

مقاله‌ی پژوهشی

پیش‌بینی خودکارآمدی والدگری و علایم فزون‌اضطرابی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی
در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

خلاصه

مقدمه: هدف از مطالعه‌ی حاضر پیش‌بینی خودکارآمدی والدگری و علایم فزون‌اضطرابی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش توصیفی-همبستگی شامل تمام زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس در سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۵ شهر مشهد است که جهت درمان به کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب و هم‌چنین مراکز مشاوره روان‌شناختی مراجعه نموده بودند. تعداد ۱۰۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با لحاظ تمام شرایط تحقیق انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی والدگری، اضطراب بک و ذهن آگاهی استفاده شد و داده‌ها با روش رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مولفه‌های ذهن آگاهی، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن به طور معنی‌داری باعث کاهش اضطراب در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌شوند. هم‌چنین عمل توأم با هوشیاری، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن نیز به صورت معنی‌داری باعث افزایش خودکارآمدی والدگری می‌شوند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که مولفه‌های ذهن آگاهی، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن سبب کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی والدگری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، خودکارآمدی، ذهن آگاهی، مولتیپل اسکروزیس، والدگری

محمد محمدی‌پور

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد واحد

قوچان، ایران

*الهه پوراکیران

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تربت

حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت

حیدریه، ایران

*مؤلف مسئول:

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، تربت

حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت

حیدریه، ایران

poorakbaran@rocketmail.com

تاریخ وصول: ۹۶/۰۱/۲۳

تاریخ تایید: ۹۶/۰۴/۱۰

پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید دانشگاه آزاد اسلامی و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است و هیچ گونه ارتباطی با منافع شخصی نویسندگان نداشته است. از همکاری بیماران شرکت‌کننده، قدردانی می‌گردد.

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) یک بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، لرزش اندام ها، اختلال در دفع ادرار و عملکرد جنسی و تعادل، فراموشی، کرحتی، تاری دید و دوبینی در فرد بیمار می‌گردد (۱). این بیماری از شایع‌ترین بیماری‌های اعصاب در انسان و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های منجر به ناتوانی در زنان است (۲،۳). رایج‌ترین دوره شروع آن جوانی بوده و در زنان حدود دو برابر مردان، شایع است (۴،۵).

با توجه به نوع اختلال در بیماران MS سازگاری این بیماران به شدت کاهش می‌یابد (۶). این مسئله می‌تواند بر روابط آن‌ها با فرزندان و شیوه-ی فرزندپروری آن‌ها تاثیر گذار باشد (۷).

خودکارآمدی والدینی به قضاوت و احساس والدین از توانایی‌هایشان برای انجام وظایف والدینی است (۸،۹). کودکان والدین دارای خودکارآمدی پایین معمولاً احساس خرسندی نمی‌کنند (۱۰). میزانی که والدین در توانایی خود جهت به دست آوردن همه‌ی جنبه‌های پرورش کودک، احساس اثرمندی می‌کنند و ارزیابی والدین نسبت به توانایی خود در ایفای نقش والدگری، خودکارآمدی والدینی گفته می‌شود (۱۱-۱۴). افزایش این استرس در کنار بیماری و مشکلات ناشی از آن می‌تواند باعث افزایش اضطراب در مبتلایان شود (۱۵،۱۶). هم‌چنین شواهد حاکی از آن است که اضطراب بالا در این افراد یکی از عوامل مهم در عود این بیماری و عدم پاسخدهی به درمان است. (۱۷-۱۹) که غالباً با علائم دستگاه خودکار مثل تنگی نفس، پیش قلب، تعرق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری همراه می‌گردد (۲۰،۲۱). اضطراب می‌تواند بیماران مزمن از جمله بیماران MS را به شدت متفعل نموده و بسیاری از جنبه‌های زندگی آن‌ها را مختل سازد. به همین دلیل است که توجه به اضطراب در بیماری‌ها و مشکلات مختلف، مطالعات زیادی را در حوزه‌ی روان‌شناسی به خود اختصاص داده است (۲۲،۲۳). با وجود آن چه گفته شد بررسی‌ها نشان می‌دهد که در بیماران مزمن از جمله بیماران MS واکنش‌ها به این بیماری، متفاوت است (۲۴،۲۵). برخی از افراد با وجود ابتلا به این اختلال، روابط مطلوبی با فرزندان و اطرافیان خود دارند (۲۶).

ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حال و خالی از قضاوت است (۲۷،۲۸). ذهن آگاهی در آیین بودا تحت عنوان توجه محض یا ثبت غیر استدلالی رویدادها بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است (۲۹،۳۰). کابات زین، ذهن آگاهی را به

عنوان آگاهی قضاوتی لحظه به لحظه تعریف می‌کند (۳۱) و با توجه تاثیر ذهن آگاهی در همین راستا، مطالعات قاسمی و همکاران (۳۳) حاکی از آن است که بین ذهن آگاهی و تنظیم هیجان، رابطه‌ی منفی و معنی‌دار وجود دارد. شیخ‌الاسلامی (۳۴) نیز نشان داده است که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، موثر است. بروجردی و همکاران (۳۵) نشان دادند که با نگرش‌های ناکارآمد، عدم تحمل-پذیری و انزجار و گرایش به جلب توجه، ذهن آگاهی کاهش می‌یابد. کویانی و همکاران (۳۶) نیز نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد. در مطالعات خارجی نیز سیروئیس و توستی^۲ (۳۷) دریافتند که ذهن آگاهی پایین، عامل خطری برای سلامتی عاطفی و جسمی ضعیف می‌باشد. کورت^۳ نیز نشان می‌دهد که ذهن آگاهی بر تکانشگری، اضطراب و کیفیت زندگی افراد، موثر است (۳۸). نتایج مشابهی نیز در مطالعات بریل^۴ و همکاران (۳۹)، ون روستین^۵ (۴۰) و بوهلمجیر^۶ (۴۱) به دست آمده است.

با این حال اکثر مطالعات انجام شده بیشتر جنبه‌ی اثربخشی را بررسی نموده و پژوهش کمتری در رابطه با نقش پیش‌بینی‌کنندگی این متغیر در رابطه با جنبه‌های روان‌شناختی انجام شده است. بنابراین با توجه به ضرورت، هدف اصلی مطالعه‌ی حاضر پیش‌بینی خودکارآمدی والدگری و علائم فزون‌اضطرابی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی در زنان مبتلا به MS می‌باشد.

روش کار

جامعه‌ی آماری روش این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که با تایید دانشگاه آزاد اسلامی انجام شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به بیماری ام اس در سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۵ شهر مشهد است که جهت درمان به کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصین مغز و اعصاب و هم‌چنین مراکز مشاوره‌ی روان‌شناختی جهت کاهش استرس و نشانه‌های مرتبط به بعد روانی بیماری‌شان بوده مراجعه نموده بودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۱۰۵ نفر از زنان مبتلا به بیماری ام اس می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند با لحاظ تمام شرایط تحقیق انتخاب شدند.

به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده و حجم نمونه برابر با ۹۱ نفر محاسبه گردید. از سوی دیگر با توجه به این که در این مطالعه از روش رگرسیون استفاده می‌شود، لازم است تا کفایت حجم

²Sirois and Tosti³Kort⁴Berrill⁵Van Ravesteijn⁶Bohlmeijer¹Multiple Sclerosis

نمونه به دست آمده با توجه به تعداد متغیرها بررسی گردد. بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل (۴۲) با قرار دادن تعداد متغیرهای پیش‌بین در این مطالعه که برابر با ۵ متغیر می‌باشد حجم نمونه‌ی مورد نیاز برابر با ۹۰ خواهد بود لذا همان طور که مشخص است حجم نمونه برحسب فرمول کوکران ۹۱ نفر بوده و از میزان حداقل پیشنهاد شده بیشتر است. با توجه به احتمال ریزش، تعداد ۱۱۰ پرسش‌نامه توزیع گردید که در نهایت ۱۰۵ مورد جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی والدگری: این پرسش‌نامه را دومکا، اتریوزینگر، جکسون و روزا (۴۳) اولین بار برای ارزیابی خودکارآمدی والدگری مورد استفاده قرار دادند. این مقیاس شامل ۱۰ آیتم است که پنج عبارت مثبت و پنج عبارت منفی دارد و حس کلی والدین از اطمینان را در نقش والد می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرت ۷ نقطه‌ای هستند که طیف آن از ۱= به ندرت تا ۷= همیشه است. در مطالعه تایلر آلفای کرونباخ ۰/۵۴ به دست آمد. طالعی (۱۱) نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۰ را محاسبه کرد و روایی صوری آن را مطلوب گزارش نمود. بررسی اعتبار سازه این پرسش‌نامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نموده و نشان داده است که تمامی گویه‌های این مقیاس بر روی یک عامل بارگزاری می‌شوند. هم‌چنین این مطالعه نشان داده است که پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ و با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۷۳ می‌باشد (۱۱).

ب- پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI): این پرسش‌نامه توسط آرون تی بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ گویه است که علایم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چک‌لیست شباهت دارد. پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک، برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هر یک از ماده‌های آن یکی از علایم شایع اضطراب یعنی علایم ذهنی، علایم بدنی و هراس را می‌سنجد. همان گونه که اشاره شد این پرسش‌نامه دارای ۲۱ گویه است که هر گویه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی صفر، نشان‌دهنده‌ی عدم وجود علامت، نمره‌ی ۱ علامت خفیف، نمره‌ی ۲ علامت متوسط و نمره‌ی ۳ نشان‌دهنده‌ی علامت شدید است. پس از به دست آمدن نمرات، آن‌ها جمع بسته می‌شوند و نمره‌ی کلی فرد از ۰ تا ۶۳ به دست می‌آید. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله‌ی یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسش‌نامه بر روی ۱۶۰ نفر بیمار سرپایی به دست آمد. فدریخ و همکاران نیز در سال ۱۹۹۲ ضریب پایایی ۰/۶۷ و ضریب آلفای ۰/۹۴ را برای ۴۰ بیمار

سرپایی گزارش کردند. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان روزبه انجام شد، پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شده است. در این پژوهش که بر روی ۵۶ فرد نابارور انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد (۴۴). هم‌چنین رجبی و یزدخواستی بیان می‌دارند این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا ۰/۹۲، همبستگی داده بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ است. بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه‌های سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مورد نظر روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ نشان داده است (۴۵).

ج- پرسش‌نامه‌ی ذهن آگاهی: مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه‌ی ذهن-آگاهی فریبرگ، والش و همکاران، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه براون و ریان، مقیاس ذهن آگاهی کنجوکی بائر و اسمیت با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است (۴۶). بائر، تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه انجام داد. این پرسش‌نامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مولفه بود بر اساس نتایج ۴ عامل از ۵ عامل با عوامل شناخته شده، قابل مقایسه بود و پنجمین عامل شامل آیتم‌هایی بود که تحت عنوان حالت غیر واکنشی به تجربه‌ی درونی تعریف شد. عوامل به دست آمده این چنین نامگذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه‌ی درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. عامل مشاهده دربرگیرنده‌ی توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها می‌باشد. توصیف به نامگذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری دربرگیرنده‌ی عمل با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع، ذهن فرد در جای دیگری است. غیر قضاوتی بودن به تجربه‌ی درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیر واکنشی بودن به تجربه‌ی درونی، اجازه‌ی آمد و رفت به افکار و احساسات درونی است بی آن که فرد در آن‌ها گیر کند. بر اساس نتایج، همسانی درونی عوامل، مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عوامل، متوسط و در تمام موارد، معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت. هم‌چنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-بازآزمون پرسش-نامه در نمونه‌ی ایرانی بین ۰/۵۷ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و ۰/۸۴ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. هم‌چنین ضرایب آلفا در حد قابل

خودکارآمدی والدگری نیز دارای یک مولفه می‌باشد. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهشی در کل نمونه آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهن آگاهی، اضطراب و خودکارآمدی والدگری

میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
۱۹/۷۴۲۹	۴/۵۲۹۸۸	۱۳/۰۰	۳۱/۰۰	مشاهده
۱۹/۷۸۱۰	۳/۳۱۹۴۷	۱۳/۰۰	۲۷/۰۰	توصیف
۲۰/۸۵۷۱	۳/۸۱۴۰۱	۱۳/۰۰	۳۰/۰۰	عمل توأم با هوشیاری
۱۹/۰۵۷۱	۳/۶۵۰۱۵	۱۴/۰۰	۲۷/۰۰	غیر قضاوتی بودن
۲۱/۴۰۹۵	۴/۱۸۷۱۹	۱۳/۰۰	۳۱/۰۰	غیر واکنشی بودن
۳۳/۷۸۱۰	۸/۱۳۵۸۴	۱۷/۰۰	۴۶/۰۰	اضطراب
۳۵/۰۳۸۱	۸/۱۵۹۳۸	۱۶/۰۰	۷۰/۰۰	خودکارآمدی والدگری

جهت بررسی سهم پیش‌بینی‌کنندگی از تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده گردید. بنابراین برای این منظور مولفه‌های ذهن آگاهی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و خودکارآمدی والدگری و اضطراب به عنوان متغیر ملاک وارد معادله‌ی رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در جداول بعد گزارش شده است.

جدول ۲- ضریب همبستگی چندگانه (ضریب رگرسیون) برای پیش‌بینی اضطراب و خودکارآمدی والدگری

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای معیار برآورد
مدل ۱: پیش‌بینی اضطراب از روی ذهن آگاهی	۰/۴۸۶ ^a	۰/۲۳۶	۰/۱۹۸	۷/۲۸۷۷
مدل ۲: پیش‌بینی خودکارآمدی والدگری از روی ذهن آگاهی	۰/۳۸۶ ^a	۰/۱۴۹	۰/۱۰۶	۷/۷۱۴۰۶

a پیش‌بینی‌کننده‌ها

جدول ۳- تحلیل واریانس نمرات اضطراب و خودکارآمدی والدگری بر متغیرهای پیش‌بین

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
مدل ۱	۱۶۲۵/۹۱۷	۵	۳۲۵/۱۸۳	۶/۱۲۳	b, .۰۰۰
باقیمانده	۵۲۵۸/۰۴۵	۹۹	۵۳/۱۱۲		
مجموع	۶۸۸۳/۹۶۲	۱۰۴			
مدل ۲	۱۰۳۲/۶۸۹	۵	۲۰۶/۵۳۸	۳/۴۷۱	b, .۰۰۶
باقیمانده	۵۸۹۱/۱۵۸	۹۹	۵۹/۵۰۷		
مجموع	۶۹۲۳/۸۴۸	۱۰۴			

علاوه بر این در جدول دوم مقدار ANOVA گزارش شده که آن مقدار اعتبار آماری مدل را ارزیابی می‌کند. با توجه به این که سطح معنی‌داری در این جدول کمتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد می‌توان تاثیر متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک را از لحاظ آماری پذیرفت. حال از آن جا که مقدار ضریب رگرسیون معنی‌دار می‌باشد می‌توان به وسیله‌ی جدول ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده میزان اهمیت و معنی‌داری هر یک از مولفه‌های متغیر پیش‌بین را در تعیین متغیر ملاک به

قبولی بین ۰/۵۵ مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و ۰/۸۳ مربوط به عامل توصیف به دست آمد (۴۷).

پس از انتخاب گروه نمونه، به مراکز مشخص شده مراجعه گردید و پس از هماهنگی با مسئولین مراکز، پرسش‌نامه‌های پژوهش به افراد داده شد تا تکمیل نمایند. در صورت ابهام به سوالات افراد پاسخ داده شد. سپس پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و از روش رگرسیون چندمتغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۰۵ نفر بوده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات میانگین سنی افراد مبتلا ۳۴/۲ با انحراف استاندارد ۵/۵۶ سال و از دامنه‌ی ۲۲ سال تا ۵۰ سال متغیر بود. در این مطالعه اکثر افراد مبتلا به MS (۴۹٪) دارای مدرک دیپلم بودند. ۱۲ درصد در حد کاردانی و ۳۹ درصد نیز کارشناس و بالاتر بودند. از بین این افراد ۳۴ درصد متأهل و ۶۶ درصد نیز مجرد بودند. در این مطالعه اضطراب، ذهن آگاهی و خودکارآمدی والدگری با استفاده از پرسش‌نامه سنجیده شده است. پرسش‌نامه‌ی ذهن آگاهی شامل ۵ مولفه (مشاهده، توصیف، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضاوتی بودن و غیرواکنشی بودن) می‌باشد. پرسش‌نامه‌ی اضطراب و

در جدول ۲ مقادیر R، R² و R² تعدیل شده مشاهده می‌گردد. در این جدول مقدار R² تعدیل شده، بسیار مهم بوده و میزان برازنگی مدل را نشان می‌دهد. مقدار این ضریب بین ۰ تا یک می‌باشد که هرچه به یک نزدیک‌تر شود دقت بیشتر مدل را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد این مقدار در تحلیل فوق برای مدل اول با ۰/۱۹ و برای مدل دوم ۰/۱۰ می‌باشد که نشان می‌دهد به ترتیب ۱۹ و ۱۰ درصد تغییرات اضطراب و خودکارآمدی والدگری به متغیرهای پیش‌بین، وابسته است.

جدول ۴- ضرایب رگرسیون استاندارد شده و استاندارد نشده

سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده		ضرایب استاندارد نشده		متغیر	مدل
		Beta	خطای استاندارد	B	خطای استاندارد		
۰/۰۰۰	۱۱/۰۴۰		۵/۰۴۸	۵۵/۷۲۸	(Constant)	۱	
۰/۷۸	-۱/۷۸۰	-۰/۳۲۱	۰/۳۲۴	-۰/۵۷۶	مشاهده		
۰/۰۵۳	-۱/۹۵۹	-۰/۲۹۹	۰/۳۷۴	-۰/۷۳۲	توصیف		
۰/۷۳۷	-۰/۳۳۷	-۰/۰۳۸	۰/۲۳۹	-۰/۰۸۱	عمل با هوشیاری		
۰/۰۲۳	۲/۳۰۷	-۰/۴۹۸	۰/۴۸۱	-۱/۱۱۰	غیر قضاوتی بودن		
۰/۰۰۶	-۲/۸۲۳	-۰/۳۷۴	۰/۲۵۷	-۰/۷۲۷	غیر واکنشی بودن		
۰/۰۰۱	۳/۲۷۲		۵/۳۴۳	۱۷/۴۸۱	(Constant)	۲	
۰/۳۵۹	۰/۹۲۲	۰/۱۷۵	۰/۳۴۲	۰/۳۱۶	مشاهده		
۰/۲۸۴	۱/۰۷۷	۰/۱۷۳	۰/۳۹۶	۰/۴۲۶	توصیف		
۰/۰۲۰	۲/۳۷۴	۰/۲۸۱	۰/۲۵۳	۰/۶۰۱	عمل با هوشیاری		
۰/۰۱۹	-۲/۳۸۴	۰/۵۴۳	۰/۵۰۹	۱/۲۱۴	غیر قضاوتی بودن		
۰/۰۲۳	۲/۳۱۳	۰/۳۲۳	۰/۲۷۳	۰/۶۳۰	غیر واکنشی بودن		

شود. هم‌چنین عمل توام با هوشیاری، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن نیز

باعث افزایش خودکارآمدی والدگری می‌شوند. این نتایج با یافته‌های قاسمی و همکاران (۳۳)، شیخ‌الاسلامی (۳۴)، بروجردی و همکاران (۳۵)، کاویانی و همکاران (۳۶)، سیروئیس و توسی (۳۷)، سینگ و همکاران (۳۲)، کورت (۳۸)، بریل و همکاران (۳۹)، ون‌رواستین (۴۰) و بوهلمجیر (۴۱) هم‌خوان است.

شواهد نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی بالا در افزایش سلامت روان‌شناختی، سازگاری، گشودگی به تجارب و سلامت روان، همراه است. علت این امر را می‌توان به استفاده‌ی سریع و بهنگام آن‌ها در راهبردهای حل مسئله دانست. در حقیقت افراد ذهن‌آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (۴۸). بریتون و همکاران (۴۹) نشان داده‌اند که روش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنش‌های اجتماعی موثر است. هم‌چنین روس و همکاران (۵۰) نیز نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی برای افزایش سلامت عمومی، رضایت از خود و کاهش اضطراب و نگرانی و توانایی مقابله با استرس، روش سودمندی است به این دلیل که افراد ذهن‌آگاه می‌توانند به خوبی و به طور همه‌جانبه بر خود، آگاهی داشته باشند. ذهن‌آگاهی باعث آگاهی از وقایع، بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت در مورد آن‌ها شده و منجر به تغییرات معانی احساسی و عاطفی خاص می‌شود و فرد به این نکته پی می‌برد که افکار پیش از این که بازتابی از موقعیت باشند، ناشی از فرایندهای درونی هستند. در این حالت، فرد متوجه فعالیت‌های خودکار

بر اساس نتایج جدول و با توجه به سطوح معنی‌داری از مولفه‌های ذهن-آگاهی، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن می‌تواند اضطراب را در زنان مبتلا به MS پیش‌بینی کنند. با توجه به ضریب بتا می‌توان گفت تغییری به اندازه یک انحراف معیار در قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن به ترتیب موجب $-۰/۴۹$ و $-۰/۳۷$ تغییر انحراف معیار تغییر در میزان اضطراب می‌شود. هم‌چنین مدل دوم نشان می‌دهد که از مولفه‌های ذهن-آگاهی، عمل توام با هوشیاری، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن می-تواند خودکارآمدی والدگری را پیش‌بینی کنند. با توجه به ضریب بتا می‌توان گفت تغییری به اندازه یک انحراف معیار در عمل توام با هوشیاری، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن به ترتیب موجب $۰/۲۸$ ، $۰/۵۴$ و $۰/۳۲$ تغییر انحراف معیار تغییر در میزان اضطراب می‌شود. با توجه به جدول بالا و بر اساس متغیرهای پیش‌بین معنی‌دار نمودار پیش-بینی اضطراب و خودکارآمدی والدگری به صورت زیر می‌باشد.

$$= ۵۵/۷۲ \times (\text{غیر واکنشی بودن}) - (۱/۱۱۰ \times \text{قضاوتی بودن}) - ۵۵/۷۲ =$$

اضطراب

$$+ ۰/۶۳۰ \times (\text{غیر واکنشی بودن}) + (۱/۲۱۴ \times \text{قضاوتی بودن}) + (۰/۶۰۱ \times$$

$$\text{عمل توام با هوشیاری}) + ۱۷/۴۸ = \text{خودکارآمدی والدگری}$$

بحث

مطالعه‌ی حاضر به منظور پیش‌بینی خودکارآمدی والدگری و علایم فزون‌اضطرابی بر اساس مولفه‌های ذهن-آگاهی در زنان مبتلا به MS صورت گرفت. نتایج نشان داد که مولفه‌های ذهن‌آگاهی، قضاوتی بودن و غیر واکنشی بودن باعث کاهش اضطراب در زنان مبتلا به MS می-

مستمر تجربیات در حال تغییر و مشکلات فرزندپروری به صورت بالقوه می‌باشد (۵۳). بنابراین ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد که در زمان حال، مشکلاتی که در فرزندپروری دارند را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. بیشتر مشکلات روانی معمولاً با حوادثی که در گذشته روی داده یا در آینده اتفاق خواهد افتاد مربوط است. به عنوان مثال افرادی که افسرده‌اند درباره‌ی گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می‌کنند و کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آن‌ها می‌شود (۵۴). این مشکلات روانی شرایط را برای بیماران مبتلا به MS به شدت مستعد خواهد نمود زیرا همان طور که می‌دانیم بیماری، عامل برانگیزنده‌ی افسردگی، اضطراب و تنش‌های روانی است. این در حالی است که برخی از بیماران با وجود داشتن مشکلات، می‌توانند از ذهن آگاهی به عنوان یک شیوه‌ی بودن یا یک شیوه‌ی فهمیدن استفاده نمایند که باعث درک احساس شخصی و موقعیت‌های-شان می‌شود. پیامد این درک، مقاومت نسبت به حادثه‌ی عارض شده یعنی بیماری به عنوان یک معضل می‌شود (۵۵). با توجه به نتایج این پژوهش و بیشتر بودن نمرات خودکارآمدی والدگری و کمتر بودن اضطراب در بیماران ذهن آگاه پیشنهاد می‌گردد تا بر اساس منابع موجود و نظریات ارائه شده در این حوزه پکیج‌های آموزشی به صورت گام به گام برای استفاده در مطالعات آزمایشی و هم‌چنین در مراکز مشاوره به منظور مداخلات لازم به کار گرفته شود. به مشاوران و سایر درمانگران توصیه می‌شود تا در مصاحبه‌ی بالینی خود و تحلیل سبب‌شناختی مشکلات مراجعان، ذهن آگاهی آنان را مورد کنکاش قرار دهند و از طریق شناخت راهبردهای ناکارآمد آنان بر اثربخشی شیوه‌ی درمان خود بیفزایند و راهبردهای کارآمد را به فرد آموزش دهند. با این حال با توجه به این که این پژوهش بر روی نمونه‌ی اندکی اجرا گشته است لازم است تا مطالعات بیشتری در این زمینه با نمونه‌های گسترده‌تر صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج، ذهن آگاهی می‌تواند سهم قابل توجهی در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی والدگری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته باشد.

و رفتارهای عادی خود شده و آگاهی و هوشیاری فزاینده‌ای در فعالیت‌های روزانه‌ی خود به دست می‌آورد (۵۱).

به نظر می‌رسد زنان مبتلا به MS به دلیل عدم ذهن آگاهی و نشخوار فکری در مورد آینده، کمتر می‌توانند با موقعیت‌های تنش‌زا کنار بیایند (۵۲). در واقع ذهن آگاهی به نوعی روشی برای مقابله و حل و فصل استرس است که اگر فرد از عهده‌ی آن برنیاید به احتمال زیاد بیشتر دچار اضطراب می‌شود (۲۹). در موقعیت‌های تهدیدکننده‌ی سلامتی که نهایت تهدید را به همراه دارد، افراد مجهز به تکنیک‌های ذهن آگاهی، بازرزایی مثبتی نسبت به حوادث دارند و سعی می‌کنند به صورت منطقی موقعیت‌های تنش‌زا را برای خود، ایمن تلقی کنند (۴۸). این در حالی است که برخی از افراد قادر به چنین کاری نبوده و همین امر هم آن‌ها را برای مقاومت در برابر استرس‌ها سست می‌کند. اگر کاملاً حضور ذهن نداشته باشیم نمی‌توانیم تشخیص دهیم که دقیقاً چه امکاناتی وجود دارد؟ چطور می‌توانیم به امکانات دسترسی داشته باشیم؟ و چگونه تغییر شکل و رشد ایجاد کنیم؟ بنابراین عدم ذهن آگاهی باعث می‌شود که افراد امکانات و موقعیت‌های خود را برای مقابله با بیماری، نشناخته و شاید به همین دلیل است که اضطراب در برخی از بیماران ذهن آگاه به مراتب کمتر از سایر بیماران است (۴۶).

حضور ذهن یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است زیرا روشی موثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشد (۲۸). حضور ذهن صحیح به این معنا است که شخص، آگاهی خود را از گذشته و آینده به زمان حاضر معطوف کند. زمانی که فرد در زمان حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و درمی‌یابد که ذهن به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می‌دهد دایماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است (۲۹). همین درک از ذهن و گفتگوی درونی می‌تواند خودکارآمدی در افراد را تحت تاثیر قرار داده و بیمار با توانایی بیشتری ذهن خود را در برابر افکار منفی ناشی از عدم کارایی کنترل نماید. این در حالی است که افرادی که ذهن آگاهی ندارند به راحتی نمی‌توانند افکار منفی‌شان را کنترل نموده و همواره حرکت‌شان به سمت رفتارهای کارآمد نیز با ناتوانی همراه است. بنابراین برخی از بیماران از مهارت‌های حضور ذهن به عنوان روشی در جهت مقابله با استرس و بیماری استفاده کرده و برای آن‌ها ذهن آگاهی دربرگیرنده‌ی پذیرش

References

- Golestani O, Omrani O, Ali Khani M, Delpasand Vafae R, Muzaffar A. [Analysis of the cost of treatment of MS patients with a disease-modifying drugs in Iran]. Journal of medical sciences 2013; 21(7): 12-15. (Persian)
- Harbo H, Gold R, Tintoré M. Sex and gender issues in multiple sclerosis. Ther Adv Neurol Disord 2013; 6(4): 237-48.

3. Koriem KM. Multiple sclerosis: New insights and trends. *J Trop Biomed* 2016; 6(5): 429-40.
4. Hayes CE, Spanier JA. Multiple sclerosis in women: Vitamin D and estrogen synergy for autoimmune T-cell regulation and demyelinating disease prevention. In: Watson RR, Killgore DS. *Nutritional lifestyle and neurological autoimmune Diseases*. 1st ed. USA: Elsevier; 2017: 81-107.
5. Hasler G. Excessive daytime sleepiness in young adults: A 20-year prospective community study. *J Clin Psychiatry* 2009; 66(4): 521-9.
6. Emmerik RE, Jones SL, Busa MA, Remelius JG, Averi JL, Emmerik RE, et al. Enhancing postural stability and adaptability in multiple sclerosis. *Adv Exp Med Biol* 2014; 826: 251-76.
7. Pakenham KL, Tilling J, Cretchley J. Parenting difficulties and resources: the perspectives of parents with multiple sclerosis and their partners. *J Psychol* 2012; 57(1): 52-60.
8. Chen Y, Fish MC. Parental involvement of mothers with chronic illness and children's academic achievement. *J Fam Issues* 2013; 34: 5.
9. Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The preterm parenting and self-efficacy checklist. *Infant Behav Dev* 2012; 35(4): 678-88.
10. Abarashi Z, Tahmassian K, Mazaheri AR, Panaghi L, Mansoori N. Parental self-efficacy as a determining Factor in healthy mother-child interaction: A pilot study in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014; 8(1): 19-25.
11. Tale'ee A, Tahmasian K, Vafaei.N. Effectiveness of positive parenting program on the effects of maternal satisfaction. *Journal of family research* 2011; 27(1): 311-23. (Persian)
12. Young L. Exploring the relationship between parental self-efficacy and social support systems Dissertation. USA: Samantha Iowa State University; 2011.
13. Tahmasian K, Anari A. [Factors affecting efficacy of mothers of children 2-6 years old parents]. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences*; 2011. (Persian)
14. Sarabi M, Hassan Abadi H, Mashhadi A, Asghari Nekah M. [The impact of parental education on self-efficacy of mothers of children with Autism]. *Journal of mental health* 2011; 3(4): 84-9. (Persian)
15. Prokopova B, Hlavacova N, Vlcek M, Penesova , Penesova A, Grunnerova L, et al. Early cognitive impairment along with decreased stress-induced BDNF in male and female patients with newly diagnosed multiple sclerosis. *J Neuroimmunol* 2017; 302(15): 34-40.
16. Briones-Buixassa L, Raimon M, Aragonès JM, Ufill E, Olaya B, Arrufat FX. Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychol Open* 2015; 2(2): 20-55.
17. Visser LD, Knaapa LJ, Weerda CM, Ohl F. Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: Towards gender-specific endophenotypes of anxiety. *Neuropsychologia* 2010; 48: 1598-606.
18. Ghasempour A, Soure J, Sydtazeh M. [Forecast death anxiety by cognitive emotion regulation strategies]. *Science and research in applied psychology* 2012; 48(8): 65-72. (Persian)
19. Sadock B, Sadock V. [Brief of psychiatry]. Pour Afkari N. (translator). Tehran: Shahrab; 2003. (Persian)
20. Movahedi Rad N, Javadi H, Ahmadi M. [Compare the prevalence of anxiety among students with different demographic characteristics]. *Training and evaluation* 2012; 5: 131-46. (Persian)
21. Galbraith T, Heimberg RG, Wang S, Schneier FR, Blanco C. Comorbidity of social anxiety disorder and antisocial personality disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions NESARC. *J Anxiety Disord* 2014; 28(1): 56-7.
22. Mobini S, Mackintosh B, Illingworth J, Gega L, Langdon P, Hoppitt L. Effects of standard and explicit cognitive bias modification and computer-administered cognitive-behavior therapy on cognitive biases and social anxiety. *J Behav Ther Experim Psychiatry* 2014; 45(2): 272-9.
23. Boeschoten RE, Braamse AM, Beekman FT, Cuijpers, P, Oppen P, Dekker J, et al. Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci* 2017; 372(15): 331-41.
24. Lyu SW, Seok HH, Byun JS, Kim WJ, Shim SH, Bak CW. Sexual dysfunctions induced by stress of timed intercourse and medical treatment. *BJU Int* 2013; 111(4 Pt B): E227-34.
25. Soundy A, Elder T. Developing and applying the theory of psychological adaptation needs in patients with multiple sclerosis. In: Watson RR, Killgore DS. *Nutritional lifestyle and neurological autoimmune Diseases*. 1st ed. USA: Elsevier; 2017: 117-25.
26. Muñoz A, Oreja-Guevara C, Lorenzo C, Notario L, Vega BR, Pérez CB. Psychotherapeutic and psychosocial interventions for managing stress in multiple sclerosis: The contribution of mindfulness-based interventions. *Neurología* 2016; 31(2): 113-20.
27. Davidson RJ, Kabat-zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosom Med* 2003; 65(1): 564-70.
28. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford; 2002.
29. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J. Mindfulness: A proposed operational definition. *Sci Pract* 2004; 11(3): 223-41.
30. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman ED, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment* 2008; 15(1): 204-23.

31. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. New York: Delta; 1990.
32. Singh NN, Lancioni GE, Singh AD, Winton AS, Singh AN, Singh S. Adolescents with Asperger syndrome can use a mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior. *Res Autism Spectr Disord* 2012; 5(3): 1103-9.
33. Ghasemi Jubaneh R, Mousavi S, Zanipour A, Hoseini Sadiq M. [The relationship between mindfulness and emotion regulation with academic procrastination]. *Strategies in medical education* 2016; 9(2): 134-41. (Persian)
34. Sheikholeslami A, Dortaj F, Delavar A, Qavam I. [The impact of mindfulness-based stress reduction program on procrastination students]. *Journal of educational psychology* 2014; 10: 94-109. (Persian)
35. Boroujerdi F, Safa M, Karamloo S, Masjedi M. [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for depression and dysfunctional attitudes on tolerance in patients with chronic lung disease]. *Research in psychological health* 2014; 8(4): 6-7. (Persian)
36. Kaviani H, Hatam N, Javaheri F. [Lowering effect of mindfulness-based cognitive therapy on your thoughts and dysfunctional attitudes]. *Research on psychological health* 2008; 2(2): 5-14. (Persian)
37. Sirois FM, Tosti N. Lost in the moment? an investigation of procrastination, mindfulness, and well-being. *J Rat-Emo Cogn-Behav Ther* 2012; 30(1): 237-43.
38. Kort K. The effects of a mindfulness based intervention on impulsivity, symptoms of depression, anxiety, experiences and quality of life of persons suffering from substance use disorders and traumatic brain injury. Minnesota: University of Minnesota; 2012.
39. Berrill JW, Sadlier M, Hood K, Green J. Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *J Crohn's Colitis* 2014; 13(3): 43-9.
40. Van Ravesteijn H. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: A cost-effectiveness study. *J Psychosom Res* 2013; 74(3): 197-205.
41. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2010; 68(6): 539-44.
42. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate statistics. 5th ed. Boston: Pearson Education.
43. Dumka LE, Stoerzinger HD, Jackson KM, Roosa MW. Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Fam Relat* 1996; 45(2): 216-22.
44. Akbari H, Mohammedian A, Ghanbarabadi B. Effectiveness of cognitive behavior therapy and pharmacotherapy on anxiety and impulsivity symptoms in men with borderline personality disorder. *Journal of mental health*. 2008; 40(1): 317-23. (Persian)
45. Rajabi S, Yazdkhasti F. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with multiple sclerosis]. *Clinical psychology* 2014; 21(10): 28-9. (Persian)
46. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006; 13(1): 27-45.
47. Haidari Nasab L, Ahmadvand Z, Shaeiri M. [Check the validity and reliability of the five aspects of mindfulness in non-clinical samples of Persia]. *Journal of behavioral sciences* 2013; 3(7): 11-12. (Persian)
48. Williams P, Penman D. Mindfulness: A practical guide to peace in a frantic world. MacMillan: Abridged; 2011.
49. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2012; 43(2): 338-65.
50. Rose EA. Impact of children with developmental disabilities and behavior problems on parenting stress. Dissertation: Ohio State University, 2012.
51. Paterniti A. Comparing the efficacy of a mindfulness-based program to a skills-training program in the treatment of test anxiety. Ph.D. Dissertation. Island: University of Island.
52. Milà R, Aragonès JM, Bufill E, Olaya B, Arrufat FX. Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychol Open* 2015; 2(2): 20-55.
53. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain* 2009; 148(1): 120-7.
54. Mousavi M, Atashpour S, Molavi H. [The effect of group mindfulness training on the symptoms of obsessive-compulsive disorder in women of Isfahan]. *New findings in psychology* 2010; 5: 51-77. (Persian)
55. Azargoon H, Kajbaf M, Molavi H, Abedi M. [Effect of mindfulness training on mental rumination and depression in students of Isfahan University]. *Journal of behavior* 2009; 34(1): 13-22. (Persian)