

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان شهرستان قائم‌شهر

مجله علمی پژوهش در مدیریت و مطالعات اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۲ / زمستان ۱۳۹۹ / ص ۴۰-۳۱

رقیه چراغ پور خنکدار^۱، سعیده پیشکار^۲

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی ساری، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد آمل، دانشگاه پیام نور

نویسنده مسئول:

رقیه چراغ پور خنکدار

چکیده:

زمینه و هدف: از عوارض هر جنگی، بروز مشکلات جسمی و روانی است که برای افرادی که به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم در جنگ حاضر بوده اند، به وجود می آید. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان شهرستان قائم‌شهر انجام شد. روش بررسی: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل می باشد و جامعه آماری پژوهش حاضر را جانبازان شهرستان قائم‌شهر تشکیل دادند، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۳۰ نفر از جانبازان انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. مشارکت کنندگان پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ) را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند و گروه آزمایش ۸ جلسه در برنامه آموزش ذهن آگاهی شرکت کردند. همچنین برای تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰۰۵ صورت گرفت.

یافته ها: نشان داد که در مجموع تفاوت معنادار بین نمره کل و خرده مقیاس های دو پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و سلامت روان گلدبرگ (GHQ) در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتیجه گیری: بنابراین میتوان نتیجه گرفت آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: آموزش ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، سلامت روان، جانبازان

مقدمه:

اگر چه جنگ اخیر در کشور ما، به عنوان دفاع از ارزشهای اسلامی و تمامیت ارضی کشور یک وظیفه شرعی و ملی اجتناب ناپذیر محسوب می شود، اما هرگز نباید از پیامدهای منفی آن از جمله خسارات جبران ناپذیری که از طریق شهید، مجروح و معلول و مفقود شدن تعداد زیادی از افراد جامعه به بار آورده غفلت ورزید (کاظمی، شجاعی، سلطانی زاده، ۱۳۹۲). معمولاً مشکلات جسمی منجر به بروز نقص عضو می گردد اما جراحات روانی تا مدت ها، حتی پس از جنگ، گریبان گیر آسیب دیدگان خواهد بود (تیلور^۱، ۲۰۰۶). معلولیت های جسمی و عوارض روحی ناشی از آن یکی از جلوه هایی است که در صحنه های جنگ و سالهای بعد از آن در بازماندگان جنگ و اطرافیان آنها به شکلی گسترده به چشم می آید (ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، ۱۳۸۱). از جمله این مسایل می توان به کیفیت زندگی جانبازان اشاره کرد که در اثر نادیده گرفتن نیازهای روحی و توانبخشی در معرض خطر قرار گرفته است (برهمنی، عابدسعیدی، خیری، ۱۳۹۲). مفهوم کیفیت زندگی بیانگر ارزیابی ذهنی فرد از جنبه های مختلف زندگی خودش است و کیفیت زندگی وابسته به برداشت فرد از جنبه های سلامت جسمی و روانی زندگی اوست که به خود فرد باز می گردد (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی تعبیری از احساس خوب بودن ناشی از رضایت یا عدم رضایت از وضعیت های مختلف زندگی که برای فرد مهم است، این مفهوم یک درک کاملاً ذهنی و شخصی بر پایه خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر راحتی، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی که در جهت پیشرفت یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت مقدور می باشد. کیفیت زندگی با تصویری که فرد از خود دارد، دیدگاه، جایگاه و طرز فکرش درباره زندگی توصیف می شود (لوپز^۲، ۲۰۱۹). لذا میتوان گفت که کیفیت زندگی به واقع هدف آرمانی مراقبت های بهداشتی و روانشناختی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می کند. بر این اساس یک خدمت روانشناختی، تنها زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه سلامت روان در فرد تحت مراقبت، افزایش دهد (کوربان، تینات^۳، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه ای بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند، کیفیت زندگی می تواند، مراتبی از سلامت روان و بهزیستی ذهنی تعریف شود و همچنین سلامت روان نیز می تواند تحت تأثیر مقیاس انتظارات و شاخص های کیفیت زندگی قرار بگیرد (کمپل^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). سلامتی در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت^۵ (WHO) به عنوان "نه تنها نبود بیماری یا معلولیت"، بلکه "حالت تندرستی، خوب و سر حال بودن از نظر جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است. در این تعریف سلامت روانی "چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی" می باشد (موسوی، موسوی و حاجیان، ۱۳۹۴). سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان^۶ را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی و روانی و اجتماعی تعریف می کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). سلامت روان میزانی از تعادل است که فرد در مقابله با مشکلات اجتماعی و سازگاری اجتماعی با محیط اطراف خود برقرار می کند و رفتار سنجیده ای از خود نشان می دهد (گلپور چمانکوهی، محمدمامین، ۱۳۹۱). روانشناسان برخلاف گذشته که سلامت روانی را در فقدان بیماری روانی میدانستند، امروزه بر این باورند که بهزیستی به معنای عدم وجود بیماری روانی نیست. توجه روانشناسان در سالیان گذشته معطوف آسیب شناسی روانی بود و کمتر به ارتقاء کیفیت زندگی و رشد سلامت روان جلب میشد (دیئر^۷، ۲۰۱۵). استفاده از راهکارهای مقابله ای موثر در جهت تقویت بهزیستی روانی افراد در بیماریهای مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است (گال^۸، ۲۰۰۶). به طور کلی دستیابی به کیفیت زندگی و سلامت روانی نیاز اصلی هر انسان است، امروزه برای کاهش تنش و اضطراب و حتی درمان بیماری ها از روشهای مختلفی، مثل آرام سازی و مراقبه استفاده می شود (موسوی و موحیدیان، ۱۳۹۰). ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین های مذهبی شرقی، خصوصاً بودایی دارد (اوست^۹، ۲۰۱۸). توجه آگاهانه به حال، هشیاری روشن بر واقعیت حال حاضر و آگاهی از هیجانات شخصی است که در آنها هشیاری و آگاهی به طور فعال ترویج داده می شود (عبدی، ۱۳۹۰). در کل مطالعات متعددی روی اثربخشی مداخلات و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی بروی گئیهای مختلف روانشناختی صورت گرفته است از جمله آنها میتوان به تاثیر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی (کاویانی، حاتمی، شفیع آبادی، ۱۳۹۲)، افکار خودآیند منفی (نریمانی، آریاپور

¹ Tylor² Lopez³ Kurian. & Kurian, Tintu⁴ kempel⁵ World health organization⁶ mental health⁷ Diener⁸ Gall⁹ Ost

عبدالقاسمی، احدی، (۱۳۹۲)، افزایش کیفیت زندگی افراد افسرده (لاتاتر، اولیو، نورمن^۱، ۲۰۰۷) و بهبود علایم جسمانی و سلامت روان جانبازان اشاره کرد (بهادری، خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۳). نتایج چندین مطالعه حاکی از آن بوده که ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی، روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد آموزش توجه آگاهی به بیماران دارای اختلالات خلقی و اضطرابی موجب بهبود قابل ملاحظه سلامت روانی می شود. همچنین سودمندی آن به عنوان یک روش مداخله ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است (مک کراکن، گانتلت، ولو^۲، ۲۰۱۷). به طور گسترده برای افراد دارای آشفتگی های خلقی، استرس، درمان بیماری های مزمن و جلوگیری از عود افسردگی موثر شناخته شده است (بودلاند^۳، ۲۰۱۶). در پژوهش گیلک^۴ (۲۰۱۹) نیز مشخص شد که ذهن آگاهی با پنج عامل بزرگ شخصیت به ویژه روان رنجوری، عاطفه منفی و وظیفه شناسی ارتباط معنادار دارد.

عدم کنترل فکر و مشغولیت به افکار منفی که فرد به صورت وسواسی به آن می پردازد سلامت روان فرد را تحت تاثیر خود قرار میدهد. سلامت روان به واسطه ی داشتن مکانیسمهای شناختی سازگار در برابر هیجانات منفی موجب میشود که فرد در برابر حوادث و ناکامیها، اشتغال ذهنی کمتر، تفکر منطقی بهتر و تفسیر صحیحی به آن چه که در لحظه به لحظه ی حال اتفاق می افتد نشان دهد (عبدی، باباپور، صادی، ۱۳۹۰). این مسئله در جانبازان کشور که به علت شرکت در جنگ تحمیلی ایران و عراق دچار صدمات جسمانی و روانی متعددی شده اند از حساسیت فوق العاده ای برخوردار است (روحی، آسایش، عباسی، قربانی، ۱۳۹۰). از آنجا که جانبازان، معلولین تصادفی نیستند، بلکه جهت اهداف متعالی خود به این وضعیت گرفتار شده اند، ذهن آگاهی و حضور در لحظه می تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روان این قشر، نقش برجسته ای ایفا کند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۱). در زمینه درمان مشکلات روانشناختی رویکردهای متنوعی به کار گرفته شده اند و ذهن آگاهی به عنوان یک شیوه درمانی موثر تاثیر خود را در زمینه های مختلف نشان داده است. با توجه به اهمیت توجه آگاهانه به حال که می تواند در هوشیاری مرتبط با بهزیستی نقش موثری داشته باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان صورت گرفته است.

روش پژوهش:

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته می باشد و جامعه آماری پژوهش حاضر را جانبازان شهرستان قائمشهر تشکیل دادند، با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ۳۰ نفر از جانبازان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. گردآوری داده ها توسط پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ) انجام شد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه ۴ حیطه؛ سلامت بدنی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد. هر یک از این حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، ۸ پرسش میباشد که دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. پایایی این پرسشنامه با شاخص همبستگی درونی خوشه ای در زمینه سلامت روانی، سلامت بدنی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ بدست آمده است. شاخص همسانی سازگاری درونی بین چهار زمینه یاد شده در بالا و در گروه بیماران ۰/۷۷ گزارش شده است.

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ):

پرسشنامه سلامت روان به وسیله گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه دارای این مراتب

¹ Luthanz , Avolio , Avey , Norman

² McCracken , Gauntlett, Vowles

³ Bodlund

⁴ Giluk

است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. با به کارگیری این پرسشنامه می‌توان احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ ماده و ۴ خرده مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکارایی اجتماعی و افسردگی می‌باشد. هر مقیاس دارای ۷ سوال می‌باشد. این آزمون دارای پایایی بالا و آلفای کرونباخ ۰/۸۳ می‌باشد و این پرسشنامه در سال ۱۳۸۰ توسط دکتر نوربالا و همکاران اعتبار یابی شده است.

روش مداخله:

جلسه اول: ابتدا معارفه و آشنایی با گروه و گرفتن پیش آزمون، هدایت خودکارو شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، تمرین خوردن کشمش، واریسی بدنی، توجه آگاهی از فعالیت های روزانه، واگذاری تکلیف خانگی واریسی بدنی. جلسه دوم: پیکار با موانع، واکنش به حوادث روزانه، واریسی بدنی، بررسی تکلیف خانگی، تمرین آگاهی از افکار و احساسات، فهرست فعالیت های لذت بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه ای، واگذاری تکلیف خانگی مراقبه و برنامه ریزی برای اجرای فعالیت های لذت بخش همچون پیاده روی، حمام کردن، خریدهای کوچک، گپ و گفت با دوستان و ... جلسه سوم: توجه آگاهی یا آگاهی از تنفس، حفظ هوشیاری مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، تمرکز بر تنفس و حس های بدنی ناخوشایند به هنگام بروز آنها، بررسی تکلیف، فضای تنفس سه دقیقه ای، قدم زدن با توجه آگاهی و کشش بدنی، واگذاری تکلیف خانگی، از جمله اجرای مراقبه روزانه و توجه آگاهی به هنگام اجرای فعالیت روزمره. جلسه چهارم: ماندن در زمان حال، دلبستگی، بیزاری و کسالت، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، توجه آگاهی از تنفس، حس های بدنی، صداها، و افکار در خلال زندگی و به هنگام اجرای فعالیت های روزمره، بررسی تکلیف خانگی، اجتناب تجربه ای، تعریف افسردگی، واگذاری تکلیف خانگی فضای تنفس و اجتناب نکردن. جلسه پنجم: حضور در لحظه حال، پذیرش تجارب فردی، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، توجه آگاهی از تنفس، حس های بدنی، صداها و افکار در خلال زندگی و به هنگام اجرای فعالیت های روزمره، ارتباط با تجارب فردی، بررسی تکلیف خانگی، تمرین رویارویی به جای جنگیدن، واگذاری تکلیف خانگی فضای تنفس و اجتناب نکردن.

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، افکار واقعیت نیستند، بلکه صرفا اتفاقاتی هستند که در ذهن می افتند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، توجه آگاهی از تنفس، حس های بدنی، صداها و افکار در خلال زندگی و به هنگام اجرای

فعالیت های روزمره، واکنش نشان ندادن به سختی ها، بررسی تکلیف خانگی، تحریک افکار و دیدگاه های جایگزین، بحث درباره عدم تمرکز، واگذاری تکلیف خانگی فضای تنفس و عدم تمرکز

جلسه هفتم: چطور می توانیم به بهترین وجهی مراقب خود باشیم، چگونه برای عود آماده باشیم، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه ای، بررسی تکلیف خانگی، فهرست فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که فرد بر آنها تسلط دارد

فهرست نشان های عود، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با عود، واگذاری تکلیف خانگی فضای تنفس و آماده سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی.

جلسه هشتم: کاربرد آنچه در این دوره آموختیم، برای مقابله باحالات خلقی در آینده (اجرای مواردی که در مرحله پس از درمان برای حفظ آثار درمانی لازم است، مورد تأکید قرار می گیرد)، تمرین پیوند با زندگی روزمره، واریسی بدنی، بررسی تکلیف، مرور کل جلسات، بحث درباره چگونگی ادامه تمرینات، جمع بندی و گرفتن پس آزمون.

تجزیه و تحلیل داده ها: در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از روش های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (آزمون کولموگراف اسمیرنوف، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا) با نرم افزار آماری کامپیوتری SPSS ۲۶ استفاده شده است.

نتایج و یافته ها:

برای توصیف داده ها از شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار و برای بررسی توزیع داده ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف استفاده شد و داده های کمی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول یافته های توصیفی حاصل از متغیر جمعیت شناختی سن و تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که میانگین سنی مشارکت کنندگان گروه آزمایش ۲/۵۷ و در گروه کنترل ۲/۶۳ و در تحصیلات به ترتیب ۱۹/۹ و ۱۶/۶ درصد افراد شرکت کننده در گروه آزمایش

و کنترل زیر دیپلم، ۲۵/۶ و ۲۶/۷ درصد دیپلم، ۳۳/۵ و ۳۷/۸ درصد شرکت کنندگان لیسانس و ۱۹/۹ و ۲۰ درصد بالاتر از لیسانس بودند اکثریت افراد شرکت کننده در گروه آزمایش و کنترل لیسانس بودند.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	گروه آزمایش	گروه کنترل	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۵۴/۲۷	۵۳/۳۶	۱/۶۸
	پس آزمون	۶۰/۷۷	۵۳/۵۰	۱/۷۲
سلامت روان	پیش آزمون	۳۱/۲۷	۳۰/۵۳	۱/۸۶
	پس آزمون	۲۴/۳۷	۳۱	۱/۹۳

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد در خرده مقیاس های متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	گروه آزمایش	گروه کنترل	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۱۲/۸۰	۱۳	۱/۱۳۴
	پس آزمون	۱۵/۲۳	۱۳/۵۳	۱/۴۵۷
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	۱۵/۲۰	۱۵/۲۰	۱/۲۰۷
	پس آزمون	۱۸/۴۷	۱۵/۸۰	۱/۳۷۳
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۵/۷۸	۵/۶۷	۰/۹۷۶
	پس آزمون	۵/۸۷	۵/۶۷	۰/۹۷۶
محیط اجتماعی	پیش آزمون	۲۰/۳۰	۱۹/۶۰	۱/۱۲۱
	پس آزمون	۲۲/۳۳	۲۰/۷۳	۱/۵۸۰
نشانه های بدنی	پیش آزمون	۷/۶۷	۷/۰۷	۱/۰۳۳
	پس آزمون	۶/۶۸	۷/۸۷	۰/۹۹
اضطراب و بی خوابی	پیش آزمون	۸/۸۰	۸/۷۳	۱/۶۶۸
	پس آزمون	۶/۵۳	۸/۲۰	۱/۶۵۶
ناکارایی اجتماعی	پیش آزمون	۸/۴۳	۸/۶۰	۱/۲۵۱
	پس آزمون	۷/۹۳	۸/۶۰	۱/۴۰۴
افسردگی	پیش آزمون	۶/۳۷	۶/۲۳	۰/۹۹
	پس آزمون	۴/۲۷	۵/۵۳	۱/۱۸۷

یافته های جدول ۱ و ۲ در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان تغییر در نمرات کل و خرده مقیاس های دومتغیر در گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس جهت رعایت پیش فرضهای تحلیل کواریانس آزمون کولموگراف اسمیرنوف برای نرمالیت، فرض همگنی واریانس ها توسط آزمون لوین و بررسی همگنی شیب های رگرسیونی بررسی شد.

با توجه به آزمون کولموگراف اسمیرنوف در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان و مقادیر سطح معناداری ($p=0/58$) و ($p=0/60$) برای می توان با اطمینان گفت که توزیع متغیر ها نرمال می باشد.

شاخص لوین یکی از مفروضه های تحلیل واریانس می باشد با توجه به تحلیل واریانس، سطح معناداری آزمون لوین در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان به ترتیب ۰/۱۳۱ و ۰/۲۴۵ می باشد که بالاتر از ۰/۰۵ می باشد، می توان گفت فرض همگونی واریانس در گروه ها از تجانس برخوردار است و با توجه به عدم معناداری آزمون لوین میتوان به تحلیل ادامه داد.

نتایج مربوط به بررسی همگنی شیب های رگرسیونی در متغیرهای پژوهش مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می باشد. با توجه به اینکه سطوح معنی داری F حاصل از تعامل گروه پیش آزمون در متغیر کیفیت زندگی ($p=0/403$) و در متغیر سلامت روان ($p=0/21$) می باشد و از مقدار آلفای $0/05$ بزرگتر می باشد پس مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می باشد در نتیجه مفروضه همگنی خطوط رگرسیون برای هر دو متغیر وابسته تایید می شود.

جدول ۳ تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات کل کیفیت زندگی و سلامت روان با برداشتن اثر پیش آزمون

منبع	مجموع	Df	میانگین	میزان F	معناداری	اندازه اثر
تغییرات	مربعات		مربعات			
گروه	۴۷۸/۵۰۷	۱	۴۷۸/۵۰۷	۵۳/۴۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳
خطا	۲۳۲/۹۶۵	۲۶	۸/۹۶۰			
گروه	۴۹۴/۱۰۳	۱	۴۹۴/۱۰۳	۸۰/۶۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵۶
خطا	۱۵۹/۲۸۹	۲۶	۶/۱۲۶			

همان طوری که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین کیفیت زندگی و سلامت روان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی داری وجود دارد در کیفیت زندگی ($p<0/000$ و $F=53/404$) و در سلامت روان ($p<0/000$ و $F=80/650$) می باشد و این نتایج و میزان F بدین معنی است که، آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تأثیرگذار بوده است و موجب افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان گروه آزمایش شده است.

جدول ۴ نتایج کوواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون کیفیت زندگی و سلامت روان با کنترل پیش آزمون

آزمون	ارزش	F	فرضیه df	Df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۴۸	۶۹/۶۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۲	۶۹/۶۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸
آزمون اثر هتلینگ	۵/۵۶۹	۶۹/۶۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸
آزمون ریشه روی	۵/۵۶۹	۶۹/۶۰۸	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۸

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می شود، سطوح معناداری همه آزمون ها کمتر از $0/05$ می باشد و نشان دهنده این است که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد و به این معنی است که آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان تأثیرگذار می باشد.

بحث:

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و سلامت روان جانبازان شهرستان قائم شهر انجام شد. نتایج حاکی از آن است که در مجموع تفاوت معنادار بین نمرات کیفیت زندگی و سلامت روان در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در جانبازان وجود دارد.

در پژوهش حاضر متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان با استفاده از روش ذهن آگاهی به ترتیب افزایش و کاهش یافته است. با توجه به مولفه های کیفیت زندگی و سلامت روان و با در نظر گرفتن مقیاسهای مربوطه در تبیین کلی میتوان گفت حالتهای ذهنی و شناختی افراد به شدت بر سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی آنان تأثیر میگذارد، فردی که دچار نشانه های بدنی بیمارگون، اضطراب، افسردگی، بی خوابی و مشکلاتی در زمینه زندگی فردی و اجتماعی میشود حاکی از وجود مشکلاتی است که در افکار و نگرش فرد نسبت به خودش، زندگی و دنیا وجود دارد و وجود طرحواره های ناسازگار، افکار ناکارآمد و سازه های شناختی غلط باعث می شود فرد نتواند تفسیر یا برداشت درستی از اتفاقات اطراف خود داشته باشد، متقابلاً این شیوه تفکر باعث به وجود آمدن مشکلاتی در زمینه های مختلف زیستی- روانی و اجتماعی فرد میشود که این مسئله چرخه منفی برگشت به مشکلات را به وجود می آورد. با توجه به تعریف ذهن آگاهی، این روش درمانی با در نظر گرفتن تکنیکهای متنوعی که در زمینه های شناختی، ذهنی و تمرینی در آن استفاده شده توانسته است منجر به تأثیرات مثبتی در افزایش مقیاسهای

کیفیت زندگی و کاهش مقیاسهای بیمار گون سلامت روان شود. نتایج بدست آمده از این تحقیق با یافته های پژوهشی (بهداری، خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۳) که آموزش ذهن آگاهی بر بهبود علائم جسمانی و سلامت روان جانبازان موثر است و همچنین نتیجه پژوهش (لاتاتر، اولیو، نورمن، ۲۰۰۷) که آموزش ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی افراد افسرده موثر می باشد، همسو می باشد. از جمله فواید ذهن آگاهی می توان به: آموزش مغز، بهبود روابط، افزایش خلاقیت، کاهش افسردگی، کاهش دردهای مزمن، عمق بخشیدن به زندگی، کاهش استرس، مبارزه با اضطراب، تنظیم عاداتهای غذایی و افزایش شادی اشاره کرد (اورکی، بیات، ۱۳۹۳).

در ذهن آگاهی سه هدف اساسی دنبال می شود الف) تنظیم توجه، ب) توسعه آگاهی فراشناختی، ج) تمرکز دایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی. بر اساس گفته های ویلیامز، دوگان، کرانی، فنل^۱ (۲۰۰۶) ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشد، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی شوند بلکه این شیوه واکنش دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت هاست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می شود. ذهن آگاهی به بیمار کمک می کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می سازد تا به صورت آشکارانه تری برانگیخته شدن واکنش های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکر تمرکز زدایی کنند ذهن آگاهی با تکنیک های متنوع موجب توقف چرخه تجارب و افکار منفی می شود، در واقع بر اساس اصل پذیرش که از اصول ذهن آگاهی می باشد فرد نسبت به پذیرش مسائل زندگی حتی اگر منفی باشد انعطاف پذیر می شود و راحت ترمی تواند با مشکلات روبه رو شود. فرد حتی باور های خود را به چالش میکشد و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی های از واقعیت یا ویژگی های از "خود" نیستند به طور کلی، در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ هایی که آنها معمولاً برمی انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد (کارلسون، براون، ۲۰۱۵).

¹ Williams , Duggan , Crane , Fennell

نتیجه گیری:

ذهن آگاهی نوعی آگاهی غیر قضاوتی از تجربه شخصی است و بدون آنکه قضاوتی در مورد آن صورت گیرد، لحظه به لحظه آشکار می شود. هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرامسازی نیست، اما مشاهده رویدادهای منفی درونی بدون هیچگونه قضاوتی درباره آنها، یا برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث بروز آرامش می شود. ذهن آگاهی مشاهده محرکهای درونی و بیرونی همانگونه که اتفاق می افتد بدون هیچگونه قضاوت و پیش داوری است و آن مهارتی است که به افراد اجازه میدهد که در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده اند، دریافت کنند (دیویس، هایز،^۱ ۱۹۹۸). با توجه به تأثیری که ذهن آگاهی توانسته بر متغیرهای مربوطه بگذارد می توان گفت این روش به دلیل بهرمندی از تکنیکهای متنوعی که در آن استفاده شده و اصول شناختی و ذهنی که در خود دارد می تواند روش درمانی موثری باشد، با توجه به یافته های پژوهش می توان بیان کرد که به طور کلی ذهن آگاهی تأثیر مثبت معنا داری در کیفیت زندگی و سلامت روان داشته است، همچنین نتایج پژوهش نشان می دهد ذهن آگاهی تأثیر مثبتی در افزایش سلامت روان شناختی، سلامت جسمانی، سلامت محیطی و روابط اجتماعی و کاهش نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، ناکارایی اجتماعی و افسردگی دارد.

از جمله محدودیت های این پژوهش تعداد جلسات کوتاه و عدم کنترل تأثیر انواع داروها در جانبازان بوده است. و محدودیت مهم دیگر این پژوهش مربوط به روایی بیرونی میباشد چون این پژوهش صرفاً بر روی جانبازان شهرستان قائمشهر انجام شد، لذا تعمیم نتایج را محدود می کند. پیشنهاد می شود که محققان بعدی، اثربخشی آموزش های مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی، را در حجم نمونه متفاوت و در سایر گروه های بیماران جسمی، انجام دهند.

¹ Davis , Hayes

منابع:

ابراهیمی، امراله، بوالهروی، جعفر و ذوالفقاری، فضیله. (۱۳۸۱) بررسی رابطه شیوه های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۲۸(۳): ۴۰-۴۸.

روحی، قنبر، آسایش، حمید، عباسی، علی و قربانی، مصطفی (۱۳۹۰) رضایت از زندگی جانبازان شهرستان گرگان. طب جانباز ۳(۱۱): ۱۳-۱۸.

کاظمی، حمید، شجاعی، فرزانه، سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۷) اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برانعطاف پذیری روانشناختی، تحمل پریشانی و تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. علوم مراقبتی نظامی، ۴(۴): ۲۳۶-۲۴۸.

موسوی، سیدغفور، موسوی، سیده حکیمه، حاجیان، احمدرضا. (۱۳۹۴) چه کسی از سلامت روانی برخوردار است، اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی اصفهان، چاپ اول.

Abdi S.(2011). "Causal relation of perspective taking, emotional comparing, sex role orientation, selfmonitoring, and emotion regulation with emotional empathy of university students". MS. Dissertation. Tabriz: Tabriz University, College of educational and psychology. 39-44. (Persian).

Abdi S, Jalil Babapour Kh, Sadari Oskoe E(2010)."The relationship between personality traits and mental health with mindfulness students". Journal of mental health 10(4): 281-8. (Persian)

Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheyroddin J(2014)." The relationship between social capital and psychological well-being among the students of Tabriz University". Soc Cogn. 3(2):44-54. [Persian].

Barahmani G, Abed Saeedi Zh, Kheiri AA(2014)."Quality of life in chemical bomb victims inSardasht". Journal of Tabriz University of medical sciences . 6:9-13. (In Persian).

Bodlund O(2016). "Mindfulness-based cognitive attitude training for primary care staff: A pilot study". Complement Health Pract Rev . 3(11): 144-52.

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (2012). "The quality of life receptions evaluation and satisfactions". Journal of psychological record, 51:223- 236 .

Carlson LE, Brown KW(2015). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. J Psychosom Res 58: 29-33.

Davis DM, Hayes JA(1998). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapyrelated research. Psychotherapy. 2011;48(2):198-208. 51- Lai YCL, Wong WS. Optimism and coping with unemployment among Hong kong chineses woman. J Res Person;32(4):454-79.

Diener TW(2015). National subjective well-being indices: An assessment. In: Land KC, editor. Encyclopedia of social indicators and quality-of-life studies. New York: Springer.

Gall, T (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. Child abuse & Neglect, 30: 829- 844.

Giluk TL(2019). "Mindfulness, Big Five Personality, and Affect: A Meta-Analysis. Personality and Individual Difference"s. 47, 805-811.

Golpour Chamarkoochi R, Mohammad Amin Z(2012)."The effectiveness of stress reduction, mindfulness based on improving mindfulness and increasing assertiveness in students with test anxiety". Journal of school psychology . 1(3): 82-100. (Persian)

Kaviani H, Hatami N, Shafiabadi A(2012). "The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of depressed patients (non-clinical)". Cogn Sci News. 2012;10(4):39-48. [Persian].

Kurian, A. & Kurian, Tintu. (2014). The Nexus of Life Skills and Social Work Practice. Social Work Chronicle, 3 (1 & 2), 21-33.

Lopez, S. J. (2019). Encyclopedia of positive psychology. Wiley- BlackwellPublication.

Luthanz F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM(2007). "Positive psychological capital: Measument and relationship with performance and satisfaction". Person Psychol.60(3):541-72.

McCracken L, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE(2017). "The role of mindfulness in a contextual cognitive behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability". Pain 131: 63-9.

Mousavi SR, Movahedinia A(2011)." Studied the relationship between prayers and general health among students of Kerman universities. Psychology of religion ". 4(1): 105-20. (Persian).

Narimani M, Ariapour S, Abolghasemi A, Ahadi B(2014)." Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims". Arak Med Univ J.15(2):107-18. [Persian].

Ost LG. (2008)." Efficacy of the third wave of behavioral therapies:A systematic review and metaanalysis. 46: 296-321.

Oraki M, Bayat SH, khodadoost S.(2013).”Compared the efficacy of cognitive-behavioral intervention model based on mindfulness-based cognitive therapy intervention effectiveness of Marlatt in militant-related mental health treatment crack”. Journal of health psychology 2013; 1: 22-31. (Persian)

Tylor L C, Lemon P. Fundamental and nursing(2006). “The art and science of nursing care Philadelphia: Lippincott.”

Williams JM, Duggan DS, Crane C, Fennell MJ (2006).”Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior”. J Clin Psychol;62(2):201-10.

World health organization. (2007). Ageing the demogerapiccreality of the next century world .health, 77: 20- 23.

World health organization. (1998). Life Skill Education. Planning for research. Derision of mental health and prevention of substance abuse: Gevena