Titus, P., & Meador, K. G. (2004). Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1579-1583.
- 23- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experiences scale: development theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1): 22-33.
- 24- Newlin, K., Melkus, G., Chyun, D., & Jefferson, V. (2003). The relationship of spirituality and health outcomes in black women with type 2 diabetes. *Ethnicity and Disease*, 13, 61-68.
- 25- Coleman, C. L. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental wellbeing and functional health status. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 457-464.
- and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 13: 249-257.
- ۶- برقی ایرانی، زیبا، علی اکبری دهکردی، مهناز، زارع، حسین، علی پور، احمد، شهیدی، غلام علی. (۱۳۹۳). رابطه علی ادراک بیماری، پیرووری دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون. روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، شماره ۱۰، صص: ۶۰-۵۱.
- 7- Otchet, F., Carey, M. S., Adam, L. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 94:935-941
- 8- Haas, J. S., Jackson, R. A., Fuentes-Afflick, E. et al (2004). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med*. 20: 45-51.
- 9- Pires R., Araujo-Pedrosa A., Canavarro MC. (2014). Examining the Links between Perceived Impact of Pregnancy, Depressive Symptoms, and Quality of Life during Adolescent Pregnancy: The Buffering Role of Social Support. *J Matern Child Health*, 18: 789-800.
- 10- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., Bonner, G. (1998). Effects of mindfulnessbased stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med*, 21: 581-599.
- 11- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: a controlled trial. *Am J Health Promot*, 15: 422-432.
- 12- Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., Angen, M. (2000). A randomized, waitlist controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditationbased stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*, 62: 613-622.
- ۱۳- ملیانی، مهدیه، اللهیاری، عباسعلی، آزادفلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی، طاولی، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال بیست و یکم، شماره ۱۰، صص: ۷۵-۸۶.
- 14- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., Speca, M (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 9: 112-123.

- 39- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 11: 67-74.
- ۴۰- طوافیان، صدیقه‌سادات، جمشیدی، احمدرضا، محمد، کاظم، منتظری، علی. (۱۳۸۷). تأثیر برنامه آموزشی سلامت کمر (Back school) بر کیفیت زندگی زنان مبتلابه کمردرد مزمن: مطالعه کارآزمایی بالینی با پیگیری ۳، ۶ و ۱۲ ماه. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۲۶، شماره ۳، صص: ۳۲۹-۳۲۱.
- 41- Hu, J., Gruber, K. J., Hsueh, K. H. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the SF-36 in older adults with diabetes in Beijing, China. *Diabetes research and clinic a practice*, 88, 273-281.
- 42- Fukuhara, S., Ware, J. E., Kosinski, M., Wada, S., & Gandek, B. (1998). Psychometric and Clinical Tests of Validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11: 1045-1053.
- 43- Sullivan, M. & Karlsson, J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11: 1105-1113.
- 44- Sanson-Fisher, R. W., & Perkins, J. J. (1998). Adaptation and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Australia. *Journal of Clin Epidemiol*, 51, 11, 961-967.
- 45- Jomeen J, Martin CR (2005). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J Psychosom Res* 59:131-138.
- ۴۶- منتظری، علی، گشتاسبی، آریتا، وحدانی‌نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. *پایش*، دوره پنجم، شماره ۱، صص: ۵۶-۴۹.
- 47- Godfrin KA, Heeringen C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *J Behaviour Research and Therapy* 48: 738-746.
- 48- Gayner B., Esplen MJ., DeRoche P., Wong J., Bishop S., Kavanagh L., Butler K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *J Behav Med*, 35: 272-285.
- 49- Gonzalez-Garcia M., Ferrer MJ., Borrás X., Gioiella, M. E., Berkman, B., & Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*, 6(6), 333-338.
- 27- Riley, B. B., Perna, R., & Tate, D. G. (1998). Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 258-264.
- 28- Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.
- 29- Tate, D. G., & Forchheimer, M. (2002). Quality of life, life satisfaction, and spirituality. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(6), 400-410.
- 30- Jobson L. (2009). Drawing current posttraumatic stress disorder models into the cultural sphere: The development of the conceptual self model. *Clinical Psychology Review*, 29: 331-63.
- 31- Jobson L, Moradi AR, Rahimi-Movaghar V, Conway M, Dalgleish T. (2014). Culture and the remembering of trauma. *J Clinical Psychological Science*, 1-46.
- 32- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58: 377-402.
- 33- Hefti R. Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy, in: *Religions* 2011(2).
- ۳۴- علامه مجلسی محمدباقر. (۱۳۶۲). *بحارالانوار*، تحقیق و تعلیق: سید جواد علوی. تهران: انتشارات دارالکتب الاسلامیه.
- ۳۵- حر عاملی، محمد بن حسن. (۱۳۷۶). *وسائل الشیعه*. تحقیق و تصحیح: الشیخ عبدالرحیم الربانی الشیرازی، تهران: چاپخانه اسلامی.
- ۳۶- کلینی رازی، محمد بن یعقوب بن اسحاق. (۱۳۸۷). *الاصول کافی*؛ ترجمه جواد مصطفوی. قم: دارالحدیث، دفتر نشر فرهنگ اهل بیت علیه‌السلام.
- ۳۷- میخبر، سیمیا. (۱۳۸۲). *ریحانه بهشتی یا فرزند صالح*. قم: نشر نورالزهرا.
- ۳۸- جوادى عاملی، عبدالله. (۱۳۹۲). *مفاتیح الحیاة*. قم: انتشارات اسرا.

- 58- Grossman P., Zvahlen D., Halter JP., Passweg JR., Steiner C., Kiss A. (2014). A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *J Support Care Cancer: In Press.*
- ۵۹- کاویانی، حسین، حاتمی، ندا، شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال دهم، شماره ۴، صص: ۳۹-۴۸.
- 60- Hueston WJ. & Kasik-Miller S. (1998). Changes in functional health status during normal pregnancy. *Journal of Family Practice* 47: 209-212.
- ۶۱- عباس‌زاده، فاطمه، باقری، اعظم، مهران، ناهید. (۱۳۸۸). ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار. فصلنامه پایش، سال نهم، شماره اول، صص: ۶۹-۷۵.
- 62- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Doubleday Del.
- ۶۳- اژدر، علیرضا، احمدی‌فراز، مهدی، زارع، حسین، زمانی، مهدی. (۱۳۹۰). بررسی جایگاه «دعا» در سلامت جسم و روان. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال هفدهم، شماره ۶۱ و ۶۲، صص: ۱۴۰-۱۳۳.
- Mun˜oz-Moreno JA., Miranda C., Puig J., Perez-Alvarez N., Soler J., Feliu-Soler A., Clotet B., Fumaz CR. (2014). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV Infection. *J AIDS Behav*, 18:676-685.
- 50- Nyklíček I., Dijkstra SC., Lenders PJ., Fonteijn WA., Koolen JJ. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *J Behav Med*, 37:135-144.
- 51- Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *J Brain, Behavior, and Immunity*, 2008Aug, 22(6): 969-81.
- 52- Henderson VP, Clemow L., Massion AO, Hurley TG, Druker S., Hebert JR. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *J Breast Cancer Res Treat*, 131: 99-109.
- 53- Altschuler A., Rosenbaum E., Gordon P., Canales S., Avins AL. (2012). Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life—a pilot feasibility study. *J Support Care Cancer*, 20: 1291-1297.
- 54- Nyklíček I., Kuijpers KF. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *J ann. behav. Med*, 35: 331-340.
- 55- Flugel Colle KF., Vincent A., Cha SS., Loehrer LL., Bauer BA., Wahner-Roedler DL. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *J Complementary Therapies in Clinical Practice* 16: 36-40.
- 56- Zeller JM., Lamb K. (2011). Mindfulness Meditation to Improve Care Quality and Quality of Life in Long-Term Care Settings. *J Geriatr Nurs*, 32: 114-118.
- 57- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *J Clinical Oncology*, 30(12): 1335-42.

