

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان دارای

افسردگی مرکز سالمندان شهر یاسوج

فاطمه نیک کردار

کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد یاسوج

[mbwrmqdm@gmail.com](mailto:mbwrmqdm@gmail.com)

۰۹۱۷۵۵۶۳۶۸۹

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان دارای افسردگی مرکز سالمندان شهر یاسوج بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان با تشخیص اختلال افسردگی در سال ۱۴۰۲ بود که در مرکز سالمندان شهر یاسوج نگهداری می شوند و بالغ بر ۸۰ نفر بودند و نمونه ی پژوهش شامل ۳۰ سالمند با تشخیص اختلال افسردگی بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶)، پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، پرسشنامه نگرش های ناکارآمد بک و وایزمن (۱۹۸۹) بودند. داده ها با بهره گیری از روش های تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان افسرده شهر یاسوج در سطح  $(p < 0.01)$  تأثیر معناداری دارد. علاوه بر این نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، انسجام درونی، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان دارای افسردگی شهر یاسوج در سطح  $(p < 0.01)$  تأثیر معناداری دارد.

**کلیدواژه گان:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ، کیفیت زندگی

### مقدمه

سالمندی یک فرایند بیولوژیکی اجتناب‌ناپذیر است که تمام موجودات زنده را درگیر می‌کند و در برخی موارد همراه با تجربیات ناخوشایند است (ماسکینلای و تریویت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). تحولات اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های علمی در سال‌های اخیر موجب افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ و میر شده است که این امر افزایش چشم‌گیری در جمعیت سالمندان است. تخمین شده است که جمعیت سالمندان و بازنشسته‌ها در جهان تا ۴۰ سال آینده دو برابر خواهد شد (دولانا، مارتین و روهسنوا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). این افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه به مراتب بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. از طرفی اغلب افرادی که از کار خود بازنشسته می‌شوند و یا اینکه قدرت ارائه کار ندارند احساس از دست دادن مقام اجتماعی، نامنی، از کارافتادگی و تنهایی می‌کنند و برایشان تصور می‌شود که کسی به آنها نیاز ندارد و دیگران برایشان اهمیتی قائل نیستند. و همین عوامل باعث اضطراب و عدم شادمانی در زندگی آنها می‌شود.

کیفیت زندگی برای اولین بار حدود ۴۰ سال قبل در رابطه با وضعیت سلامت مورد مطالعه قرار گرفت. اکنون متخصصان علوم پیشگیری و ارتقای سلامت، زندگی را کیفیتی فراتر از عوامل بیولوژیکی و جسمانی در نظر می‌گیرند. این گسترش در تعریف مفهوم واژه سلامتی، اصطلاحاتی چون بهزیستی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، خوشبختی و ... را در حیطه سلامت مطرح کرده است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: کیفیت زندگی برآیند طیف‌های مختلف زندگی مانند عوامل تعیین کننده سلامت، شادی، از جمله آموزش دست‌آوردهای اجتماعی و هوشی، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است که سالمندان افسرده با آن روبه‌رو هستند و بر نحوه آنها تأثیر دارد.

مطالعات نشان می‌دهند که سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند و اضطرابی که شاید بیش از همه شایع باشد اضطراب مرگ<sup>۳</sup> است (برودی و سمل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ لانگ و استین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی است و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌شود. اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره افراد مهم زندگی است (گیر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). مطالعات نشان داده اضطراب مرگ در دوران سالمندی برجسته است (فونتولاکیس، سایمولی، مگیریا و کاپرینیس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). اگرچه مرگ واقعیتی بیولوژیکی و روانشناختی است اندیشیدن به مرگ ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند زیرا اضطراب و ترس از مرگ

1- Mackinlay, & Trevitt

2- Dolana, Martin, & Rohsenowa

3- death anxiety

4- Brody, & Semel

5- Lang, & Stein

6- Gire

7- Fountoulakis, Siamouli, Magiria, & Kaprinis

تجربه ناخوشایند و رایج انسان ها است (گالیوت، اسمیچل و باومیستر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). طیف وسیعی از سالمندان نتوانسته خود را با وضعیت کنونی سازگار نمایند و در نتیجه دچار انواع مشکلات روانی از جمله اضطراب، مرگ، افسردگی و ناامیدی و ناشاد بودن می گردند که بر نحوه زندگی آنها تأثیر دارد (دولانا و همکاران، ۲۰۰۸).

افکار و نگرش های خود افراد نیز بر میزان و مقدار کیفیت زندگی آنها تأثیر دارد. نگرش های ناکارآمد فرض ها و باورهای جهت گیرانه ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان، اطراف و آینده دارد. این نگرش ها موجب جهت گیری فهم و ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می دهد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی های روانشناختی می کنند. درمان شناختی بک، یک نظام روان درمانی است که تلاش می کند تا واکنش های فرآینده عاطفی و رفتار سالم را با اصلاح تفکر معیوب یا خطادار و عقاید ناسازگارانه که زیربنای این واکنش ها هستند را جایگزین کند. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده پژوهشگر به دنبال پاسخ گویی به این سؤال است آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان دارای افسردگی مرکز سالمندان شهر یاسوج تأثیر دارد؟

### روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه ی سالمندان با تشخیص اختلال افسردگی در سال ۱۴۰۲ بود که در مرکز سالمندان شهر یاسوج نگهداری می شوند و بالغ بر ۸۰ نفر بودند. نمونه ی پژوهش شامل ۳۰ سالمند با تشخیص اختلال افسردگی متوسط با نمره ۲۸ به بالا بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

#### ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، یک ابزار خودگزارشی است که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. این پرسشنامه که نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می باشد دارای ۲۶ سؤال است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای به هر سؤال پاسخ دهد. حداقل و حداکثر این پرسشنامه به ترتیب ۲۹ و ۱۳۰ بود. به منظور ارزیابی میزان پایایی از میزان همسانی درونی براساس ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ هر یک از ابعاد بدین شرح گزارش

<sup>8</sup>- Gailliot, Schmeichel, & Baumeister

شده است. سلامت جسمانی، ۰/۸۷، سلامت روان، ۰/۷۴، روابط اجتماعی، ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۵۴. این ضرایب حاکی از پایداری مطلوب آزمون هستند اسکیتون و همکاران (۲۰۰۴). این آزمون در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است.

### ۲- پرسشنامه اضطراب مرگ

این مقیاس به وسیله ی تمپلر<sup>۹</sup> (۱۹۷۰) ساخته و اعتباریابی شده است که کاربرد آن برای اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است و متشکل از ۱۵ سؤال صحیح- غلط می باشد. پاسخ بلی نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمره بالا (نمره بالاتر از متوسط نمره ۸) معرف درجه بالای از اضطراب مرگ می باشد. حداقل و حداکثر این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۱۵ بود. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس DAS را ۰/۸۳ به دست آورده است. کوتی، وینر و پلاچیک<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۲)، اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل را ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ با میانگین ۰/۵۱ برای افراد سالخورده و ۰/۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کرده اند. کلی و کوریویو<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۵)، اعتبار بازآزمایی مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۳ گزارش کرده اند.

### ۳- پرسشنامه نگرش های ناکارآمد

این پرسشنامه توسط بک و وایزمن (۱۹۸۹) به منظور سنجش نگرش های زیربنایی محتوای شناختی افسردگی براساس نظریه بک ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس آسیب پذیری، نیاز به تأیید شدن، موفقیت-کمالگرایی، نیاز به خشنود کردن دیگران و نیاز به تأثیر بر دیگران است. نمره گذاری به شیوه لیکرتی ۷ درجه ای از (کاملاً موافقم=۷ تا کاملاً مخالفم=۱) می باشد. دامنه نمره ها از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ است. مطابق تحقیقات مختلف نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر آسیب پذیری در برابر افسردگی و داشتن تحریفات شناختی را نشان می دهد. تحقیقات در زمینه روایی و پایداری مقیاس نگرش های ناکارآمدی در جمعیت عادی و بالینی نشان داد که آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی سازه از طریق همبستگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۱ و با پرسشنامه افکار خودآیند ۰/۴۷ است (صالحی زاده و نجفی، ۱۳۸۹).

یافته های پژوهش

<sup>9</sup>- Templer

<sup>10</sup>-Conte, Weiner, & Plytchik

<sup>11</sup>-Kelly, & Corriveau



دانشگاه هرمزگان  
Hormozgan University

# دهمین همایش ملی

## تازه های روانشناسی مثبت



انجمن ملی پژوهش‌های روانشناختی  
کتابخانه نشر  
شماره ملی: ۱۳۰۱۵۰۳۳۰



Sponsored and Indexed by  
CIVILICA  
We Respect the Scientist

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌ی نگرش ناکارآمد را در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
گروه ها					
پیش آزمون	آزمایش	۱۳۵/۸۶	۱۲/۳۵	۱۵۸	۱۲۲
	کنترل	۱۳۱/۶۶	۱۰/۰۱	۱۵۰	۱۱۹
پس آزمون	آزمایش	۱۰۳/۰۶	۱۱/۲۲	۱۱۷	۸۷
	کنترل	۱۳۵/۴۱	۱۲/۲۱	۱۴۵	۱۲۵

همان طور که جدول ۱ نشان می دهد در گروه آزمایش میانگین نمره های نگرش های ناکارآمد در مرحله ی پیش آزمون (۱۳۵/۸۶) و در مرحله‌ی پس آزمون (۱۰۳/۰۶) می باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره های نگرش های ناکارآمد در مرحله‌ی پیش آزمون (۱۳۱/۶۶) و در مرحله‌ی پس آزمون (۱۳۵/۴۱) می باشد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌ی اضطراب مرگ را در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
گروه ها					
پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۳۳	۲/۰۲	۱۵	۸
	کنترل	۱۰/۷۳	۱/۶۶	۱۵	۹
پس آزمون	آزمایش	۷/۹۳	۱/۶۲	۵	۱۱
	کنترل	۱۰/۰۶	۲/۰۸	۱۵	۸



دانشگاه هرمزگان  
Hormozgan University

# دهمین همایش ملی

## تازه های روانشناسی مثبت



انجمن ملی روانشناسان  
انجمن ملی روانشناسان



همان طور که جدول ۲ نشان می دهد در گروه آزمایش میانگین نمره های اضطراب مرگ در مرحله ی پیش آزمون (۱۰/۳۳) و در مرحله ی پس آزمون (۷/۹۳) می باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره های اضطراب مرگ در مرحله ی پیش آزمون (۱۰/۷۳) و در مرحله ی پس آزمون (۱۰/۰۶) می باشد.

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کم ترین نمره ی کیفیت زندگی را در گروه های آزمایش و کنترل در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	شاخص های آماری	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش آزمون	آزمایش	۶۵/۳۳	۴/۴۰	۷۲	۵۸
	کنترل	۶۳/۶۰	۳/۵۰	۶۹	۵۹
پس آزمون	آزمایش	۷۷/۷۳	۳/۷۶	۸۴	۷۱
	کنترل	۶۴/۶۶	۳/۵۱	۶۷	۵۴

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد در گروه آزمایش میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله ی پیش آزمون (۶۵/۳۳) و در مرحله ی پس آزمون (۷۷/۷۳) می باشد و همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره های کیفیت زندگی در مرحله ی پیش آزمون (۶۳/۶۰) و در مرحله ی پس آزمون (۶۴/۶۶) می باشد.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین های نمره های پس آزمون نگرش های ناکارآمد، اضطراب

مرگ و کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلای	۰/۸۵	۳۱/۱۰	۲۱	۴	۰/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۱۴	۳۱/۱۰	۲۱	۴	۰/۸۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۵/۹۲	۳۱/۱۰	۲۱	۴	۰/۸۵	۰/۰۰۱



مندرجات جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0.05$  تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه کلی پژوهش حاضر تأیید گردید. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت ۳ تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۸۵ می باشد.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون نگرش های ناکارآمد، اضطراب مرگ و کیفیت

### زندگی گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
نگرش های ناکارآمد	۶۹۶۵/۸۰	۱	۶۹۶۵/۸۰	۴۹/۴۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱
اضطراب مرگ	۳۱/۰۶	۱	۳۱/۰۶	۱۱/۷۶	۰/۳۲	۰/۰۰۲
کیفیت زندگی	۸۹۳/۴۶	۱	۸۹۳/۴۶	۱۰۱/۳۹	۰/۸۰	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۵ مشاهده می شود که تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون، از لحاظ متغیر نگرش های ناکارآمد در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. بر این اساس می توان بیان داشت که فرضیه ۱ پژوهش تأیید گردید. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۶۷ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر نگرش های ناکارآمد مربوط به مداخله ی آزمایشی است، مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر اضطراب مرگ در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۲ پژوهش تأیید می شود. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۳۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر اضطراب مرگ مربوط به مداخله ی آزمایشی است و در نهایت مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۳ پژوهش تأیید می شود. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۴۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله ی پس آزمون از نظر متغیر کیفیت زندگی مربوط به مداخله ی آزمایشی است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد سالمندان دارای افسردگی شهر یاسوج تأثیر دارد.

با توجه به مندرجات جدول ۵ مشاهده می شود که تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون، از لحاظ متغیر نگرش های ناکارآمد در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. نتایج این پژوهش با پژوهش های بیرامی و همکاران (۱۳۹۴) و جعفری و همکاران (۱۳۹۲) همخوان می باشد. بنابراین میتوان گفت که آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد و باعث کاهش نگرش های ناکارآمد در افراد می شود. همچنین مهارت ذهن بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار زائد خود می سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می سازد و از این طریق باعث نگرش های ناکارآمد می گردد. در اصل به طور نظری درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. همانطور که گفته شد در واقع به نظر می رسد که حضور ذهن درمانی شناختی از طریق آموزش کنترل توجه موثر واقع شود. در اصل فرض بر این است که آسیب پذیری در مقابل عو و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایراگیر و نگرش های ناکارآمد است که به نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می انجامد. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. به طور کلی می توان گفت که رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با یکپارچگی عناصری مانند فلسفه دیالکتیک ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط و ... به همراه بهره گیری از انواع مراقبه به عنوان حوزه محوری در این رویکرد و همچنین توجه بیشتر بر کنترل توجه در درمان اختلالاتی مانند نگرش های ناکارآمدی بر دیدگاه شرقی مبنی بر تعامل ذهن و بدن همراه با کارآمدی آنها در حیطه سلامتی و بهداشت روان صحه می گذارد.

نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ سالمندان دارای افسردگی شهر یاسوج تأثیر دارد.

با توجه به مندرجات جدول ۵ مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر اضطراب مرگ در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. نتایج این پژوهش با پژوهش های لائورا ومیشل (۲۰۰۰)، هازلت و همکاران (۲۰۱۸)، فولک و همکاران (۲۰۱۴)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۷) همخوان می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت ذهن ما اغلب در مورد وقایع اقدام به تفسیر و استنباط می کند و به مرور باعث واکنشها و احساسات پایدار می شود. در افرادی مثل سالمندان به دلیل مسائل روان شناختی خاص از جمله اضطراب مرگ همیشه به سمت افکار منفی و ناراحت کننده گرایش پیدا می کند که این خود باعث تداوم آنها می شوند، اما ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین برای توجه به ویژگی های تجارب به شیوه ای از قضاوت موجب کدگذاری اختصاصی (به جای تعمیم کلی اطلاعات) در حافظه می شود که این امر باز خوانی اختصاصی از حافظه را به همراه دارد. در نتیجه این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانها و پدیده های فیزیکی همان طور که اتفاق می افتد کمک می کند. همچنین براساس نظریه کابات-زین در روش ذهن آگاهی به افراد تن آرامی، تکنیک تنفس، بینش و



مهارت هایی برای مقابله با استرس ها و شکایات آموزش داده می شود که این آموزش ها هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی را تقویت می کنند که براساس آن می توان انتظار داشت که افراد نگرش مثبت تری نسبت به توانایی های خود داشته باشند و در کنار آمدن با استرس ها به طور موفقیت آمیز عمل کنند. در نتیجه افراد ذهن آگاه مشکلات خود را بدون قضاوت نگاه می کنند، مشکلات و هیجانات خود را می پذیرند، توانایی مقابله با مشکلات را یاد می گیرند، در مقابله با استرس ها از تن آرامی و تکنیک تنفس استفاده می کنند و نگرش مثبتی به توانایی های خود پیدا می کنند. ذهن آگاهی از طریق آگاهی و هوشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیرارزیابانه نسبت به فرایندهای روانی مشخص می شود و شامل آگاهی مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف، افکار و تصورات است. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می باشد. سالمندان ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها دارند، در حقیقت سالمندان ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر هستند. زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می شود که سالمندان نسبت به خود، توانایی ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوشبینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. سالمندانی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع بینی را از دست می دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه های تاریک زندگی را در نظر می گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون اضطراب مرگ سالمندانی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد، نسبت به فعالیتهای روزانه خود آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگیهای خودکار ذهنشان آشنایی پیدا می کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می دهند. و از این طریق بر اضطراب مرگ آنها تأثیر دارد.

### در نهایت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی سالمندان دارای افسردگی شهر یاسوج تأثیر دارد.

با توجه به مندرجات جدول ۵ مشاهده می شود که تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی در سطح  $P < 0.01$ ، معنی دار است. نتایج این پژوهش با پژوهش های جعفری و همکاران (۱۳۹۲)، اورکی و سامی (۱۳۹۵)، رحمانی فرد و همکاران (۱۳۹۶)، بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۶) همخوان می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی فعالیتی است که به ما اجازه می دهد که در زمان حال رویدادها را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاهی داریم دیگر توجه مان درگیر گذشته یا آینده نیست. در حالی که بیشتر مشکلات روانشناختی و مرتبط با کیفیت زندگی ناشی از تمرکز بر گذشته یا آینده است (کابات زین، ۲۰۰۳). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند منجر به این نگرش شود که که افکار و احساسات گذرا هستند و این نگرش زودگذر این امکان را در افراد فراهم می آورد که نسبت به شناخت ها، افکار و احساسات اینگونه بنگرند که این ها "فقط افکار" یا "فقط احساسات" هستند. این نقطه نظر ممکن است باعث کاهش نشخوار فکری و افکار خودکار شود و این خود سبب کاهش حالت ها و واکنش های ناخوشایند شود و مدیریت موثر این حالت ها را به ارمغان آورد. از طرف دیگر

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم پذیرش شرایط کنونی است و این با تلاش برای تغییر وضعیت نامطلوبی که سالمندان افسرده با آن درگیرند، با وضعیت مطلوب آینده در تضاد است. این موضوع بر رضایت فرد سالمند افسرده از موقعیت کنونی بدون تلاش پایدار برای پرداختن به آینده احتمالی متمرکز است. و از طرف دیگر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است از طریق افزایش استفاده از آرام سازی عضلانی و کاهش واکنش های جسمانی تشدیدشونده در مقابل فشار روانی، سلامت جسمی و روانشناختی را بهبود بخشد و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی را به ارمغان آورد.

### منابع

- اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روانشناختی معاصر، ۵ (۲۰)، ۳۴-۴۷.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان و علیزاده گورادل، جابر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش های ناکارآمد نوجوانان
- جعفری، داوود؛ صالحی، مهدیه و محمدخانی، پروانه (۱۳۹۲). مقایسه ی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان گروهی فعال سازی رفتاری در میزان افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده. اندیشه و رفتار، ۸ (۲۹)، ۴۱-۵۳.
- حسینی شاهرودی، مهدی و شایسته، رضا (۱۳۹۶). هوش معنوی، مؤلفه ها و مبانی آن در حکمت متعالیه. پژوهش های فلسفی کلامی، ۷۱، ۳۱-۷.
- رحمانی فرد، طاهره؛ کلانتری گوشه، سید محمد و فرامرزی، محبوبه (۱۳۹۶). تأثیر روان درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۳ (۳)، ۲۷۷-۲۸۹.
- ظهور، علیرضا و موسی خانی، احسان (۱۳۸۰). شیوع افسردگی در دانشجویان دانشکده ی بهداشت کرمان و مقایسه ی آن با سایر دانشگاه های کشور. فصل نامه ی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، شماره ی ۱۰، صص ۴۷-۴۳.
- قدم پور، عزت الله؛ مرادزاده، سیروس و شاه کرمی، مهدی (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۶ (۴)، ۴۴-۵۳.

- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471–494.
- Chan, C. H. (2006). Effectiveness of psychosocial group interventions for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility & Sterility*, 13, 339-349.
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A., & Yassin, N. (2003). I wouldn't want it on my CV or their records: Medical students' experiences of help seeking for mental health problems. *Med Educ*, 37, 873-80.
- Foulk, M. A., Ingersoll-Dayton, B., Kavanagh, J., Robinson, E., Kales, H. C. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: An Exploratory Study. *J Gerontol Soc Work*; 57: 498–520.
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., Chong, A. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research. *Clin Gerontol*.
- Kabat-zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Dell publishing.