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

Zahra Mavaei*[1]. Keivan Kakabraei [2]

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% (<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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

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

زهرا ماوایی*[1]، کیوان کاکابرایی[2]

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 افزر 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 ۷۳ /۰ 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**). **پست الکترونیکی:** Zmavaei@gmail.com
۲ – دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

مقدمه

جمعیت جهان درحال پیر شدن است، برآورد می‌شود در سال۲۰۲۵ 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 درحال 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 حدود۷/۳ ٪ 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 این‌که سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان دچار کاهش کیفیت زندگی و شادکامی می‌شوند که افراد کهنسال در این سن بیشتر از هر دوره سنی با آن مواجهه می‌شوند. 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 قرارگیرد. 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 برگلاند عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب و برخورداری از مسکن شخصی بیان شده اند [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 سویی واکنش های هیجانی به حوادث و در سویی 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]. ونهوون(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 مقایسهٔ 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، رابطهٔ 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

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 " کیفیتی 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 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 نفرگروه 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 سالمندان۲)سن بالای ۶۵ سال۳)حداقل چهار ماه را در سرای سالمندان گذرانده اند۴)موافقت بیمار برای ورود به مطالعه .و معیارهای خروج شامل:۱)عدم توانائی 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 می‌باشد. 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 ۷۷٪ تا ۹۵٪ همچنین روایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ قرار دارد.آزمون شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ ماده است ومیزان شادکامی فردی را می سنجد.پایه نظری این

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

پرسشنامه تعریف آرگایل وکراسلند از شادکامی است(آنها به منظور ارایه یک تعریف عملیاتی از شادکامی آن را سازه ای دارای سه بخش مهم دانسته اند:فراوانی ودرجه عاطفه مثبت،میانگین سطح رضایت در طول یک دوره ونداشتن احساس منفی)این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط مایکل آرگایل و براساس پرسشنامه افسردگی بک BDI(۱۹۷۶)ساخته شده است. ۲۱عبارت از عبارات این پرسشنامه ازBDIگرفته شده ومعکوس گردیده ویازده 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 وهمکاران(۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰وپایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸گزارش کرده اند.روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها۰/۴۳محاسبه شدهمچنین از آنجایی که شادکامی دارای سه بخش :عاطفه مثبت،رضایت ونبود عاطفه منفی دانسته شده،همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت برادبرن(۰/۳۲)،با شاخص رضایت از زندگی(۰/۵۷)وبا پرسشنامه افسردگی بک(۰/۵۲-)محاسبه شد. در پژوهشی که توسط علی پور و نوربالا (۱۳۷۸)با نمونه ای متشکل از ۱۰۱نفر از دانشجویان دانشگاههای تهران صورت گرفت. ضریب همسانی درونی برای گروه مردان وزنان به ترتیب برابر ۰/۹۴و۰/۹واعتبار باز آزمایی پس از۷هفته ۰/۷۸ وضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته در یک نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹به 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.

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 مخصوصا 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 وتجربه بودن درلحظه.

جلسه دوم:توجه به احساسات وافکار، وگسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند .

جلسه سوم:مهارت های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند .

جلسه چهارم:جلوگیری ازایجاد تثبیت افکار.

جلسه پنجم:تغییرعادات 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 ازتغییرات جزیی خلق.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

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

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کننده‌های 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 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 شرکت‌کننده‌های مطالعه حاضر دارای مدرک دانشگاهی و مابقی دیپلم پایین‌تر بودند.

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	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۱۵	۰/۷۳	۲/۹۸	۰/۶۹
	پس‌آزمون	۱۵	۳/۵۵	۰/۸۱	۳/۱۰	۰/۶۴
سلامت روان	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۴۴	۰/۷۶	۳/۶۸	۰/۵۹
	پس‌آزمون	۱۵	۳/۷۰	۰/۶۹	۳/۴۲	۰/۶۷
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۳۸	۰/۷۹	۳/۲۸	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۱۵	۳/۶۸	۰/۷۲	۳/۰۳	۰/۶۳
سلامت محیط	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۷۷	۰/۷۴	۳/۵۸	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۱۵	۳/۸۸	۰/۷۹	۳/۲۹	۰/۶۷
نمره کل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۲/۴۱	۳/۳۷	۱۳/۲۹	۳/۵۴
	پس‌آزمون	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 ۱۲/۹۳و ۳/۸۸ می‌باشد. به عبارت دیگر سالمندانی که آموزش ذهن آگاهی دیده اند در مقایسه با همتایان خود در گروه کنترل از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بودند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

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	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۱۸	۰/۷۴	۳/۶۵	۰/۶۹
	پس‌آزمون	۱۵	۴/۱۴	۰/۹۰	۳/۷۷	۰/۶۴
میانگین رضایت در یک دوره	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۴۱	۰/۷۹	۳/۵۶	۰/۵۹
	پس‌آزمون	۱۵	۴/۲۳	۱/۰۳	۳/۸۸	۰/۶۷
نداشتن احساس منفی	پیش‌آزمون	۱۵	۳/۱۶	۰/۷۴	۳/۰۸	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۱۵	۳/۷۳	۰/۷۶	۳/۱۳	۰/۶۳
شادکامی کل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۰/۱۲	۳/۲۱	۱۰/۲۳	۳/۵۴
	پس‌آزمون	۱۵	۱۲/۱۳	۳/۵۳	۱۰/۹۵	۳/۸۸

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 می باشد، همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی پس آزمون شادکامی ۱۰/۱۳ و ۳/۵۳ و گروه کنترل ۱۰/۹۵ و ۳/۸۸ می‌باشد. به عبارت دیگر سالمندانی که آموزش ذهن آگاهش دیده اند در مقایسه با همتایان خود در گروه کنترل شادکامی بیشتری برخوردار بودند.

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

در جدول ۳ مشاهده می شود در متغیر کیفیت زندگی، آماره F با درجه آزادی ۱ و ۲۸ کمتر از F جدول بدست آمده و از طرفی P>۰/۰۵ است لذا شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. شرایط دیگر کوواریانس نیز همچون نرمال بودن داده‌ها، ارتباط خطی بین کوواریانس ومتغیروابسته و همچنین موازی بودن شیب خطوط بین متغییر وابسته وکواریانس برای هرگروه برقراربود.

جدول۴ شاخص‌های توصیفی چولگی و کشیدگی جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش

شاخص‌ها	چولگی		کشیدگی	
مراحل آزمون	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۰/۵۴۳	۰/۴۴۳	-۰/۷۵۳	۰/۸۵۲
پس‌آزمون کیفیتی زندگی	۰/۱۷۶	۰/۴۴۲۰	-۱/۱۸	۰/۷۸۲

از آن‌جایی که یکی از موارد جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات، استفاده از چولگی و کشیدگی است، لذا نتایج جدول۴نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر کیفیت زندگی به ترتیب در پیش‌آزمون (۰/۵۴۳ و ۰/۷۵۳-) و پس‌آزمون (۰/۱۷۶ و ۱/۱۸-) در بازه‌ی ۲+ و ۲- قرار دارند، لذا دارای توزیع نرمال می‌باشند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

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	۳۵/۱۹	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					

با توجه به جدول۵ شرایط اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است($p<۰.۰۰$) ،که با درنظرگرفتن مجذور اتا،می توان گفت ۷۳ درصد این تغییرات ناشی از تاثیر درمان ذهن آگاهی در افزایش کیفیت زندگی در سالمندان در شرایط آزمایش است.

در متغیر شادکامی، آماره F با درجه آزادی ۱ و ۲۸ کمتر از F جدول بدست آمده و از طرفی $P>۰/۰۵$ است لذا شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است.

شرایط دیگرکوواریانس نیزهمچون نرمال بودن داده‌ها، ارتباط خطی بین کوواریانس ومتغیروابسته وهمچنین موازی بودن شیب خطوط بین متغییر وابسته وکواریانس برای هرگروه برقراربود.

جدول۶ شاخص‌های توصیفی چولگی و کشیدگی جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات شادکامی

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

از آن‌جایی که یکی از موارد جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات، استفاده از چولگی و کشیدگی است، لذا نتایج جدول۶ نشان می‌دهد که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر شادکامی به ترتیب در پیش‌آزمون(۰/۶۲۲ و ۰/۷۹۲-) و پس-آزمون(۰/۲۱۱ و ۱/۳۱-) در بازه‌ی ۲+ و ۲- قرار دارند، لذا دارای توزیع نرمال می‌باشند .

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	۱۷/۹۷				
واریانس کل	۶۱۰۶/۰۰	۳۰					

با توجه به جدول۷،شرایط اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است($p<۰.۰۰$) ،که با درنظرگرفتن مجذور اتا،می توان گفت ۵۸ درصد این تغییرات ناشی از تاثیردرمان ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی در سالمندان در شرایط آزمایش است.

بحث و نتیجه گیری

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

تبیین این یافته می توان بیان داشت که ذهن آگـاهی، هشـیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حـال نسـبت بـه تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فـرد قرار دارد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف بـه تجربـه یادشـده و پذیرش آن را نیز شامل می شود [15]. پس مـی تـوان اظهـار داشت که ذهن آگاهی در پذیرش تجربیات سـال هـای گذشـته افراد می تواند موثر باشد، تجربیات خوشایند را بـه عنـوان نقـاط قوت زندگی و تجربیات ناخوشایند را به عنـوان نـاهمواری هـای زندگی قلمداد نماید و باعث سرخوردگی افراد نشـود. در تعریفـی دیگر ذهن آگاهی فنی است کـه در ترکیـب بـا مراقبـه و جهـت گیری های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسـبت به زمان حال، بـه نحـوی غیرقضـاوتی، بـا بـه حـداقل رسـاندن 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 واقـع، واقـع گـرا بـودن نسبت به تجربیات را در ذهن سالمند را ایجاد مـی نمایـد. ذهـن آگاهی؛ از درمانه ای شناختی- رفتـاری مشـتق شـده و از مولفـه های مهم موج سوم مدل های درمانی روانشناختی به شمار مـی رود [17]. تمام تمرین های موجود در ذهن اگاهی بـه نحـوی طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش مـی دهـد. نقـش مهم بدن در حیطه های بین رشته ای جدیـد همچـون پزشـکی ذهن- بدن هم به اثبات رسیده است. در پـژوهش هـایی کـه از ذهن آگاهی استفاده می شود، تاکید بـر تعامـل بـین فرآینـدهای بدنی، شناختی و هیجانی است [18]. و در واقع می توانیم بیـان کنیم که ذهن آگاهی توجه به نکات و فعالیت هـای بـدنی را در سالمندان افزایش خواهد داد. کیفیت زندگی را می توان به چهار بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کـرد کـه هر یک از این ابعاد خود دارای اجزایی است. طبق ایـن تقسـیم بندی، اجزای عملکرد جسمی شـامل بـود یـا نبـود اخـتلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوسـت، اسـهال، تنگـی نفس، خستگی و بی خوابی، ناتوانی، بیحسی، درد، تـوان انجـام حرکت برای مراقبـت از خـود و انجـام کارهـای روزمـره اسـت. اجزای عملکرد روانی مشـتمل بـر وجـود یـا فقـدان اضـطراب، افسردگی، سـازش، بیمـاری و درمـان اسـت .اجـزای عملکـرد اجتماعی دربرگیرنده نحوه ایفای نقش ها، ارتباطـات، تعـاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان و توانایی کار در خـارج از منـزل و فعالیتهای جنسی است؛ و اجزای عملکرد معنوی شامل پرداختن به کارهای مذهبی از قبیل دیدار از اماکن ، مقـدس و مـذهبی، دعا کردن و راز و نیاز با خداست. بنابراین با توجه بـه آنچـه کـه 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، هدفمنـد در زمـان کنـونی و خالی از پیش داوری و قضـاوت اسـت[19] . همچنـین ذهـن- آگاهی، شامل زنده نگـه داشـتن هشـیاری فـرد بـرای واقعیـت حاضراست [20]. پس می توان با ذهن آگاهی بنـا بـه تعـاریف ارائه شده، چهار بعد از ابعاد کیفیت زندگی را در سالمندان ارتقـاء 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 بـا سـلامت سـالمندان بیـانگر ایـن اسـت کـه در دوران سالمندی عوامل بسیار زیاد و متنوعی وجود دارنـد کـه بـر ابعـاد مختلف زندگی سالمندان از جنبه سلامتی اثـر منفـی مـی‌گـذارد [21] [22]. با توجه به نتایج حاصل از فرضـیه پژوهشـی مـی توان اینگونه استنباط نمود کـه کیفیـت زنـدگی در سـالمندان تحت تأثیرمتغیرهای مختلفـی قـرار دارد کـه مهـمتـرین آن بـه ترتیـب عبارتنـد از جـنس، تحصـیلات، مـدت اقامـت، وضـعیت سـکونت قبلـی و ترکیب زندگی.از آنجایی که کیفیت زنـدگی در این دوران مـی توانـد تحـت تأثیرعوامـل مختلفـی قـرار گیرد، توصیه می شود برنامـه ریـزی هـایی در جهـت بهبـود این عوامـل و خـدمات پزشـکی و بهداشـتی در جمعیـت سالمندان مد نظرقرار گیرد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی سـبب افـزایش شـادکامی سـالمندان شـهر کرمانشاه خواهد شد. نتایج حاصل از این فرضیه با نتایج پژوهش های، نصیری و همکاران (١٣٩١)، شـریفی و همکـاران(١٣٩٠)، خزان و همکاران(١٣٩۴) هم سو و هم راستا می باشد. در تبیـین این یافته ها می توان عنـوان نمـود کـه یکـی دیگـر از تبعـات سالمندی کاهش میزان شادکامی است. یکی از نعمتهـایی کـه خداوند به انسان عنایت فرموده، نعمت سلامتی است که یکی از ابعاد آن بعد روانی می باشد. سـازمان بهداشـت جهـانی تاکیـد زیادی بر شادکامی به عنـوان مولفـه سـلامتی دارد در تعریـف سلامت روانی از شاخص های مـورد توجـه سـازمان بهداشـت جهانی است که با عواطف مثبتی مانند لذت، آرامـش، نشـاط و شادی همراه است. به عبارت دیگر، آن ویژگی مهم روانـی کـه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

فرد واجد سلامت مـی‌بایسـت از آن برخـوردار باشـد، احسـاس بهزیستی یا شادکامی می باشد. در دیـدگاه روانشناسـی دو نـوع شادکامی وجـود دارد، یـک نـوع شـادکامی از رهگـذر شـرایط محسوس زندگی نظیر تحصیل، شغل، امکانات مـالی و رفـاهی حاصل می‌شود که شادکامی عینی نامیده می شود، نـوع دیگـر متاثر از حالات درونی و ادراکات شخصـی اسـت کـه از آن بـه 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 مشـکلات محافظـت نمـوده و سـلامت جسمی و روانی او را نیز تضمین کند [23]. در تبیین این یافته می توان بیان داشت که ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویـژه، هدفمند در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت اسـت . همچنین ذهن آگاهی، شامل زنده نگه داشتن هشیاری فرد برای واقعیت حاضراست [24]. در واقع می توان بیان داشت که ذهن آگاهی سبب می شود که سالمند خود را در زمان کنونی بیابد و با واقعیت اینکه عمر خود را سپری کرده است بـه شـیوه ای بهتـر کنار بیاید. در یک رابطه ذهن آگاهانه عقاید و نگرشهای موجـود، قابلیت مبادله و چکش خوری بیشتری دارد. این حساسیت ذهـن آگاهانه تأثیرات پایداری بر زوجین برای حل مشکلات همـراه بـا احترام، صمیمیت و همدلی ایجاد می‌نماید.

با توجه به یافته های پیشین و یافته های حاصل از این پژوهش، اینگونه می توان اظهار داشت کـه تـأثیر شـادکامی در بهداشـت روان و تـأثیر پـذیری بـالای سـالمندان از شـرایط زنـدگی، موضوعی است که نمی توان از آن غافـل بـود و سـالمندان نیـز مانند سایر افراد، نیازمند شادکامی می باشند. بررسی های طولی در تحقیقات مختلف نشان می‌دهند کـه شـادکامی بـر افـزایش طول عمر مؤثر است. بنـابراین بایـد بـه دنبـال راهکـاری بـرای افزایش شادکامی در سالمندان باشـیم کـه یکـی از ایـن راه هـا درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

انجام این پژوهش همـواره بـا محـدودیت هـایی از جملـه عـدم رضایت برخی سالمندان که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند، برای شرکت در کلاس های مداخله روبرو بود. بنابراین پیشـنهاد می شود که جلسات درمان ذهن آگاهی به منظور کسـب نتـایج متقن به صورت انفرادی انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

References

[١] Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, C & ,.Zhang, C. K. (2012). The effects of group remini scence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics; 54 (3): 440-4 .

[٢] 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).

[٣] 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 .

[٤] 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 .

[٥] Brooks BA, Anderson MA. (2015). Defining quality of nursing work life. NE. 23(6): 319- 26 .

[٦] 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 .

[٧] Bergland A, Narum I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. J Aging Health, 19(1): 39-61 .

[٨] Carr, A., 2003. Positive Psychology. Handbook of psychology. New York : Brunner – Routledge Press .

[٩] 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.

[١٠] 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).

[١١] Sharifi Daramadi, P. Panah Ali, A. (2011) Comparison of Happiness among Elderly Living in Home and Nursing Home. Iranian Elderly Journal 6 (21).

[١٢] 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).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]

[۱۳] Aguers W, Etal B. Health needs of hispanic elderly. Journal of the American-Geriatrics Society 2003;32(3):231-245 .

[۱٤] ظاهری، م. آرتیمانی، س. (۱۳۹۱). در تحقیقی به بررسی 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.

[۱۵] 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 .

[۱٦] 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 .

[۱۷] 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 .

[۱۸] Michalak J., Burg J & ,.Heidenreich T.(2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. Mindfulness. 3(3): 190-199 .

[۱۹] 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 .

[۲۰] Brown, K.W. Ryan, R.M & .Creswell, J.D. (2007). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness.Psychological Inquiry, 18(4), 272-281.

[۲۱] Smeltzer Sc, Bare Bg (2008). Brunner & Suddarths textbook of medical-surgical nursing. 11 th Edition. USA, Lippincott Co .

[۲۲] Darvishpoor kakhki A, Abed Saeedi 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) .

[۲۳] Hills, P & .Argyle, M.(2009). Emotional Stability as a major dimension of happiness. Personality and individual differences, 31(8), 1375-1364 ..

[۲٤] 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 ..

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2025-07-31]