

Effectiveness of Mindfulness on Elderly's Quality of Life and Welfare in Kermanshah City

Zahra Mavaei*¹. Keivan Kakabraei²

Abstract

Introduction and purpose: Human abilities are decreased at old age that may eventually, decrease elderly's quality of life and welfare. The present study aims at evaluating effectiveness of recognition therapy (mindfulness) on quality of life as well as welfare among elderly.

Materials and Methods: This applied research was done using quasi-experimental method with control group. Statistical population of the present study includes all elderly living in Nursing homes in second half of the year. Convenience sampling method was used to assign 30 elderly in two groups of cases and controls. Data were collected using SF36 questionnaire (to measure quality of life) and Oxford welfare questionnaire (to measure welfare). In order to evaluate the study's hypotheses, covariance analysis was applied and data were analyzed using SPSS version 23.

Findings: Findings from covariance analysis showed that effectiveness of mindfulness on quality of life variable is 73% ($p < 0.05$) and this amount is 58% ($p < 0.05$) for welfare variable.

Conclusion: This study indicated that training mindfulness have a positive and meaningful effect on elderly's quality of life and welfare.

Keywords: Mindfulness, Quality of Life, Happiness, Elderly

Received: 2017/03/02

Accepted: 2017/08/23

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 -Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
(Corresponding Author): E-mail: Zmavaei@gmail.com

2 Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

اثر بخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان شهر کرمانشاه

زهرا ماوایی^{۱*}، کیوان کاکابرای^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱

چکیده

مقدمه و هدف: با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و این که سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی هایشان دچار کاهش کیفیت زندگی و شادکامی می شوند؛ پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان صورت گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش کاربردی و شیوه اجرا از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر کرمانشاه در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تشکیل می دهند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های شادکامی آکسفورد و پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه استفاده شد. برای بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که اثربخشی ذهن آگاهی بر متغیر کیفیت زندگی به میزان ۰/۷۳ در سطح $p < 0.05$ بوده است و این میزان برای متغیر شادکامی به میزان ۰/۵۸ در سطح $p < 0.05$ می باشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان تأثیر مثبت و معناداری دارد.

کلید واژه ها: ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، شادکامی، سالمندان

۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

(نویسنده مسؤول): Zmavaei@gmail.com

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مقدمه

[7]. متغیر دیگری که در رابطه با سلامت روان افراد جامعه به ویژه سالمندان باید به آن توجه ویژه ای داشته باشیم، شادکامی است. می توان بیان داشت که شادکامی عبارتست از ارزیابی های شناختی و هیجانی فرد از زندگی اش. این ارزیابی از سوی واکنش های هیجانی به حوادث و در سوی دیگر قضاوت های شناختی در مورد رضایت و به سرانجام رساندن وظیفه را در برمی گیرد. بنابراین، شادکامی مفهوم وسیعی است که تجربه هیجانهای مطلوب، سطوح پایین هیجان های منفی و رضایت بالا از زندگی را دربرمی گیرد. شادمانی، در ادراکات و ارزیابی های افراد از زندگی شان در ابعاد هیجانی، عملکردهای روان شناختی و اجتماعی، منعکس می شود. جزء هیجانی شادمانی شامل دو مولفه شادکامی و رضایت از زندگی است [8]. ونهون (۲۰۰۲) شادکامی را به عنوان قضاوت فرد در مورد اینکه تا چه حد از کیفیت زندگی خود رضایت دارد تعریف می کند. شادکامی به بهزیستی روانی اطلاق می شود و با هیجان های مثبت و خوشایندی مشخص می شود که دامنه آن از رضایت سطحی تا احساس خوشحالی عمیق کشیده شده است [9]. در زمینه شادکامی و کیفیت زندگی در بین سالمندان تا کنون پژوهش هایی انجام شده که از جمله آنها می توان به پژوهش های نصیری، دادخواه، خدابخشی کولایی (۱۳۹۱) [10] اشاره کرد. در این پژوهش به بررسی و مقایسه شادکامی و حرمت خود، در سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی و سالمندان مقیم خانه سالمندان پرداخته شد. نتایج این تحقیق نشان داد که در هر دو گروه، رابطه حرمت خود و شادکامی از لحاظ آماری معنادار بود؛ ولی میانگین حرمت خود و شادکامی در سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی با سالمندان مقیم خانه، اختلاف آماری معنی داری نشان داد. همچنین شریفی درآمدی و پناه علی (۱۳۹۰) [11] در پژوهشی به بررسی مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان پرداختند نتایج تحقیق آنها نشان داد که میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل به خاطر برخورداری آنها از حمایت اجتماعی و احترام و محبت خانواده به طور معنی داری بیشتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان است؛ و بالعکس سکونت در سرای سالمندان برای افرادی که می توانستند در کنار خانواده به سر ببرند اما به سبب شرایط اقتصادی و خانوادگی به سرای سالمندان سپرده

جمعیت جهان در حال پیر شدن است، برآورد می شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴ درصد برسد [1]. به طوری که طی چند سال گذشته جمعیت سالمندان ایران به دو برابر افزایش یافته و در حال حاضر حدود ۷/۸٪ کل جمعیت کشور را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می دهند. همچنین پیش بینی می شود جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳٪ و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱٪ کل جمعیت کشور خواهد رسید [2]. در سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۷/۳٪ جمعیت بالای ۶۰ سال و در سال ۱۳۹۰ جمعیت سالمندان ۸/۰۲٪ جمعیت کشور را تشکیل داده است [3]. حال با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و این که سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی هایشان دچار کاهش کیفیت زندگی و شادکامی می شوند که افراد کهنسال در این سن بیشتر از هر دوره سنی با آن مواجهه می شوند. اگرچه در زمینه کیفیت زندگی سالمندان در جوامع مختلف مطالعاتی انجام شده است، اما با توجه به این که کیفیت زندگی مفهومی بسیار انتزاعی، چند وجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان است، امکان تعمیم نتایج کشورهای دیگر به جوامع با فرهنگ متفاوت وجود ندارد. از طرفی پژوهش های انجام شده به خصوص در ایران بیش تر بر سالمندان جامعه تمرکز داشته اند، لذا با توجه به این مسأله که کیفیت زندگی به عنوان هدف نهایی در سالمندان و به خصوص سالمندان در خانه های سالمندان تلقی می شود و ماهیت زندگی در خانه های سالمندان، ساکنین آن را مستعد داشتن کیفیت زندگی نا امید کننده ای می کند. کیفیت زندگی صرفا به معنای عدم وجود بیماری و اختلال نیست، بلکه شامل بهزیستی کامل در حوزه های جسمانی، روانی و اجتماعی می شود [4]. کیفیت زندگی عبارت است از رضایت یا نارضایتی وی از حوزه های مهم زندگی اش سرچشمه می گیرد [5]. کیفیت زندگی در سالمندان می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد. از این رو دانستن عواملی که بر سطح کیفیت زندگی تأثیرگذار است، در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه ای است [6]. مطالعات، عوامل متعددی را بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر دانسته اند. در مطالعه بر گلاند عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب و برخورداری از مسکن شخصی بیان شده اند

از ضرورت های انجام این پژوهش است. در کشور ما نیز تا کنون پژوهش های کمی در این راستا صورت گرفته است. امید که نتایج این تحقیق بتواند به عنوان راهگشای مهمی برای افزایش سطح کیفیت زندگی و شادکامی مورد توجه برنامه ریزان در حوزه سالمندان قرار گیرد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان زن ساکن سرای سالمندان در استان کرمانشاه در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تشکیل می دهند که از آنها ۳۰ نفر با توجه به دردسترس بودن جامعه آماری به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس این ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش) دریافت کننده درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل قرار گرفتند. این افراد بین سن ۶۵ تا ۸۸ سال بودند که بر اساس معیارهای ورود و خروج زیر به صورت پی در پی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) تشخیص قطعی افسردگی و عدم شادکامی توسط مسئولین سرای سالمندان (۲) سن بالای ۶۵ سال (۳) حداقل چهار ماه را در سرای سالمندان گذرانده اند (۴) موافقت بیمار برای ورود به مطالعه و معیارهای خروج شامل: (۱) عدم توانایی صحبت کردن به فارسی به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها ایجاد مشکل کند. (۲) وجود اختلال عمده روانپزشکی در سالمندان (شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پکیج درمان ذهن آگاهی به همراه پرسشنامه کیفیت زندگی و شادکامی می باشد. پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (فرم کوتاه). این پرسش نامه شامل ۲۶ عبارت در ۴ بعد سلامت اجتماعی، سلامت روان، سلامت جسمی، سلامت محیط می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) ارزیابی گردید. ضریب پایایی ۰/۷۷٪ تا ۰/۹۵٪ همچنین روایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ قرار دارد. آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. پایه نظری این

شده اند، باعث کاهش خلق، عدم رضایت از زندگی و در نهایت عدم شادکامی شده است. در پژوهش هایی نیز کیفیت زندگی در بین سالمندان بررسی شده است که می توان به پژوهش ساری، کوشیار، واقعی، کامل نیا (۱۳۹۲) [12] اشاره کرد. در این پژوهش، به بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهر مشهد پرداخته شده است. نتایج این تحقیق نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی سالمندان و تمامی ابعاد آن در حد متوسط است. با توجه به این موارد و انجام اقدامات مقتضی می توان از بسیاری از مشکلات دوران سالمندی کاسته و بر سال های عمر مفید سالمندان افزود. در پژوهش حاضر نیز به این بخش از شادمانی پرداخته شده است. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده در بالا کیفیت زندگی و شادکامی از جمله متغیر هایی هستند که با افزایش سن و رسیدن به مرحله سالمندی باید تدابیری را برای آنها بر گزید در این خصوص بسیاری از تحقیقات نشان می دهند که ذهن آگاهی " کیفیت از بیداری است که در آن ما از آگاه بودن خود آگاه می شویم. یعنی می فهمیم که داریم می فهمیم. یعنی وقتی داریم فکر می کنیم متوجه می شویم که در حال فکر کردن هستیم. به زبان ساده هم موضوعی را که راجع به آن فکر می کنیم، می بینیم، هم متوجه پدیده تفکر هستیم و هم متوجه فکر کننده هستیم. این کیفیت بیداری شاید برای آدمهای معمولی به راحتی قابل درک نباشد اما وقتی آن را بیشتر توضیح دهیم همه متوجه خواهیم شد که مفهومی بسیار ساده و قابل فهم است. اما وقتی پای عمل به میان می آید خواهیم دید که رسیدن به حالت ذهن آگاهی پیچیده ترین مساله ساده عالم است [13]. از آنجایی که توجه به مسایل سلامت روان و متغیرهای روانشناختی و بهبود کیفیت در تمام سنین در تمام اقشار جامعه باید مورد توجه قرار گیرد، و سالمندان نیز از افراد آسیب پذیر در جامعه محسوب می شوند؛ بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و به این دلیل که تاکنون تحقیقی در رابطه با بررسی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی در سالمندان انجام نشده است بنابراین پژوهشگر قصد بررسی این موضوع را داشته است. در کشور ما جمعیت مورد پژوهش، به علت افزایش امید به زندگی، در حال افزایش است، و این جمعیت نیز با توجه به اینکه از برخی جهات جسمی دچار مشکل هستند، پس بررسی راه هایی جهت افزایش کیفیت زندگی و شادکامی آن ها

روش اجرا

پس از انتخاب گروه آزمایشی ۱۵ سالمند و گروه کنترل ۱۵ سالمند پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و شادکامی رابه عنوان پیش‌آزمون و همین پرسشنامه‌ها را پس از جلسات درمانی به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. و پس از تشکیل گروه آزمایشی در جلسه‌ای مقدماتی، اهداف، محتوا و چارچوب برنامه و نیز قواعد و هنجارهای گروهی مخصوصاً اصل رازداری، بازخورد مسئولانه و مشارکت فعال در گروه آزمایش تشریح و قراردادی جهت رعایت هنجارها و قواعد و انجام تکالیف بین درمانگر و اعضای گروه منعقد گردید. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت نمودند. در پایان جلسات مداخله نیز، برای گروه کنترل همین جلسات مداخله صورت پذیرفت تا آنها نیز در اثر مثبت بودن مداخله، از تأثیرات آن بهره مند گردند. محتوای جلسات براساس دستور گام به گام واقعیت درمانی و ذهن آگاهی تنظیم گردید. جلسات به ترتیب زیر برگزار شد: جلسه اول: آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. جلسه دوم: توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند.

جلسه سوم: مهارت های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند
جلسه چهارم: جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار.

جلسه پنجم: تغییر عادات قدیمی افکار (شناخت امور روزمره خودکار، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن) فعالیت ها.
جلسه ششم: اجتناب از خلق منفی یا موقعیت های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه.

جلسه هفتم: آگاه شدن از علایم هشداردهنده افسردگی

جلسه هشتم: آگاهی از تغییرات جزئی خلق.

پرسشنامه تعریف آرگایل و کراسلند از شادکامی است (آنها به منظور ارایه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه ای دارای سه بخش مهم دانسته اند: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی). این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (۱۹۷۶) ساخته شده است. ۲۱ عبارت از عبارات این پرسشنامه از BDI گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه های سلامت ذهنی را پوشش دهد. مانند آزمون افسردگی بک هر گویه پرسشنامه شادکامی دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آنها را انتخاب نماید. امروزه به طور گسترده ای از این آزمون در پژوهش های مربوط به شادکامی استفاده می شود. آرگایل و همکاران (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شده همچنین از آنجایی که شادکامی دارای سه بخش: عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی دانسته شده، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن (۰/۳۳)، با شاخص رضایت از زندگی (۰/۵۷) و با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۵۲) محاسبه شد. در پژوهشی که توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) با نمونه ای متشکل از ۱۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاههای تهران صورت گرفت. ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و اعتبار باز آزمایی پس از ۷ هفته ۰/۷۸ و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته در یک نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹ به دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده های آماری از شاخص ها و روش های آمار توصیفی شامل: فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار آماری SPSS، نسخه 23 استفاده شد.

یافته ها

یافته های این پژوهش در دو بخش بیان شده است. در بخش اول یافته های توصیفی و اطلاعات جمعیت شناختی نمونه، و در بخش دوم یافته های استنباطی بیان شده است که به شرح زیر می باشد.

اطلاعات دموگرافیک

استاندارد سن گروه کنترل به ترتیب برابر ۷۲/۳۸ و ۳/۹۲۱ سال با حداقل ۶۶ سال و حداکثر ۸۸ سال و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج این گروه به ترتیب برابر ۵۰/۲۸ و ۴/۵۴۹ سال بوده است. همچنین ۲۴ درصد شرکت کننده های مطالعه حاضر دارای مدرک دانشگاهی و مابقی دیپلم پایین تر بودند.

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کننده های گروه آزمایش به ترتیب برابر ۷۳/۵۷ و ۳/۷۲۶ با حداقل ۶۵ سال و حداکثر ۸۶ سال و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج این گروه به ترتیب برابر ۵۱/۴۶ و ۵/۳۴۲ سال و میانگین و انحراف

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهن آگاهی در کیفیت زندگی در سالمندان را در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهن آگاهی در کیفیت زندگی سالمندان در پس آزمون و پیش آزمون

متغیر	گروه	تعداد	آزمایش		کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمی	پیش آزمون	۱۵	۳/۱۵	۰/۷۳	۲/۹۸	۰/۶۹
	پس آزمون	۱۵	۳/۵۵	۰/۸۱	۳/۱۰	۰/۶۴
سلامت روان	پیش آزمون	۱۵	۳/۴۴	۰/۷۶	۳/۶۸	۰/۵۹
	پس آزمون	۱۵	۳/۷۰	۰/۶۹	۳/۴۲	۰/۶۷
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۸	۰/۷۹	۳/۲۸	۰/۷۴
	پس آزمون	۱۵	۳/۶۸	۰/۷۲	۳/۰۳	۰/۶۳
سلامت محیط	پیش آزمون	۱۵	۳/۷۷	۰/۷۴	۳/۵۸	۰/۷۰
	پس آزمون	۱۵	۳/۸۸	۰/۷۹	۳/۲۹	۰/۶۷
نمره کل	پیش آزمون	۱۵	۱۲/۴۱	۳/۳۷	۱۳/۲۹	۳/۵۴
	پس آزمون	۱۵	۱۵/۳۸	۴/۲۰	۱۲/۹۳	۳/۸۸

نتایج جدول ۱ نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون کیفیت زندگی در گروه آموزش ذهن آگاهی ۱۲/۴۱ و ۳/۳۷ و گروه کنترل ۱۳/۲۹ و ۳/۵۴ می باشد، همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی پس آزمون کیفیت زندگی ۱۵/۳۸ و ۴/۲۰ و گروه کنترل ۱۲/۹۳ و ۳/۸۸ می باشد. به

عبارت دیگر سالمندانی که آموزش ذهن آگاهی دیده اند در مقایسه با همتایان خود در گروه کنترل از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بودند.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات ذهن آگاهی در شادکامی سالمندان در پس آزمون و پیش آزمون

متغیر	گروه	تعداد	آزمایش		کنترل	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراوانی و درجه عاطفه مثبت	پیش آزمون	۱۵	۳/۱۸	۰/۷۴	۳/۶۵	۰/۶۹
	پس آزمون	۱۵	۴/۱۴	۰/۹۰	۳/۷۷	۰/۶۴
میانگین رضایت در یک دوره	پیش آزمون	۱۵	۳/۴۱	۰/۷۹	۳/۵۶	۰/۵۹
	پس آزمون	۱۵	۴/۲۳	۱/۰۳	۳/۸۸	۰/۶۷
نداشتن احساس منفی	پیش آزمون	۱۵	۳/۱۶	۰/۷۴	۳/۰۸	۰/۷۴
	پس آزمون	۱۵	۳/۷۳	۰/۷۶	۳/۱۳	۰/۶۳
شادکامی کل	پیش آزمون	۱۵	۱۰/۱۲	۳/۲۱	۱۰/۲۳	۳/۵۴
	پس آزمون	۱۵	۱۲/۱۳	۳/۵۳	۱۰/۹۵	۳/۸۸

و گروه کنترل ۱۰/۹۵ و ۳/۸۸ می‌باشد. به عبارت دیگر سالمندانی که آموزش ذهن آگاهی دیده اند در مقایسه با هم‌تایان خود در گروه کنترل شادکامی بیشتری برخوردار بودند.

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون شادکامی در گروه آموزش ذهن آگاهی ۱۰/۱۲ و ۳/۲۱ و گروه کنترل ۱۰/۲۳ و ۳/۵۴ می‌باشد، همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی پس آزمون شادکامی ۱۰/۱۳ و ۳/۵۳

جدول ۳ آزمون همگنی واریانسها در درمان ذهن آگاهی در کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	۱/۶۷۱	۱	۲۸	۰/۲۹۳

شرایط دیگر کوواریانس نیز همچون نرمال بودن داده‌ها، ارتباط خطی بین کوواریانس و متغیروابسته و همچنین موازی بودن شیب خطوط بین متغییر وابسته و کواریانس برای هر گروه برقرار بود.

در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیر کیفیت زندگی، آماره F با درجه آزادی ۱ و ۲۸ کمتر از F جدول بدست آمده و از طرفی $P > 0/05$ است لذا شرط همگنی واریانسها برقرار است.

جدول ۴ شاخص‌های توصیفی چولگی و کشیدگی جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش

شاخص‌ها	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
پیش آزمون کیفیت زندگی	۰/۵۴۳	۰/۴۴۳	-۰/۷۵۳	۰/۸۵۲
پس آزمون کیفیت زندگی	۰/۱۷۶	۰/۴۴۲۰	-۱/۱۸	۰/۷۸۲

پس آزمون (۰/۱۷۶ و -۱/۱۸) در بازه‌ی +۲ و -۲ قرار دارند، لذا دارای توزیع نرمال می‌باشند.

از آنجایی که یکی از موارد جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات، استفاده از چولگی و کشیدگی است، لذا نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر کیفیت زندگی به ترتیب در پیش آزمون (۰/۵۴۳ و -۰/۷۵۳) و

جدول شماره ۵ تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان در گروه آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدا	۱۶/۱۹	۱	۱۶/۱۹	۲۵/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
پیش آزمون	۵/۵۸	۱	۵/۵۸	۱۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۸۰
شرایط	۳۴/۷۹	۱	۳۴/۷۹	۷۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
خطا	۱۲/۵۱	۲۷	۰/۴۶				
واریانس کل	۷۳۹/۰۰	۳۰					

گفت ۷۳ درصد این تغییرات ناشی از تاثیر درمان ذهن آگاهی در افزایش کیفیت زندگی در سالمندان در شرایط آزمایش است.

شرایط دیگر کواریانس نیز همچون نرمال بودن داده‌ها، ارتباط خطی بین کواریانس و متغیر وابسته و همچنین موازی بودن شیب خطوط بین متغیر وابسته و کواریانس برای هر گروه برقرار بود.

با توجه به جدول ۵ شرایط اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است ($P < 0.001$)، که با در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان

در متغیر شادکامی، آماره F با درجه آزادی ۱ و ۲۸ کمتر از F جدول بدست آمده و از طرفی $P > 0.05$ است لذا شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۶ شاخص‌های توصیفی چولگی و کشیدگی جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات شادکامی

شاخص‌ها	چولگی	کشیدگی
مراحل آزمون	آماره	خطای استاندارد
پیش آزمون شادکامی	۰/۶۲۲	۰/۵۱۳
پس آزمون شادکامی	۰/۲۱۱	۰/۴۷۲۰
		خطای استاندارد
		آماره
		۰/۸۴۳
		-۰/۷۹۲
		-۱/۳۱
		۰/۷۹۹

آزمون ($0/211$ و $-1/31$) در بازه‌ی $+2$ و -2 قرار دارند، لذا دارای توزیع نرمال می‌باشند.

از آن جایی که یکی از موارد جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات، استفاده از چولگی و کشیدگی است، لذا نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر شادکامی به ترتیب در پیش‌آزمون ($0/622$ و $-0/792$) و پس-

جدول شماره ۷: تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی سالمندان در گروه آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدا	۸۰/۶۲	۱	۸۰/۶۲	۲/۲۹	۰/۰۶۸	۰/۴۸	۰/۸۸
پیش آزمون	۳۳/۳۵	۱	۳۳/۳۵	۱/۸۵	۰/۱۷۸	۰/۰۸	۰/۷۶
شرایط	۴۸۵/۴۲	۱	۴۸۵/۴۲	۷۵/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
خطا	۳۴۳/۶۴	۲۷	۱۲/۹۷				
واریانس کل	۶۱۰۶/۰۰	۳۰					

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان شهر کرمانشاه خواهد شد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش‌های ساری و همکاران (۱۳۹۲)، صاحب‌دل و همکاران (۱۳۹۰)، محمد ظاهری آرتیمانی (۱۳۹۱) [14] هم سو و هم راستا می‌باشند. در

با توجه به جدول ۷، شرایط اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است ($P < 0.001$)، که با در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت ۵۸ درصد این تغییرات ناشی از تاثیر درمان ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی در سالمندان در شرایط آزمایش است.

تبیین این یافته می توان بیان داشت که ذهن آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می شود [15]. پس می توان اظهار داشت که ذهن آگاهی در پذیرش تجربیات سال های گذشته افراد می تواند موثر باشد، تجربیات خوشایند را به عنوان نقاط قوت زندگی و تجربیات ناخوشایند را به عنوان ناهماری های زندگی قلمداد نماید و باعث سرخوردگی افراد نشود. در تعریفی دیگر ذهن آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت گیری های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیرقضاوتی، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می کند [16]. پس می توان بیان نمود که ذهن آگاهی سبب قضاوت آگاهانه و به دور از احساسات در افراد سالمند می شود و در واقع، واقع گرا بودن نسبت به تجربیات را در ذهن سالمند را ایجاد می نماید. ذهن آگاهی؛ از درمانه ای شناختی- رفتاری مشتق شده و از مولفه های مهم موج سوم مدل های درمانی روانشناختی به شمار می رود [17]. تمام تمرین های موجود در ذهن آگاهی به نحوی طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می دهد. نقش مهم بدن در حیطه های بین رشته ای جدید همچون پزشکی ذهن- بدن هم به اثبات رسیده است. در پژوهش هایی که از ذهن آگاهی استفاده می شود، تاکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است [18]. و در واقع می توانیم بیان کنیم که ذهن آگاهی توجه به نکات و فعالیت های بدنی را در سالمندان افزایش خواهد داد. کیفیت زندگی را می توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد که هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است. طبق این تقسیم بندی، اجزای عملکرد جسمی شامل بود یا نبود اختلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تنگی نفس، خستگی و بی خوابی، 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 نقش ها، ارتباطات، تعاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خارج از منزل و

فعالیت های جنسی است؛ و اجزای عملکرد معنوی شامل پرداختن به کارهای مذهبی از قبیل دیدار از اماکن، مقدس و مذهبی، دعا کردن و راز و نیاز با خداست. بنابراین با توجه به آنچه که ذکر شده است درمان ذهن آگاهی می تواند بر کیفیت زندگی در سالمندان تاثیر گذار باشد. همچنین می توان بیان داشت که ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است [19]. همچنین ذهن- آگاهی، شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد برای واقعیت حاضراست [20]. پس می توان با ذهن آگاهی بنا به تعاریف ارائه شده، چهار بعد از ابعاد کیفیت زندگی را در سالمندان ارتقاء داد. کیفیت زندگی متشکل از ابعاد متفاوت و وسیعی می باشد که عوامل زیادی بر آن اثر گذار می باشد. پایین بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بیانگر این است که در دوران سالمندی عوامل بسیار زیاد و متنوعی وجود دارند که بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان از جنبه سلامتی اثر منفی می گذارد [21] [22]. با توجه به نتایج حاصل از فرضیه پژوهشی می توان اینگونه استنباط نمود که کیفیت زندگی در سالمندان تحت تأثیر متغیرهای مختلفی قرار دارد که مهمترین آن به ترتیب عبارتند از جنس، تحصیلات، مدت اقامت، وضعیت سکونت قبلی و ترکیب زندگی. از آنجایی که کیفیت زندگی در این دوران می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد، توصیه می شود برنامه ریزی هایی در جهت بهبود این عوامل و خدمات پزشکی و بهداشتی در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی سبب افزایش شادکامی سالمندان شهر کرمانشاه خواهد شد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش های، نصیری و همکاران (۱۳۹۱)، شریفی و همکاران (۱۳۹۰)، خزان و همکاران (۱۳۹۴) هم سو و هم راستا می باشد. در تبیین این یافته ها می توان عنوان نمود که یکی دیگر از تبعات سالمندی کاهش میزان شادکامی است. یکی از نعمتهایی که خداوند به انسان عنایت فرموده، نعمت سلامتی است که یکی از ابعاد آن بعد روانی می باشد. سازمان بهداشت جهانی تاکید زیادی بر شادکامی به عنوان مولفه سلامتی دارد در تعریف سلامت روانی از شاخص های مورد توجه سازمان بهداشت جهانی است که با عواطف مثبتی مانند لذت، آرامش، نشاط و شادی همراه است. به عبارت دیگر، آن ویژگی مهم روانی که

در تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که شادکامی بر افزایش طول عمر مؤثر است. بنابراین باید به دنبال راهکاری برای افزایش شادکامی در سالمندان باشیم که یکی از این راه‌ها درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد. انجام این پژوهش همواره با محدودیت‌هایی از جمله عدم رضایت برخی سالمندان که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند، برای شرکت در کلاس‌های مداخله روبرو بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که جلسات درمان ذهن آگاهی به منظور کسب نتایج متقن به صورت انفرادی انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان محترمی که در پژوهش شرکت کردند و مسئولین سرای سالمندان شهر کرمانشاه که شرایط پژوهش را فراهم نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

فرد واجد سلامت می‌بایست از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی یا شادکامی می‌باشد. در دیدگاه روانشناسی دو نوع شادکامی وجود دارد، یک نوع شادکامی از رهگذر شرایط محسوس زندگی نظیر تحصیل، شغل، امکانات مالی و رفاهی حاصل می‌شود که شادکامی عینی نامیده می‌شود، نوع دیگر متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که از آن به عنوان شادکامی ذهنی تعبیر می‌شود. شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط، حرکت و پویایی است و همچون سپری می‌تواند آدمی را در برابر استرس‌ها و مشکلات محافظت نموده و سلامت جسمی و روانی او را نیز تضمین کند [23]. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. همچنین ذهن آگاهی، شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد برای واقعیت حاضراست [24]. در واقع می‌توان بیان داشت که ذهن آگاهی سبب می‌شود که سالمند خود را در زمان کنونی بیابد و با واقعیت اینکه عمر خود را سپری کرده است به شیوه‌ای بهتر کنار بیاید. در یک رابطه ذهن آگاهانه عقاید و نگرشهای موجود، قابلیت مبادله و چکش‌خوری بیشتری دارد. این حساسیت ذهن آگاهانه تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همراه با احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید. با توجه به یافته‌های پیشین و یافته‌های حاصل از این پژوهش، اینگونه می‌توان اظهار داشت که تأثیر شادکامی در بهداشت روان و تأثیر پذیری بالای سالمندان از شرایط زندگی، موضوعی است که نمی‌توان از آن غافل بود و سالمندان نیز مانند سایر افراد، نیازمند شادکامی می‌باشند. بررسی‌های طولی

■ References

- [] Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, C & ,Zhang, C. K. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 54 (3): 440-4 .
- [] Moslehi A, Hamidian S, Taghian S. Association between chronic diseases and disability in elderly people in amirkolal. *Iranian journal of ageing*. 2014; 9(33):0.(in Persian).
- [] Alizadeh M, sharifi F, Mohamadizar M, Nazari N. Analytical performance of administration in charge of ageing program in iran. *Iranian journal of diabetes and metabolism*. 2013; 13(1): 74-81 .
- [] Ayubi, S. Timuri, S. & Nairi, M. (2010). Hardiness, Quality of Life, and Feelings of Well-Being, *Quarterly Journal of Evolutionary Psychology: Iranian Psychologists*. (24). P. 353 .
- [] Brooks BA, Anderson MA. (2015). Defining quality of nursing work life. *NE*. 23(6): 319- 26 .
- [] Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P.(2004). Healthrelated quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formosan Med Assoc Taiwan Yi Zhi*. 103(3): 196 .
- [] Bergland A, Narum I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *J Aging Health*, 19(1): 39-61 .
- [] Carr, A., 2003. *Positive Psychology. Handbook of psychology*. New York : Brunner – Routledge Press .
- [] Rajabi, M.P. Saremi, AS and Jiazi, M. (2013). The Relationship between Religious Coping Patterns with Mental Health and Happiness. *Transformational Psychology: Iranian Psychologists*. Eighth year. No. 32.
- [] Nasiri, Z. Dadkhah, A. The Kawaii Theology, a. (1391). A Comparison of Happiness and Self-Esteem in Elderly Living in Boarding Centers and Elderly Living in Nursing Home. *Iranian Elderly Journal*. 7 (25).
- [] Sharifi Daramadi, P. Panah Ali, A. (2011) Comparison of Happiness among Elderly Living in Home and Nursing Home. *Iranian Elderly Journal* 6 (21).
- [] Sari, n. Koshyar, h. Vaghei, s. Camelia, h. (1392). Quality of Life and its Affecting Factors in Elderly Living in Nursing Homes in Mashhad. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 23 (11).

- [] Aguers W, Etal B. Health needs of hispanic elderly. Journal of the American-Geriatrics Society 2003;32(3):231-245 .
- [] ظاهری، م. آرتیمانی، س. (). در تحقیقی به بررسی تأثیر برنامه ذهن آگاهی بر استرس درک شده و فشار مراقبتی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- [] Janowski K., Lucjan P. (2012). Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. European Psychiatry (Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry). 27(Supplement 1), P-133 : Pages 1 .
- [] Potek, R. (2012). Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation Ph.D., NEW YORK UNIVERSITY, 184 pages; 3493866 .
- [] McCarney R.W., Schulz J & .Grey A.R.(2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. European Journal of Psychotherapy & Counselling. 14(3): 279-299 .
- [] Michalak J., Burg J & ,Heidenreich T.(2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. Mindfulness. 3(3): 190-199 .
- [] Segal, Z. V., Williams, J. M. G & ,Teasdale, J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press 2002 .
- [] Brown, K.W. Ryan, R.M & .Creswell, J.D. (2007). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. Psychological Inquiry, 18(4), 272-281.
- [] Smeltzer Sc, Bare Bg (2008). Brunner & Suddarths textbook of medical-surgical nursing. 11 th Edition. USA, Lippincott Co .
- [] Darvishpoor kakhki A, Abed Saedi J, Delavar A, Saeed-Al-zakerin M (2011). [Elderly Tsunami in iran: A rehabilitation challenge].15th annual congress of Iranian society of physical medicine, rehabilitation and electro diagnosis. Tehran. P: 189(poster) .
- [] Hills, P & .Argyle, M.(2009). Emotional Stability as a major dimension of happiness. Personality and individual differences, 31(8), 1375-1364 ..
- [] Segal, Z. V., Williams, J. M. G & ,Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press ..