

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۸ تابستان ۱۳۹۴

## اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تداوم رفتارهای مراقبتی در مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن

تورج هاشمی نصرت‌آباد<sup>۱</sup>

لیلا راستگار فرج‌زاده<sup>۲</sup>

زینب خانجانی<sup>۳</sup>

نعیمه ماشینیچی عباسی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تداوم رفتارهای مراقبتی در مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن بود. بدین منظور تعداد ۴۰ مادر حائز کودکانی با بیماری‌های مزمن به شیوه در دسترس از بیمارستان اسدآبادی شهر تبریز انتخاب شده و در هشت جلسه حدوداً ۱ ساعته و دو بار در هفته آموزش روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت نمودند. این پژوهش از نوع آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خط پایه منفرد بود. در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه رفتارهای مراقبتی استفاده شد. برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر برای بررسی معناداری بالینی تغییرات به کار رفت. از این رو نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر مداخله روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود رفتارهای مراقبتی است.

**واژگان کلیدی:** بیماری مزمن؛ کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی؛ تداوم رفتارهای مراقبتی

۱- عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان (نویسنده مسئول)  
Email: leyla.rastgar@gmail.com

۳- عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۴- دانشجوی دکتری علوم اعصاب‌شناختی دانشگاه تبریز، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد

## مقدمه

اختلالات مزمن، عموماً به بیماری‌هایی اطلاق می‌شود که قابل درمان نیستند، اما بیمار و متخصصان سلامتی (پزشکان) آنها را کنترل می‌کنند. بیماری‌های قلبی، سرطان، دیابت و آرتروز (التهاب مفاصل) از جمله این اختلالات هستند. در تمام این بیماری‌ها عوامل روانشناختی حضور دارند که در مراحل آغازین بیماری، کنترل و درمان آنها نیاز به مداخله دارد (کورتیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

از جمله عوامل ایجادکننده بحران در خانواده وجود بیماری مزمن در یکی از اعضای خانواده به‌خصوص فرزندان می‌باشد. با شروع قرن بیستم، شیوع بیماری‌های مزمن نیزافزایش یافته است. بر طبق بررسی‌های اخیر، ۹۹ میلیون نفر آمریکایی از یک یا چند عامل مربوط به حالات مزمن رنج می‌برند که سالانه به این میزان اضافه می‌شود (فیس<sup>۲</sup> و لانگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹).

مبتلا شدن به یک بیماری مزمن می‌تواند برای سایر اعضای خانواده و خود بیمار بسیار آسیب‌زا باشد. مگر این‌که عوامل روانی، هیجانی و اجتماعی مرتبط با بیماری شناسایی شده و با بهره‌گیری از تخصص‌های موجود در جهت کمک و پیشگیری از مشکلات مربوط به آن اقدامات لازم انجام گیرد (حیدری، ۱۳۸۰). در مورد کودک مبتلا به بیماری مزمن، والدین به عنوان مراقبت‌کننده اولیه مطرح‌اند و در نتیجه برای تطابق با مشکلات و وظایف متعدد و پیچیده ناشی از بیماری کودک دچار چالش‌های زیادی می‌شوند (هووی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

مطابق برخی از مطالعات انجام شده، مراقبان ابراز می‌کنند که مراقبت از بیمار باعث کاهش سلامتی آنها، سبب بروز خستگی روحی، فشار بار مراقبتی، بروز اختلالات روانی و ... آنها شده است و استرس ناشی از نگهداری بیمار را دلیل عمده احساس عدم موفقیت در رویارویی با استرس و مدیریت تنش‌ها و بحران‌ها عنوان می‌کنند (سیاحی، ۱۳۸۹).

1- Cortis  
3- Long

2- Phipps  
4- Hovey

اکثریت مراقبان خانوادگی خیلی زود احساس عجز و ناامیدی می‌کنند و پابندی برای کمک به تغییر عقیده مراقب سبب رفع احساس شکست در او می‌شود (هیدی<sup>۱</sup> و نانسی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). مراقبت می‌تواند بسیار پر استرس و با تحمل بار بیماری همراه باشد. مراقبان در خانه ترکیبی از استرس‌های مزمن را تجربه می‌کنند که می‌تواند فشارهای فیزیکی و روانی را ایجاد کند و روی ارتباطات فامیلی و شغلی تأثیرگذار است (شمسایی، محمدخان، ونکی، ۱۳۹۱).

علی‌رغم این که برخی معتقدند داشتن نقش مراقب، با پاداش‌ها و تقویت‌های مثبتی هم همراه است (پیکوت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶)، ولی تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است به مشکلات روانی در مراقبان خانوادگی بیماران منجر گردد. اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانیشان به‌عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد (گود<sup>۴</sup>، هالی<sup>۵</sup>، راث<sup>۶</sup> و فوت<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸). برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبان خانوادگی داشته و زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت، سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان فراهم آورد (گوتیرز-مالدونادو<sup>۸</sup>، ریشگر<sup>۹</sup>، شید<sup>۱۰</sup>، لوز<sup>۱۱</sup>، مایکوس<sup>۱۲</sup>، لیسزوسکی<sup>۱۳</sup> و ایتون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸).

در مواجهه با آسیب‌های ناشی از بیماری‌های مزمن، مداخلات آموزشی و درمانی متنوعی در سال‌های اخیر طراحی شده است که از آن جمله می‌توان به روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد.

فنون ذهن آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است (کابات زین، ۲۰۰۳). برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

1- Heidi

3- Picot

5- Haley

7- Fotd

9- Riebscheger

11- Luz

13- Liszewski

2- Nancy

4- Goode

6- Roth

8- Gutierrez- maldonado

10- Scheid

12- Mickus

14- Eaton

موجب افزایش ذهن آگاهی، بهزیستی و نیز کاهش استرس و علائم فیزیکی و روانشناختی آن می‌شود. زمان صرف شده در تمرین‌های مراقبه رسمی مانند یوگا نیز با ارتقاء ذهن آگاهی و بهزیستی مرتبط است. بنابراین می‌توان ذهن آگاهی را یک عامل میانجی برای افزایش عملکرد روانشناختی و کاهش علائم استرس حاصل از تمرین‌های مراقبه در نظر گرفت (کارمودی<sup>۱</sup> بائر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

توضیح این که ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به‌نوبه‌خود به جلوگیری از ماریج فروکاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال<sup>۳</sup>، ویلیامز<sup>۴</sup> و تیزدل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

لینهان (۱۹۹۳) برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روانشناختی تأکید کرد. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهنی، یکی انجام دادن و دیگری بودن یاد می‌گیرد، ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در حالت‌های توجه آگاهانه، پخش اطلاعات از چرخه‌های دو طرفه معیوب، به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که رفتارهای عادی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند (کاوایانی، جواهری، بحیرایی، ۱۳۸۴).

از سویی مطالعات نشان می‌دهند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی جسمانی، روانی، هیجانی و معنوی (ایوان<sup>۶</sup> و کوپ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) بهبود

1- Carmody  
3- Segal  
5- Teasdale  
7- Cope

2- Baer  
4- Williams  
6- Evans

کیفیت خواب (شاپیرو<sup>۱</sup>، بوتزین<sup>۲</sup>، فیگوردو<sup>۳</sup>، لویز<sup>۴</sup> و شوارتز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳)، کیفیت زندگی بالا، لذت بردن از زندگی و نشانه‌های فیزیکی پایین (کیویت استیجنن<sup>۶</sup>، ویسر<sup>۷</sup>، گارسن<sup>۸</sup>، هودیگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن آگاهی، تحمل درد را بیشتر نموده و علاوه بر افزایش مهارت‌های ذهن آگاهی، باعث کاهش فشار خون دیاستولی می‌شود (کینگستون<sup>۱۰</sup>، چادویکا<sup>۱۱</sup>، مرون<sup>۱۲</sup> و اسکینر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). مبتنی بر آنچه که ذکر شد، هدف پژوهش تعیین اثر روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تداوم رفتارهای مراقبتی در مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن بود.

### روش

جامعه آماری پژوهش را کلیه مادرانی تشکیل دادند که حائز کودکانی با بیماری‌های مزمن بودند و در نیمه اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان اسد آبادی شهر تبریز مراجعه کردند. در این پژوهش تعداد ۴ مادر حائز کودکانی با بیماری‌های مزمن به شیوه در دسترس انتخاب شدند. این پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی با استفاده از طرح خط پایه منفرد بود. در این طرح، متغیر وابسته در طی مراحل خط پایه، درمان (زمانی که متغیر مستقل ارائه می‌شود) و پیگیری اندازه‌گیری شد. در این پژوهش از طرح ABA استفاده شد. قبل از شروع درمان به منظور تعیین خط پایه، از متغیر تداوم رفتار مراقبتی، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس مرحله آموزش اجرا گردید و در حین آموزش، متغیر ذکر شده اندازه‌گیری شد و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری به عمل آمد. متناسب با طرح اجرا شده، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات به کار گرفته شد.

1- Shapiro  
3- Figuero  
5- Schwartz  
7- Visser  
9- Hudig  
11- Chadwick  
13- Skinner

2- Bootzin  
4- Lopez  
6- Kiviet-Stijnen  
8- Garssen  
10- Kingeston  
12- Meronc

## ابزار گردآوری داده‌ها

در این پژوهش با توجه به اهداف پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه رفتارهای مراقبتی استفاده شد. معیار سنجش این پرسشنامه، مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. در این پرسشنامه، از نمونه‌ها خواسته می‌شود که میزان موافقت خود را با هر آیت‌م در پاسخ به سؤال کلی (از نظر شما کدامیک از موارد زیر جزو رفتارهای مراقبتی از یک بیمار محسوب می‌شود؟) با انتخاب گزینه مناسب از (کاملاً مخالفم=۱) تا (کاملاً موافقم=۵) اعلام نمایند. اعتبار علمی پرسشنامه در مطالعات خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است (وایلد<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). پایایی فرم فارسی آن در روش باز آزمایشی به فاصله دو هفته ۰/۸۹ و ۰/۹۱ بود و مقدار پایایی درونی آن نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است (سلیمی، عظیم پور، فشارکی و محمدزاده، ۱۳۹۰).

## روش آموزش

بسته درمانی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در هشت جلسه حدوداً ۱ ساعته و دو بار در هفته اجرا شد. هر جلسه در بر گیرنده گزارش مختصری از مطالب هفته گذشته، مروری بر تکالیف خانگی و تکنیک‌های همان جلسه بود. حین هر جلسه مهارت خاصی از مجموعه مهارت‌های MBSR<sup>۲</sup> به شرکت‌کنندگان آموزش و تمرین داده شد. در پایان هر جلسه نیز فایل‌های صوتی و چکیده‌ای از مهم‌ترین مطالب مطرح شده در طی هر جلسه، به صورت کتبی، به شرکت‌کنندگان ارائه شد تا در فاصله بین جلسات با کمک آنها به تمرین و تکرار تکنیک‌های آموخته شده بپردازند.

تکنیک‌ها شامل؛ مراقبه ذهن آگاهی، ذهن آگاهی صداها، فعالیت‌های روزمره: خوردن، ظرف شستن، دوش گرفتن و ...، تنفس ۳ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی تنفس، ذهن مبتدی، ذهن آگاهی نشستن، ذهن آگاهی راه رفتن، ذهن آگاهی افکار، ذهن آگاهی احساس‌های جسمانی و ذهن آگاهی هیجان‌ها بود.

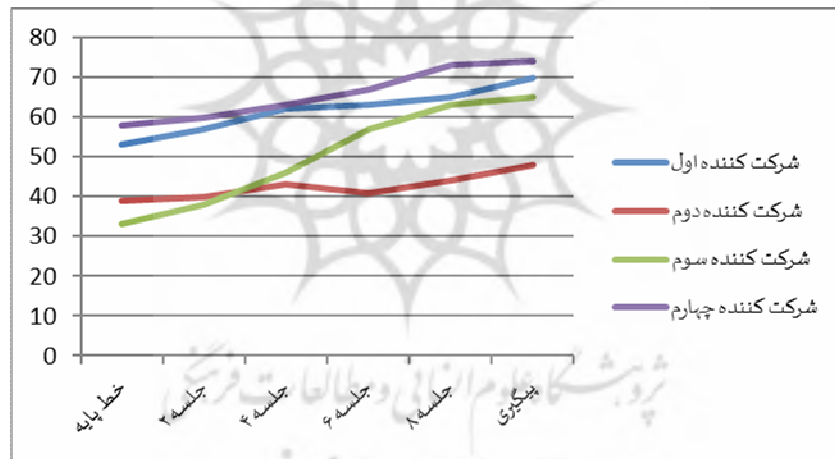
1- Wild

2- Mindfulness-Based Stress Reduction

## یافته‌ها

در این پژوهش ۴ نفر شرکت داشتند. پیش از آغاز درمان، ابتدا کلیه آزمودنی‌ها به پرسشنامه استاندارد شده پاسخ دادند و از این طریق خط پایه اندازه‌ها به دست آمد. از جلسه دوم به بعد پرسشنامه‌ها در جلسات زوج توسط شرکت‌کننده‌ها تکمیل گردیدند. همچنین به منظور بررسی و تعیین پایداری اثرات مداخله، شرکت‌کنندگان یک ماه بعد از اتمام مداخله، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چشمی نمودارها، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شده است. نمودارها می‌توانند تغییر در شدت علائم را براساس سه رویه (سطح، شیب و تغییرپذیری) نشان دهند.



نمودار (۱) الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان در متغیر تداوم رفتارهای مراقبتی

نمودار ۱، الگوی تغییرات شرکت‌کنندگان را در متغیر تداوم رفتارهای مراقبتی را نشان می‌دهد. مطابق نمودار، شرکت‌کننده دوم، کمترین تغییر و شرکت‌کننده سوم، بیشترین تغییر را در تداوم رفتارهای مراقبتی نشان داده است. با این وجود الگوی کلی هر چهار شرکت‌کننده صعودی است و این امر نشان‌دهنده افزایش تداوم رفتارهای مراقبتی

در مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن، پس از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است.

جدول (۱) اندازه اثر و درصد بهبودی طول درمان و مرحله پیگیری متغیر مورد مطالعه

مراحل	شرکت کننده‌ها	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه	۵۳	۳۹	۳۳	۵۸	
جلسه دوم	۵۷	۴۰	۳۸	۶۰	
جلسه چهارم	۶۲	۴۳	۴۶	۶۳	
جلسه ششم	۶۳	۴۱	۵۷	۶۷	
جلسه هشتم	۶۵	۴۴	۶۳	۷۳	
پیگیری	۷۰	۴۸	۶۵	۷۴	
درصد بهبودی درمان	۲۲	۱۲	۹۰	۲۵	
درصد بهبودی پیگیری	۳۲	۲۳	۹۶	۲۷	
اندازه اثر	۱/۶۶	۱/۳۳	۱/۶۱	۱/۵	

با توجه به جدول، درصد بهبودی درمان در آزمودنی اول، ۲۲ و درصد بهبودی پیگیری، ۳۲ است که از نظر بالینی معنی‌دار نیست. در آزمودنی دوم، درصد بهبودی درمان، ۱۲ و درصد بهبودی پیگیری، ۲۳ است که از نظر بالینی معنی‌دار نیست. در آزمودنی سوم، درصد بهبودی درمان، ۹۰ و درصد بهبودی پیگیری، ۹۶ است که از نظر بالینی معنی‌دار است و در آزمودنی آخر، درصد بهبودی درمان، ۲۵ و درصد بهبودی پیگیری، ۲۷ است که از نظر بالینی معنی‌دار نیست.

همچنین، اندازه اثر در آزمودنی اول، ۱/۶۶، در آزمودنی دوم، ۱/۳۳، در آزمودنی سوم، ۱/۶۱، و در آزمودنی چهارم ۱/۵ برآورد شده است و بیانگر این است که اندازه اثر در هر چهار آزمودنی متوسط است.



### بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش هدف، بهبود رفتار مراقبت در شرکت کنندگان، پس از آموزش روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بود. نتایج داده‌ها حاکی از بهبود رفتار مراقبانه در مادران کودکان دچار بیماری‌های مزمن بود. در تبیین نتایج می‌توان بیان داشت که بیماری‌های مزمن به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر زندگی افراد تأثیرگذار هستند (فییس، مونا<sup>۱</sup> و سندس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این‌گونه بیماری‌ها نه تنها زندگی فرد بیمار را مختل می‌کنند، بلکه زندگی افراد مراقبت‌کننده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (لیم<sup>۳</sup> و زبراک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). افراد مراقبت‌کننده در زمینه استرس‌ها و چالش‌های عاطفی، سازگاری با مسئولیت‌های جدید، مسائل مربوط به مراقبت و درمان و همچنین افت سطح کیفیت زندگی خویش با مشکل مواجه می‌شوند (هالیکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

مطالعات حاکی از آنست که افسردگی و ناتوانی‌های روانی در مراقبان، توانایی آنها را برای مراقبت مطلوب از بیمار کاهش می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). از سویی، رفتارهای مخرب بیمار و فشار بار مراقبتی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر فرسودگی مراقبان به‌ویژه در مراقبان زن است (سلیمانی، ۱۳۸۵). از طرفی بیماری یک عضو خانواده، موجب تغییر سبک زندگی کل خانواده و به هم ریختن تعادل در خانواده می‌شود (گلوزمان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). در واقع، مراقبت از بیمار ناتوان، مراقب را با مشکلات متعددی مواجه می‌کند که بر سلامت جسمی و روانی وی تأثیر منفی داشته و گاهی ارتباطات خانوادگی را نیز مختل می‌سازد (کالنتی<sup>۷</sup>، گاندی<sup>۸</sup>، آنتلو<sup>۹</sup>، لویز<sup>۱۰</sup>، ریوریو<sup>۱۱</sup> و مایان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰). در فرآیند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبان احساس عدم کنترل بر زندگی داشته و مراقبت از بیمار را تجربه‌ای پراسترس می‌دانند که رویارویی با آن همراه با احساس

1- Mona  
3- Lim  
5- Holicky  
7- Calenti  
9- Antelo  
11- Riverio

2- Sands  
4- Zebrack  
6- Glozman  
8- Gandoy  
10- Lopez  
12- Mayan

بی‌کفایتی است (نوازی، ۱۳۷۸).

براساس نظر بایرون<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) راهبردهای سازگاری مفید ذهن آگاهی برای ایجاد و حفظ آگاهی عبارتند از: فقدان قضاوت و ارزشیابی، صبر و شکیبایی، صبر و بردباری، ذهن آغازگر، درگیر نشدن، پذیرش و رها شدن. در واقع ذهن آگاهی با تأثیر بر شرایط فوق، به افزایش کمیت و کیفیت رفتارهای مراقبتی منجر شده و باعث کاهش مشکلات و مسائل ناشی از وجود یک بیمار، در میان اعضای خانواده می‌گردد.

به تعبیری ذهن آگاهی باعث احساس آرامش و امیدواری و توانایی بهتر برای مقابله با تنش، افزایش اعتماد به نفس و کنترل درونی می‌شود (پاسینی<sup>۲</sup> و اپشتاین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). همچنین آموزش‌های ذهن آگاهی، خلق را بالا برده و خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد و همین امر باعث افزایش رفتارهای مراقبتی می‌شود (اسلادک<sup>۴</sup>، باند<sup>۵</sup> و فیلیپس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامه آموزشی روانی است که به بیمار آموزش می‌دهد تا آگاه‌تر بوده و با افکار و احساسات و حس‌های بدنی‌شان به‌گونه دیگری برخورد کند. روش ذهن آگاهی متمرکز بر کاهش استرس، به افراد کمک می‌کند تا به تمام محرک‌هایی که هر لحظه در حوزه‌ی هشیارشان قرار می‌گیرد، بدون قضاوت کردن و در عین حال با بصیرت نگاه کنند (شاپیرو، آستین<sup>۷</sup>، بیشاپ<sup>۸</sup> و کاردووا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵).

ذهن آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی (سیگل، ۲۰۱۰). بر این اساس شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی در تندرستی است (کولز<sup>۱۰</sup>، سوئر<sup>۱۱</sup> و والاش<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹) از سویی افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی، توافق، گشودگی، وجدانمندی و کاهش نشانه‌های درد همراه بوده و در حقیقت، افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل

1- Byron  
3- Epstein  
5- Bond  
7- Astin  
9- Cordova  
11- Sauer

2- Pacini  
4- Sladec  
6- Phillips  
8- Bishop  
10- Kols  
12- Walach

مشکلات روزمره توانا تر هستند (واکر<sup>۱</sup> و کولوسیمو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ زیدان<sup>۳</sup>، گوردون<sup>۴</sup>، مرچانت<sup>۵</sup> گلکازیان<sup>۶</sup>، پاولا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ سیگل، ۲۰۱۰).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی بود که در پاسخ‌دهی به سؤالات، سوگیری ایجاد می‌کند و نتایج را مغشوش می‌کند. همچنین پیگیری ۱ ماهه و کوتاه‌مدت بود. عدم امکان اجرای خط پایه چندگانه، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

پیشنهاد می‌شود برای جلوگیری از سوگیری ناشی از این ابزارها، در پژوهش‌های آتی از ابزارهای مشاهده‌ای دقیق‌تر استفاده شود. لازم است در پژوهش‌های آتی مراحل پیگیری اثرات مداخلات به عمل آمده، طولانی مدت شد و از طرح خط پایه چندگانه استفاده شود. همچنین، طرح پژوهشی حاضر به صورت بین گروهی هم اجرا شود.

۱۳۹۳/۰۴/۱۰

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۳/۰۹/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۴/۰۱/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

1- Walker  
3- Zeidan  
5- Merchant  
7- Paula

2- Colosimo  
4- Gordon  
6- Goolkasian

## منابع

- حیدری، فریبا (۱۳۸۰). بررسی اثر درمان شناختی رفتاری در کمک به کنترل دیابت و کاهش اختلالات هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مشاوره. تهران. دانشگاه تربیت معلم.
- سلیمی، صالح؛ عظیم‌پور، افسانه؛ فشارکی، محمد و محمدزاده، شهلا (۱۳۹۰). درک پرستاران از اهمیت رفتارهای مراقبتی و عوامل تعیین‌کننده آن. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۰، ۱-۴۹.
- سلیمانی؛ محمدعلی (۱۳۸۵). مقایسه سلامت عمومی و کیفیت خواب در دو گروه پرستاران شیفت ثابت و در گردش. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سیاحی، سمیه (۱۳۸۹). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و خودکارآمدی با آموزشی درمانی حضرت علی اصغر(ع). پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- سید نوازی، محسن (۱۳۸۷). کتاب جامع بهداشت عمومی. چاپ دوم. تهران. انتشارات اشارات
- شمسائی، فرشید؛ محمدخان کرمانشاهی، سیما و ونکی، زهره (۱۳۹۱). معنی سلامتی از دیدگاه عضو خانواده مراقبت‌کننده از بیمار با اختلال دوقطبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۹۰، ۶۵-۵۲.
- کاویانی، حمید؛ جواهری، فروزان و بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. تازه‌های علوم شناختی، ۷، ۴۹-۵۹.
- Byron, N. (2006). *Mindfulness Skills. Clinical Psychologist*, Australia.
- Calenti, J.C., Gandoy, M., Antelo, M., Lopez, M., Riverio, MP, & Mayan, J.M. (2000). Helping the family carers if Alzheimer s patient: from theory to practice. A preliminary study. *Gerontology & Geriatrics*, 131-138.
- Carmody, J. & Baer, R. (2008). Relationship between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and

- well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal Behavior Medicine*, 34, 30-37.
- Curtis, A J. (2000). *Health Psychology*. London, Routledge Co.
- Evans, D., & Cope, W. (2004). *Quality of life Questionnaire (QLQ)*.
- Glozman, J. (2004). *Quality of life of caregivers*. *Neuropsychology Review*.
- Goode, K., Haley, W., Roth, D. & Fotd, G. (1998) Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychol.* 5, 190-198.
- Gutierrez-Maldonado, J., & Caqueo-urizar, A. (2007) Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 739-747.
- Heidi, J., & Nancy, S. (2002) Family care giver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies, *Journal of the American Dietetic Association*, 831-836.
- Holicky, M. (2000). *A labor of love beating stress in long term care giving*. New media degxon co.
- Hovey, J.K. (2005). Fathers parenting Chronically ill children: concerns and coping strategies. *Issuses Compr Pediatr Nurs*, 83-95.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5, 156-144
- Kieviet-Stijnen, A., Visser, A., Garssen, B., & Hudig, H. (2008). Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. *Patient Educ and Couns*, 21, 436-442.
- Kingeston, J., Chadwick, P., Meronc, D., & Skinner, T. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*, 297-300.
- Kols, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facet of mindfulness-Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory, *Personality and Individual differences*, 46, 224-230.

- 
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. e – Based strategies.
- Lim, J.W., & Zebrack, B. (2004). Caring for members with chronic physical illness: A critical view of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 42-50.
- Pacini, R., & Epstein, S. (1999). The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs and the ratio-bias phenomenon. *J Pers Soc Psychol*, 76, 972-87.
- Phipps, W., Long, B. (1999). *Medical surgical nursing a nursing process approach*, St. Louis: Mosby Co.
- Phipps, W.J., Mona, F.D., & Sands, J.K. (2004). *Medical surgical Nursing: Health and illness perspective*. Philadelphia: Mosby.
- Picot, S.J. (1996). *Family caregivers: Windows into their worlds*. Reflections.
- Riebscheger, J., Scheid, C., Luz, C., Mickus, M., Liszewski, C., & Eaton, M. (2008). How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Acade Psychiat*, 119-26.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sladek, R.M., Bond, M.J., & Phillips, P.A. (2010). Age and gender differences in preferences for rational and experiential thinking. *Pers Individ Dif*, 49(8), 907-11.
- Shapiro Shouna, L., Astin John, Bishop Scott, R., & Matthew, Cordova. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 76-164.
- Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M., & Schwartz, G.E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal Psychosometric Research*, 5, 85-91.
-

- 
- Siegel, R.D. (2010). *The mindfulness Solution (every day practices for every day problems)*, New York: Guilford.
- Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non- meditators: A theoretical and empirical examination, *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A et al. (2005). *Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (pro) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation*. Value Health.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.
- Zeidan, F., Gordon, N.S., Merchant, J., & Goolkasian (2010). The effect of brief mindfulness meditation training on experimentally induced Pain, *The Journal of Pain*. 11(3), 199-209.

