

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۰ تابستان ۱۳۹۷

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی

عزت‌اله احمدی^۱

چکیده

زنان سرپرست خانواده در مقایسه با دیگر زنان به علت شرایط سخت زندگی، کیفیت زندگی پایینی دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی ذهن آگاهی به روش شناختی بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی طراحی شده است. تعداد ۳۰ نفر به روش غیرتصادفی در دسترس (هدفمند) انتخاب و در دو گروه شاهد و آزمایش قرار گرفتند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت آموزش ذهن آگاهی به روش شناختی-رفتاری قرار گرفت، و در این مدت گروه شاهد مداخله‌ای را دریافت نکرد. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس یکراهه تحلیل شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما آموزش ذهن آگاهی به روش شناختی-رفتاری در گروه آزمایش، نمرات کیفیت زندگی را به‌طور معنی‌داری افزایش داد. برنامه آموزش ذهن آگاهی به روش شناختی-رفتاری می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح جمعیت عمومی و گروه‌های هدف معرف با تحت پوشش سازمان بهزیستی قرارگیرد و از طریق افزایش کیفیت زندگی مشکلات این قشر آسیب‌پذیر را تخفیف دهد.

واژگان کلیدی: آموزش ذهن آگاهی؛ کیفیت زندگی؛ زنان سرپرست خانوار

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، ایران

مقدمه

از زمان جنگ جهانی دوم، تعداد خانوارهای تک‌سرپرست به‌طور مداوم در دنیای غرب در حال افزایش است (بولداجی^۱، فروزان^۲ و رفیی^۳، ۲۰۰۸). البته ایران نیز طبق شاخص‌های آماری از این امر مستثنی نیست به‌طوری که از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۹۰ آمار زنان سرپرست خانواده از ۷/۱ درصد به ۱۲/۱ درصد افزایش یافته است و آمار منتشره سازمان بهزیستی کشور که نشان می‌دهد طی ۱۰ سال گذشته (۱۳۷۵-۱۳۸۵) هر ساله تعداد ۶۰۳۰۰ نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است مقوم این مطلب می‌باشد (نازکتبار^۴ و نامدار علی‌آبادی^۵، ۲۰۱۱). البته این آمارها ممکن است واقعی نباشند، زیرا در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار، بیکار، زندانی، متواری و معتاد هستند، سرپرست خانوار همچنان مرد اعلام می‌شود، بنابراین به تعداد زنان سرپرست خانوار حداقل ۳ تا ۴ میلیون اضافه می‌شود (شادی‌طلب و گرایبی‌نژاد، ۱۳۸۳).

زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، مطلقه، همسران مردان بیکار، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خود سرپرست (زنان تنها)، دختران بی‌سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند می‌باشد (حبیبی، قنبری، خدایی، ۱۳۹۲). پدیده زنان سرپرست خانواده به دلایل مختلف در دنیا روبه افزایش است و اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند به‌گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به‌صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود (خسروی، ۱۳۸۷).

زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبرو می‌شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به‌طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شوند و آنها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر

1- Boldaji

3- Rafiee

5- NamdarAliabadi

2- Fruzan

4- Nazoktabar

قرار می‌دهند (کوین^۱، ۲۰۰۳).

گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به‌ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبرو هستند، به طوری که عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. این گروه به علت اینکه توان اداره امور اقتصادی خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده می‌کنند و علاوه بر نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت، مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم درآمد می‌گردند (چانت^۲، ۱۹۹۷).

زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان زیر بنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است. مشکلات زنان بر سلامت جسمی و سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسل‌های بعدی تأثیرگذار است از این رو مطالعه کیفیت زندگی و سلامت زنان بسیار حائز اهمیت بوده و توجه بسیاری از پژوهشگران حوزه کیفیت زندگی را به خود جلب کرده است (حسینی، فروزان، امیرفریار، ۱۳۸۹).

تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری به تأثیر محیط اجتماعی - اقتصادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری روانی در افراد و به‌ویژه در اقشار آسیب‌پذیر (زنان و کودکان) اذعان دارند (الیور^۳، ۱۹۹۷). کیفیت زندگی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت‌نگر می‌باشد، این واژه نخستین بار توسط پیکو در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت. به مرور زمان محققان متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی سلامت باشد (فایرکلوس^۴، ۲۰۰۲). به استناد تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶)، کیفیت زندگی مجموعه‌ای است از رفاه و سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله فرد یا گروهی از افراد درک می‌شود و متأثر از عوامل متعددی می‌باشد. بنابراین، منظور از کیفیت زندگی فقط سطح استاندارد

1- Coyne
3- Oliver

2- Chant
4- Fairclough

زیستی و سطح دستیابی به حداقل رفاه و امکانات نیست، بلکه دربرگیرنده کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی نیز می‌باشد.

کیفیت زندگی را می‌توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد که هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است. طبق این تقسیم‌بندی، اجزای عملکرد جسمی شامل بود یا نبود اختلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تنگی نفس، خستگی و بی‌خوابی، ناتوانی، بی‌حسی، درد، توان انجام حرکت برای مراقبت از خود و انجام کارهای روزمره است. اجزای عملکرد روانی مشتمل بر وجود یا فقدان اضطراب، افسردگی، سازش، بیماری و درمان است. اجزای عملکرد اجتماعی دربرگیرنده نحوه ایفای نقش‌ها، ارتباطات، تعاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خارج از منزل و فعالیت‌های جنسی است؛ و اجزای عملکرد معنوی شامل پرداختن به کارهای مذهبی از قبیل دیدار از اماکن مقدس و مذهبی، دعاکردن و راز و نیاز با خداست (برگر^۱، پورتنوی^۲ و ویسمن^۳، ۱۹۹۸).

در این راستا، روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار از نظر روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و تنش و اضطراب بیشتری رانسبت به خانوارهای مرد سرپرست تجربه می‌کنند (بولداج، فروزان و رفیعی، ۲۰۰۸). تحقیقات انجام شده در جامعه ایرانی نیز نشان داده است که زنان سرپرست خانوار به‌خاطر فراوانی بالای نقش‌هایی که بر عهده می‌گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری را تجربه می‌نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (خسروی، ۱۳۸۷).

تردیدی نیست که یکی از راهکارهای مطلوب برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بشر، شناسایی روش‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد (اکینسولا^۴ و پوپوویچ^۵، ۲۰۰۲).

1- Berger
3- Weissman
5- Popovich

2- Portenoy
4- Akinsola

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف کاهش علائم روانشناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی به‌طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی به‌کار برده می‌شود (آنتونی^۱، ایرونسون^۲ و اسکیدرمن^۳، ۲۰۰۷). تحقیق انجام شده توسط فلوگل^۴، چا^۵، لوهلر^۶ و بائر^۷ (۲۰۱۰) با هدف بررسی میزان کیفیت زندگی افرادی که برای اولین بار در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی انجام شد، نشان داد بهبودی معنی‌دار در کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در دوره کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ایجاد شده است.

ذهن آگاهی برگرفته از ابعاد مختلف سنت‌های کهن معنوی است و ابزاری است که انسان از آن برای آزادی خود از درد و رنج و مشکلات موجود به آن متوسل می‌شود (گاناراتانا، ۲۰۰۲، به نقل از احمدی، ۱۳۹۱). اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود. ذهن آگاهی یک روش یا فن است، اگرچه در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی به‌کار رفته است. ذهن آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوه "بودن" یا یک شیوه "فهمیدن" توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است (بائر^۸، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و توجه، بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال^۹، ویلیامز^{۱۰} و تیزدیل^{۱۱}، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی به‌صورت طبیعی منجر به ارزیابی مجدد شناختی یا آگاهی از ارزیابی مجدد شناختی هیجانات مثبت و منفی می‌شود که این امر می‌تواند منجر به رشد شخصی و روابط عمیق بین شخصی شود (نیکلییگ، ویدگره‌ایتس، مارسلز لنبِرگ، ۲۰۱۱). آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری

1- Antoni
3- Schneiderman
5- Cha
7- Bauer
9- Segal
11- Teasdale

2- Ironson
4- Flugel
6- Loehrer
8- Baer
10- Williams

یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (چمبرز^۱، گولون^۲ و آلن^۳، ۲۰۰۹). در نهایت می‌توان مطرح کرد ذهن‌آگاهی راهی ساده برای ارتباط با تمام تجربی است که می‌توانند درد را کاهش داده و مرحله‌ای را برای دگرگونی مثبت شخصی، بنا نهاد. یک فرایند روانشناختی است که می‌تواند چگونگی پاسخ افراد به مشکلات اجتناب-ناپذیر زندگی را تغییر دهد و نه تنها به چالش‌های وجودی روزمره بلکه همچنین به مشکلات روان‌شناختی شدید همچون خیالپردازی خودکشی‌گرایانه، افسردگی مزمن و توهمات روان‌پریشانه نیز می‌پردازد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

مهارت‌های مراقبه ذهن‌آگاهی عبارتند از: وارسی بدنی، مراقبه نشستن با توجه به حالات تنفسی و ژست‌های بدنی مانند هاتا یوگا که در همه این موارد از افراد خواسته می‌شود تا به تجارت درونی خود بدون اینکه به محتوای درونی آنها غرق یا جذب شوند توجه نمایند (اسپکا^۴، کارسون^۵، گودی^۶ و آنگن^۷، ۲۰۰۰). علاوه بر این، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معنی‌داری به افزایش وضوح ذهنی، سلامت روانی و نیز کاهش تنش بدنی انجامیده است (کاراداسیوتو^۸، ۲۰۰۵).

البته برخی یافته‌ها حاکی از عدم اثر بخشی ذهن‌آگاهی می‌باشد. برای نمونه پژوهش سمیعی و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان رابطه ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی نشان داد که با توجه به ذهن‌آگاهی نمی‌توان کیفیت زندگی را پیش‌بینی نمود. همچنین پژوهش نجاتی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان ذهن‌آگاهی شاخصی مؤثر در کیفیت زندگی جانبازان نشان داد که ذهن‌آگاهی با ابعاد فیزیکی، درد جسمی و فعالیت اجتماعی رابطه معنی‌داری ندارد. پژوهش مورنی و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه شدت درد،

1- Chambers
3- Allen
5- carson
7- Argen

2- Gullone
4- Speca
6- Goody
8- Caradaciotto

خودکارآمدی و کیفیت زندگی پس از آموزش ۸ جلسه‌ای ذهن آگاهی، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نداد. پژوهش مولوراسکی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد پس از مداخلات ذهن آگاهی، بهبود معنی‌دار در زمینه کارکرد تنفسی گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد و نهایتاً پژوهش تکسیرا (۲۰۱۰) تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل در زمینه خواب و کیفیت زندگی نشان نداد. لذا با توجه به مطالب یاد شده، مساله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا برنامه آموزش ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده مؤثر است؟

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون باگروه شاهد است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارتست از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان آذرشهر، که در گروه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال بودند، که تعداد آنان در بهزیستی شهرستان ۲۵۰ نفر می‌باشد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس (هدفمند) استفاده شد، تعداد نمونه مورد نظر ۳۰ نفر آزمودنی (هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب شد، پس از اجرای پیش‌آزمون و قبل از دخالت متغیر مستقل، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای گرفتند. قبل از شروع آزمایش دو گروه از نظر تحصیلات، سن و میزان درآمد همتا شدند که در جدول (۱) میزان تحصیلات گروه آزمایش و کنترل منعکس شده است.

جدول (۱) توزیع فراوانی گروه آزمایش و کنترل به تفکیک وضعیت تحصیلی

گروه	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	کل
آزمایش	۸	۳	۴	۱۵
کنترل	۷	۴	۴	۱۵
کل	۱۵	۷	۸	۳۰

همچنین در جدول (۲) سن و میزان درآمد آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل منعکس گردیده است.

جدول (۲) تعداد، میانگین و انحراف معیار دو گروه به تفکیک سن و درآمد

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سن آزمودنی	آزمایش	۱۵	۴۱/۶۰	۷/۴۲
	کنترل	۱۵	۴۰/۸۰	۸/۷۲
درآمد آزمودنی	آزمایش	۱۵	۵/۸۴	۳/۰۶
	کنترل	۱۵	۵/۷۱	۳/۲۳

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶

این پرسشنامه توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شده است و شامل ۳۶ سوال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای است که دیدگاه فرد را نسبت به سلامت می‌سنجد (نجات، ۱۳۸۷) هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی می‌باشد که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشتگانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید، در واقع پرسشنامه حاضر هم برای هشت بعد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی نمره جداگانه به دست می‌دهد و هم یک نمره کل می‌توان از آن به دست آورد که نشان‌دهنده کیفیت زندگی آزمودنی می‌باشد (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ توسط منتظری، گشتاسبی، وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر انجام گرفته است که نشان‌دهنده کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد.

بسته آموزشی ذهن آگاهی

دستورالعمل جلسه‌ها براساس راهنمای کتاب «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی» (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) تنظیم شده است. این درمان شامل هشت جلسه آموزش گروهی است که هفته‌ای یک بار و به مدت دو ساعت به طول می‌انجامد. در این

آموزش، افراد یاد می‌گیرند که چطور به شیوه‌ای متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوی باورها و افکارشان متمرکز شوند. آنها همچنین یاد می‌گیرند که چگونه جهت افکار خود آیند، عادات، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را تغییر دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و آنها را در چشم‌انداز وسیع‌تری ببینند.

موضوع جلسات به ترتیب عبارتند از:

یک- توضیح درباره حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضاء با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه کردن به آنها؛

دو- پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به نفس؛

سه- آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند؛

چهار- یاد گرفتن اینکه بدون فرار و دوری کردن از افراد در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم؛

پنج- آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم؛

شش- تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت؛

هفت- هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبرو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی؛

هشت- برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی.

یافته‌ها

در جدول زیر میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون برای گروه آموزش ذهن‌آگاهی برابر با

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه و زمان آزمون

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۴۱٫۳۳	۰۴٫۱۴	۸۶٫۵۵	۱۲٫۲۳
کنترل	۳۳٫۴۰	۶۹٫۱۳	۹۳٫۴۳	۶٫۹۰

۴۱/۳۳ و گروه کنترل ۴۰/۳۳ است همچنین نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون بدون مهار متغیر مداخله‌گر برای گروه آموزش ذهن‌آگاهی ۵۵/۸۶ گروه کنترل ۴۳/۹۳ است.

قبل از بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی، ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس پرداخته شد. در این راستا نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌های دو گروه از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند ($p > 0/05$).

جدول (۲) نتایج آزمون نرمال بودن توزیع داده‌های گروه آزمایش و گروه کنترل

تعداد	پیش‌تست	پس‌تست
۳۰	۳۰	۳۰
Z	۰٫۶۲۰	۰٫۷۲۸
سطح معنی‌داری	۰٫۸۳۷	۰٫۶۶۴

همچنین بررسی اثرات تعاملی، حاکی از همگنی اثرات تعاملی می‌باشد ($f = 1.53$), $p > 0.05$. به عبارتی جدول (۳) نشان می‌دهد که تعامل معناداری بین متغیر مستقل و متغیر مداخله‌گر وجود ندارد.

جدول (۳) نتایج آزمون بررسی اثرات تعاملی متغیرها

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	ضریب F	سطح معنی‌داری	
۳۸۲.۴۲	۱	۳۸۲.۴۲	.۵۰۴	.۴۸۴	گروه‌ها
۵۰۳.۵۶۰	۱	۵۰۳.۵۶۰	۶۷۰.۶	.۰۱۶	پیش‌آزمون
۸۳۸.۱۲	۱	۸۳۸.۱۲	.۱۵۳	.۶۹۹	گروه * پیش‌آزمون
۷۴۹.۲۱۸۴	۲۶	۰.۲۹.۸۴			خطا

و بالاخره نتایج آزمون لون نشان داد فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. به این معنا که پراکندگی نمرات کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معناداری ندارد ($p > 0.05$), ($F=1.526$).

جدول (۴) آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس نمرات گروه آموزش ذهن‌آگاهی و گروه کنترل

مقدار F	df1	df2	سطح معنی‌داری
۵۲۶.۱	۱	۲۸	.۰۷۱

باعنایت به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، تحلیل کوواریانس انجام گردید که نتایج در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در نمرات کیفیت زندگی

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجدوراتا	توان آماری	
۴۵.۱۰۰۹	۱	۴۵.۱۰۰۹	۴۰.۱۲	.۰۰۲	۳۱۵.	۹۲۴.	گروه‌ها
۰۷.۵۶۵	۱	۰۷.۵۶۵	۹۴.۶	.۱۴	۲۰۵.	۷۱۹.	پیش‌آزمون
۵۸.۲۱۹۷	۲۷	۳۹.۸۱					خطا

جدول (۶) میانگین و خطای استاندارد نمرات کیفیت زندگی در گروه آموزش ذهن‌آگاهی و کنترل پس از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۷۰.۵۵	۳۳.۲
کنترل	۰۹.۴۴	۳۳.۲

نتایج تحلیل کواریانس انجام شده بر روی نمرات کیفیت زندگی در دو گروه در جدول (۳) ارائه شده است. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون تحت کنترل آماری قرار گرفته است یعنی اثر نمره‌های پیش‌آزمون از روی نمرات کیفیت زندگی برداشته شده و سپس دو گروه بر اساس واریانس باقیمانده مقایسه شده‌اند. همانطور که نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دیده می‌شود ($F=12.40, p<0.05$). مجذور اتا $0/31$ است، یعنی 31 درصد از واریانس نمرات کیفیت زندگی مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر $0/92$ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار 92 درصد می‌باشد.

مطابق با جدول (۳) میانگین و خطای استاندارد نمرات کیفیت زندگی در دو گروه پس از مہار متغیر مداخله‌گر برای گروه آموزش ذهن‌آگاهی $55/7$ و گروه کنترل $44/09$ می‌باشد که تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند ($F=12.40, p<0.05$). بنابر این آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تأثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی را ارتقاء می‌دهد. با توجه به اینکه زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد. براساس نتایج تحقیق حاضر، پس از آموزش ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانواده افزایش یافت. نتایج این مطالعه با مطالعات کارلسون^۱، اسپکا^۲، پاتل^۳ و گوودی^۴ (۲۰۰۳)، رابینز^۵، کنگ^۶، اکبلد^۷ و برنتلی^۸ (۲۰۱۲)، یاتام و همکاران (۲۰۰۴)، برلیم^۹ و همکاران (۲۰۰۴)، اسکلمن^{۱۰} (۲۰۰۴) و کاویانی و همکاران

1- Carlson
3- Patel
5- Robins
7- Ekblad
9- Berlim

2- Speca
4- Goodey
6- Keng
8- Brantley
10- Schulman

(۱۳۸۴) همخوان است.

پژوهش راس و رایبیز (۲۰۰۴) که به منظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی انجام شد، نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد، بعد از گذراندن دوره کامل آموزشی در مقیاس کیفیت زندگی (SF36) بهبود چشمگیری یافته است. تحقیق کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز اثر مثبت آموزش ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی نشان داده است.

به نظر می‌رسد ذهن آگاهی خودنظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، مراقبه ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود (گریسون^۱، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بد عملکردی خلق مرتبط با استرس به واسطه افزایش فرایندهای مقابله‌شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند (لینهان^۲، ۱۹۹۳).

طبق یافته‌های تحقیق حاضر، تمرینات ذهن آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود در تبیین مطلب فوق می‌توان به دو مطلب اشاره کرد از یک سو بائر (۲۰۰۳) مدعی این مطلب می‌باشد که تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (بائر، ۲۰۰۳)، از سوی دیگر می‌توان مطرح کرد که با توجه به این که در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و ما از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنیم، آگاه می‌شویم، در واقع انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی ما را از بدن، احساسات و افکارمان افزایش می‌دهد در نتیجه ما درمی‌یابیم زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنمان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبمان افزایش

1- Greeson

2- Linehan

می‌یابد و تنفس‌مان تغییر می‌کند و کوتاه و تند می‌شود، با انجام تمرین‌های یوگا، توجه به بدن را هر چه بیشتر تجربه می‌کنیم و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند یعنی در حقیقت تمرینات ذهن‌آگاهانه توانایی کنترل ما بر شرایط را افزایش می‌دهد.

به نظر می‌رسد که عملکرد مراقبه نه از طریق تغییر محتوی‌های ذهن، بلکه از طریق شناخت نسبت به این محتوی‌ها به‌واسطه بینشی^۱ است که پذیرا، شهودی و بلافاصله است. در نتیجه به نظر می‌رسد که زمینه اصلی آسیب‌شناسی تمرکز بر غیرارادی‌سازی فرایندهای هیجانی و شناختی و شکل دهی به پیکربندی‌های افکار، خاطرات، هیجانات و واکنش‌های بدنی است که ورای آگاهی از آنها و تمایل به کنترلشان خودکار می‌شوند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). ذهن‌آگاهی به نوعی در مسیر متضاد آن عمل می‌کند.

فرایندهای تمرکز زدایی و متمایزسازی^۲، که روش‌هایی برای حصول هدف (هدف تغییر محتوی‌های فکر) در درمان شناختی استاندارد در نظر گرفته می‌شوند، در حقیقت خود هدف درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هستند. عدم چسبندگی و متمایزسازی از آنچه که فرد به‌عنوان واقعیت می‌پندارد، اساس رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. نشخوار فکری یکی از فرایندهای شناختی اصلی در بسیاری از بیماری‌های روانشناختی است. وقتی افراد درباره مشکلاتشان نگران می‌شوند یا نشخوار فکری می‌کنند حتی اگر برایشان به‌نظر رسد که با مشکلی مواجه هستند، در واقع از درک مستقیم ماهیت مشکل بیشتر دور می‌شوند. این امر به این خاطر رخ می‌دهد که نشخوار فکری همواره حاوی قضاوت درباره تجربه است. تکنیک‌های مراقبه بر پایه ذهن‌آگاهی، دقیقاً خلاف جهت مطلوب نگرش "بگذار برو" نسبت به افکار شخص عمل می‌کنند. این فرایند، مهارتی ضروری برای سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد است چرا که به آنها کمک می‌کند تا از گیر کردن دوباره در چرخه‌های معیوب و مضر اجتناب کنند. بدترین آسیب ایجاد شده توسط نشخوار افسرده‌ساز این است که فکر نشخواری دائماً خودش را تغذیه می‌کند. این فرایند افکار و سپس هیجاناتی را به‌وجود می‌آورد که شدیدتر شده و از موقعیت واقعی دور

1- Seeing

2- Decentering and Disidentification

می‌شوند تا آنجا که در طول زمان، تمایز واقعیت از قضاوت فرد درباره آن، مشکل و مشکل‌تر می‌شود. به این دلیل، براساس ذهن آگاهی بسیار مهم است که بیماران یاد بگیرند چگونه خودشان را از افکارشان متمایز سازند (احمدی، ۱۳۹۱).

در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن، و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام‌شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۷).

تکنیک‌های ذهن آگاهی چندین اثر بالقوه بر پردازش اطلاعات دارند: الف) ابزار فعال‌سازی و نیرومندسازی شیوه فراشناختی پردازش را نشان می‌دهند؛ و بازسازی شناختی را تسهیل می‌کنند. ب) تأثیر باورهای فراشناختی ناسازگارانه را بر پردازش مستقیم خشی می‌سازند، یعنی آنها بیمار را قادر می‌سازند از تهدیدهای بیرونی و درونی آگاه باشند بدون اینکه سبک‌های نشخوارگرانه و نگران‌کننده تفکر را فعال نمایند. ج) شیوه‌های انعطاف‌پذیر پاسخ‌دهی به تهدید را آرایه می‌کنند. د) طرح‌های فراشناختی را برای کنترل و هدایت شناخت تقویت می‌کنند (اینگرام، ۱۹۹۰).

چندین مکانیزم وجود دارد که از طریق آنها ذهن آگاهی می‌تواند برای بهزیستی و نهایتاً برای تنظیم هیجان مفید باشند (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۷). مکانیزم اساسی در این عقیده «ادراک مجدد»^۱ می‌باشد. ادراک مجدد به‌عنوان تغییر دیدگاهی است که فرد را قادر می‌کند، به محتوای هشیاری توجه نکند. ادراک مجدد و ذهن آگاهی مفاهیم مشابهی هستند، زیرا اولی بر عدم تشخیص پدیده‌ها و دیگری روی گسلس شناختی تکیه می‌کند (هایس و همکاران، ۲۰۰۶).

مکانیزم دیگر خودتنظیمی است که نتیجه فرایند ادراک مجدد است. زیرا خودتنظیمی که به‌عنوان نتیجه‌ای از عدم شناسایی پدیده‌های ذهنی درونی است، توسط الگوهای خودکار افکار و هیجانات که معمولاً رفتار ما را تعیین می‌کنند، کنترل نمی‌شود. بنابراین یک فرد به جای اینکه بر اساس الگوهای ناسازگارانه رفتار کند، به احتمال زیاد

1- Re perceiving

رفتاری را انتخاب خواهد کرد که با بهزیستی او هماهنگ باشد. انعطاف‌پذیری شناختی، هیجانی و رفتاری از ادراک مجدد یا ذهن‌آگاهی ناشی می‌شود که همپوشی بالایی با خودتنظیمی دارد. زیرا خودتنظیمی نیز باعث بهبود شناخت، هیجان و رفتار می‌شود. در تنظیم هیجان، هم تنظیم ارادی ابراز هیجان و هم تنظیم غیرارادی تجربه هیجان، ممکن است بخشی از مکانیزم خودتنظیمی باشند. مکانیزم نهایی، مواجهه^۱ با هیجانات است. واضح است که توجه به پدیده‌های آشکار بدون هیچ دفاعی، به آنها اجازه می‌دهد که خود را نشان دهند. از این طریق فرد یاد می‌گیرد که حتی هیجانات قوی (آن‌طور که به نظر می‌رسند) نمی‌توانند تهدیدکننده باشند. زیرا آنها پدیده‌های زودگذری هستند که هر فردی می‌تواند آنها را تحمل کند. مواجهه با هیجانات می‌تواند در مقابله با نتایج اجتناب اجباری که به‌وسیله اضطراب ناشی می‌شوند مؤثر واقع شود که این امر عامل مهمی در آسیب‌شناسی است (بالکلج و هایس، ۲۰۰۱). لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه افزایش کیفیت زندگی، به کارگیری گسترده این روش توصیه می‌شود.

براساس یافته‌های تحقیق حاضر و با توجه به اثرگذاری تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و بهداشت روان افراد می‌توان پیشنهاد کرد به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی افرادی از جامعه که در معرض تجربه مشکلات روانشناختی بیشتری هستند از روش تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شکل مستمر و مرتب در سازمان‌ها، مدارس و دانشگاه‌ها استفاده شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۱۰

منابع

- احمدی، عزت‌اله (۱۳۹۱). رابطه ساختاری گاهی، و نقش واسطه‌ای فراشناخت، راهبردهای تنظیم هیجان و حافظه هیجانی با باورهای وسواسی، رساله دکتری، دانشگاه تبریز.
- حبیبی، مجتبی؛ قنبری، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم و پرستو قنبری (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۳).
- حسینی، سعید، فروزان، سمیه و محمد امیرفریار (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانواده سازمان بهزیستی تهران، مجله تحقیقات اجتماعی، ۲(۳): ۱۱۹-۱۳۹.
- خسروی، زهره (۱۳۸۷). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار، مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری.
- سمیعی، لاله؛ حسین‌پور، محمدرضا؛ محمدی، نرگس و ساره عابدین‌زاده (۱۳۹۳). رابطه ذهن آگاهی با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی، دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روان‌شناسی بالینی.
- شادی‌طلب، ژاله و علیرضا گرایبی‌نژاد (۱۳۸۳). فقر زنان سرپرست خانوار، فصلنامه پژوهش زنان، ۲(۱).
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فریبا و بحرایی (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد. افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۷(۱).
- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا و فروزان جواهری (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی، پژوهش در سلامت روانشناختی، ۶: ۱۴-۵.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و مریم‌السادات وحدانی‌نیا (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36، فصلنامه پایش، ۵(۱): ۴۹-۵۲.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن: مقاله مروری، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۴(۲): ۶۵۷-۶۲۴.

نجاتی، وحید؛ امینی، رضا؛ ذبیح‌زاده، عباس؛ معصومی، مهدی؛ ملکی، قیصر و فاطمه شعاعی (۱۳۹۰). ذهن‌آگاهی شاخصی موثر در کیفیت زندگی جانبازان نابینا، *مجله علمی پژوهشی طب جانباز*، سال سوم، شماره یازدهم.

Akinsola HA, Popovich JM. (2002). The quality of life of families of female-headed households in Botswana: A secondary analysis of case studies. *Health Care for Women International*, 23: 761-72.

Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. (2007). Cognitive-behavioral stress management for individuals living with HIV: Facilitator guide. 1st ed. Oxford, NY: Oxford University Press.

Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review, *Clinical psychology: science and practice*, 10 (2), 125-143.

Berger, A.M., Portenoy, R.K. & Weissman, D.E. (1998). *Supportive oncology: Principle & practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Berlim, M.T., Pagendler, J., Caldierano, M.A., Almeida, E.A., Fleck, M.P.A. & Joiner, E. (2004). Quality of life in unipolar & bipolar depression, *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(11): 792-795.

Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in Acceptance and Commitment Therapy, *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(2): 243-255.

Boldaji, LT, Fruzan, A., Rafiee, H. (2008). Quality of Life of Head-of-Household Women: A comparison between those supported by Welfare Organization and those with Service Jobs, *Journal Social Welfare Research*, 11: 9-26.

Caradaciotto, L.A. (2005). Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance, Doctoral dissertation University of Drexel USA.

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 & prostate cancer outpatients *Psychosomatic Medicine*, 65 (4): 571-581.

-
- Chambers, R., Gullone, E. & Allen, N.B. (2009). Mindfulness emotion regulation: An integrative review, *Clinical Psychology Review*, 29(6): 560-72.
- Chant, S. (1997). *Women - headed household, Diversity & dynamics in the developing world* Houndmills, Basingstoke, Mcmillan.
- Coyne G. (2003). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers, *International Journal of Anthropology*, 18(3): 127-38.
- Fairclough, D. (2002). *Design and Analysis of quality of Life Studies in clinical trials*, Chapman & Hall. London.
- Flugel, K.F., Cha, S.S., Loehrer, L., Bauer, B.A., Wahner-Roedler, D.L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16: 36-40.
- Greeson, J.M. (2009). Mindfulness research update: *Compl Health Prac Rev*, 14: 10-8.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes, *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Ingram, R.E. (1990). Depressive cognition: Models, mechanisms, and methods. In R.E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression*, New York: Plenum.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*, New York (NY): Guilford Press.
- Morone, N.E., Rollman, B.L., Moore, C.G., Qin, L. & Weiner, D.K. (2009). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: results of a pilot study, *Pain Medicine*, 10, 1395-1407.
- Mularski, R.A., Munjas, B.A., Lorenz, K.A., Sun, S., Robertson, S.J., Schmelzer, W., Kim, A.C. & Shekelle, P.G. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based therapy for dyspnea in chronic obstructive lung disease, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 1083-1090.
- Nazoktabar H, NamdarAliabadi, A. (2011). Analysis of the female headed households' situation, A case study of female headed households in Iran,

International Conference on Social Science and Humanity, IPEDRvol.5, Singapore.

- Oliver, y, (1997). *Quality of life and mental Health Services*, London, first edition.
- Robins, C. J.Keng. L., Ekblad, A.G., Brantley, J.G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression a randomized controlled trial, *Journal of clinical psychology*, 68 (1), 7-131.
- Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life, *Psychosomatic medicine*, 66 (1):113-123.
- Segal, Z.V., Williams. J.M.G., Teasdal, J.D. (2002). *Mindfulness- based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, New York: Gilford press.
- Specia, M., Carson, L.E., Goody, E., Argen, M. (2000). A randomized wait list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancel out patient, *Psychosomatic medicine*, 62, 613-622.
- The WHOQOL Group (1996). *WHOQOL BREF-introduction, administration, scoring and generic version of assessment*, WHO the world health organization, Geneva, p.1.
- Teixeira, E. (2010). The effect of mindfulness meditation on painful diabetic peripheral neuropathy in Adults older than 50 years, *Holistic Nursing Practice*, 24, 277-283.
- Yatham, L.N., Lecrubier, Y., Fieve, R.R., Davis, K.H., Harris, S.D. & Krishnan, A.A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients, *Bipolar Disorder*, 6: 379-385.