CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Effectiveness of mindfulness-based therapy on sleep quality and death anxiety in the elderly with hypertension

H.Valizadeh(Msc)[1] , V. Ahmadi(PhD)*[2]

1. Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, I.R.Iran.

2 Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, I.R.Iran

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Dec 1st 2021

Revised:
Jan 19th 2022

Accepted:
Jan 21th 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Aging is a process that all living organisms including humans experience, so special attention and prevention of disorders such as sleep quality and death anxiety in the elderly is very important. Therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of mindfulness-based therapy on sleep quality and death anxiety in the elderly with hypertension.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The statistical population included all the elderly with hypertension in Kermanshah in 2021.The sample size consisted of 30 elderly people who were selected by available sampling method according to the inclusion and exclusion criteria of the study. The experimental group received 8 90-minute sessions, and the control group was placed on a waiting list for training. The instruments used in this study included the Petersburg Sleep Quality Questionnaire and Cult-Leicester Death Anxiety Questionnaire. Data were analyzed by univariate analysis of covariance in SPSS 25.

Findings: The results showed that the experimental group was significantly different from the control group in terms of both sleep quality and death anxiety. In other words, acceptance- and commitment-based therapy improved sleep quality and reduced death anxiety in the elderly ($P<0.05$).

Conclusion: According to the results of the current study, therapists and health professionals can use mindfulness-based therapy for health-related interventions, especially to improve sleep quality and reduce death anxiety.

Keywords: Mindfulness-based therapy, Sleep quality, Death anxiety, Elderly, Blood pressure

Cite this article: Author name. Effectiveness of mindfulness-based therapy on sleep quality and death anxiety in the elderly with hypertension. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2021; 6 (2): 71-84.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: V. Ahmadi (PhD)
Address: Ilam, at the end of Daneshjoo Boulevard, Islamic Azad University, Ilam Branch., Iran.
Tel: +98 (11) 32199592. **E-mail:** Vahid_ahmadi@ilam-iau.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

حدیث ولی‌زاده(Msc)[1] ، وحید احمدی(PhD) *[2]

۱. دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۰/۹/۱۰
اصلاح:
۱۴۰۰/۱۰/۲۹
پذیرش:
۱۴۰۰/۱۱/۱

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده ازجمله انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند، ازاین‌رو توجه خاص و پیشگیری از اختلالاتی نظیر خواب و اضطراب مرگ در سالمندان بسیار مهم است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از سالمندان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت خواب پترزبورگ و اضطراب مرگ کالت–لستر بودند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه آزمایش ازنظر هر دو متغیر کیفیت خواب و اضطراب مرگ تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشتند؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمانگران و متخصصان مرتبط با سلامت می‌توانند از روش درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مداخله‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه برای بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت خواب، اضطراب مرگ، سالمندان، فشارخون.

استناد: حدیث ولی‌زاده، وحید احمدی. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۰؛ ۶ (۲): ۸۴-۷۱.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

▣ این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی به شماره م پ/۳/۱۴۰۰ ۱۴۰۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر وحید احمدی
آدرس: ایلام، انتهای بلوار دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام. تلفن: ۸۴۳۲۲۲۳۰۵۶ -۹۸+ رایانامه: Vahid_ahmadi@ilam-iau.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

سابقه و هدف

سالمندی به دلیل تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی دوران حساسی از زندگی است؛ ازاین‌رو، توجه به مسائل و نیازهای آنان ضرورت خاصی دارد (۱). یکی از بیماری‌هایی که احتمال وقوع آن با افزایش سن افزایش می‌یابد، فشارخون بالا است (۲). فشارخون به‌عنوان یکی از علائم حیاتی به معنای مقدار فشاری است که توسط خون در جریان به دیواره رگ‌ها وارد می‌شود. فشارخون بالا با ایجاد عدم تعادل بین عوامل منقبض کننده و منبسط کننده عروق خونی باعث ناتوانی کلیه، ناتوانی قلبی و سکته مغزی می‌شود (۳). در سطح جهانی، تخمین زده می‌شود که نسبت فشارخون بالا تا سال ۲۰۲۵ به بیش از ۲۹ درصد افزایش می‌یابد و بیش از ۸۰ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط در پایین و متوسط رخ می‌دهد (۴). همچنین حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد فشارخون بالا از نوع اولیه و تحت تأثیر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، عوامل خطر و حدود ۵ تا ۱۰ درصد باقی‌مانده از نوع ثانویه و تحت تأثیر اختلالات کلیوی، عروقی، غدد درون‌ریز، عصب‌شناختی و واکنش به داروها است (۵).

فرآیند سالمندی با تغییرات عینی و ذهنی در کیفیت و کمیت خواب همراه است که می‌تواند منجر به بروز مشکلات در فرآیند طبیعی خواب سالمندان شود (۶). مشکلات خواب جزء شایع‌ترین مشکلاتی است که توسط سالمندان تجربه می‌شود و یافته‌ها حاکی از شیوع بالای کیفیت نامناسب خواب در بین سالمندان است (۷-۶). پژوهش‌ها مؤید آن است که کیفیت خواب رابطه منفی و معنی‌داری با سن دارد (۹-۸). ازاین‌رو، خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد سالمند قرار دارد و از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد سالمند به پزشکان و روان‌شناسان است (۱۰). به‌طورکلی، خواب مناسب پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای سلامت جسمی و روانی است (۱۱). کیفیت خواب دربرگیرنده خرده مقیاس‌های مانند کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه (۱۲) می‌باشد که در دوران سالمندی اثرات مخربی بر سلامت سالمندان می‌گذارد (۱۴-۱۳).

مسئله حائز اهمیت دیگر این است که علاوه بر کاهش روندهای بیولوژیکی و افزایش کیفیت و کمیت دوران پیری، مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن نیز تأثیر بسزایی در ایجاد اختلالات روانی افراد سالمند خواهد گذاشت (۱۵). اضطراب واکنشی ناخودآگاه و غیرقابل‌مهار در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است. اضطراب دارای انواعی است مانند اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و ... که بر اساس منشأ آن‌ها نام‌گذاری شده‌اند، ازاین‌رو می‌توان به اضطراب مرگ هم اشاره نمود که از انواع اضطراب می‌باشد (۱۶). اضطراب مرگ مفهومی پیچیده و چندبعدی درباره ترس آگاهانه از مرگ و مردن است که شامل ابعاد هراس از فرایند مردن، مرگ زودهنگام، مرگ افراد موردعلاقه، تباهی، بدن پس از مرگ، ناشناخته بودن مرگ، مرده و هراس بیمارگونه از مرگ می‌باشد (۱۷). بااینکه مرگ واقعیتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی است، اما اندیشیدن به آن ترسناک بوده و اغلب افراد ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند، زیرا اضطراب و ترس از مرگ ناخوشایند می‌باشد (۱۸). اضطراب مرگ یک ویژگی مشترک سالمندان است (۱۹) که باعث کاهش عملکرد آنان می‌شود (۲۰).

با توجه به تأثیر عوامل روان‌شناختی متفاوت بر فشارخون بالا، استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی این افراد مبتلا ضروری است (۲۱) که یکی از روش‌های مؤثر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (۲۲). ذهن‌آگاهی به‌عنوان توجه پذیرا و آگاهی به تجارب و وقایع زمان حال تعریف‌شده و به معنی دیدن افکار به‌عنوان فکر و رویدادی در حوزه آگاهی و مراقبت هیجانی بدون تلاش برای تغییر آن‌ها با آرامش و شکیبایی است (۲۳). ذهن آگاهی یک فرایند روان‌شناختی آوردن توجه به تجربیات زمان حال بدون قضاوت، یا به عبارتی پرورش آگاهی و هوشیاری با تکیه بر مراقبت و زیر نظر گرفتن توجه در زمان حال بدون قضاوت است. تعریف کوتاه ذهن آگاهی یعنی آگاهی از لحظه است. افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه‌ی گسترده‌ای از تفکرات، تجربیات و هیجانات خوشایند یا ناخوشایند را دارند (۲۴).

روش ذهن‌آگاهی نه‌تنها از طریق تسهیل ارزیابی فرایند مثبت باعث کاهش نتایج زیان‌بار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود، بلکه از طریق فرایند عادت‌زدایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب باعث کاهش مشکلات می‌شود (۲۵). جهانگیرپور و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش معنادار افسردگی، خصومت، اضطراب حالت و اضطراب صفت بیماران عروق کرونر قلبی شد (۲۶). همچنین Schultz (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی درباره‌ی ذهن‌آگاهی کوتاه‌مدت بر اضطراب مرتبط با مرگ به این نتیجه رسید که این روش درمانی باعث کاهش اضطراب مرتبط با مرگ شد (۳). همچنین نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های Nakamuraa و همکاران

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

(۲۰۱۱)؛ Gross و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی بر روی بهبود کیفیت خواب تأثیر معناداری دارد (۲۸-۲۷). لازم به ذکر است، با توجه به جمعیت روزافزون سالمندان و همچنین پژوهش‌های اندکی بر روی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شده و بااینکه پژوهش‌هایی در زمینه اضطراب این افراد انجام شده، اما هیچ پژوهشی به بررسی اضطراب مرگ و کیفیت خواب این افراد نپرداخته است و از طرفی دیگر در بیماری فشارخون بالا علاوه بر عوامل ژنتیکی، عوامل روان‌شناختی مؤثر می‌باشند، لذا استفاده از روش‌های درمانی غیردارویی برای بهبود ویژگی‌های این افراد ضروری است؛ بنابراین با توجه به پژوهش‌های اندک در این زمینه و اهمیت درمان‌های غیر دارویی، این مطالعه باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کفیت خواب و اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر ازنظر هدف، کاربردی و ازلحاظ روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (۲۹)، ازاین‌رو بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از میان سالمندانی که ساکن در سرای سالمندی شهر کرمانشاه بودند و همچنین شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به صورت گمارش تصادفی و مساوی به دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. اطلاعات زمینه‌ای شرکت‌کنندگان مانند جنسیت، سن، میزان فشارخون آنان (توسط پرستار گزارش می‌شد) از طریق مصاحبه حضوری به‌صورت فردی انجام شد و سپس جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت خواب و اضطراب مرگ در زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد.

در حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها بررسی کامل توسط دستیار پژوهشگر جهت کامل بودن پرسشنامه‌ها انجام شد. همچنین وضعیت شناختی سالمندان (عدم ابتلا به دمانس، ناشنوایی کامل، عدم ابتلا به بیماری‌های شدیداً ناتوان‌کننده و عقب‌ماندگی ذهنی) از طریق مصاحبه و پرسیدن سؤالات از آن‌ها توسط پژوهشگر و نیز دستیار پژوهشگر موردبررسی قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۶۰ سال و کمتر از ۷۰ سال، داشتن سابقه پزشکی با فشارخون بالا، کسب نمره ۶ و بالاتر از ۲۱ در کیفیت خواب و کسب نمره ۷۵ و بالاتر از ۱۶۰ در پرسشنامه اضطراب مرگ، نداشتن اختلالات شناختی حاد (عدم ابتلا به دمانس، ناشنوایی کامل، عدم ابتلا به بیماری‌های شدیداً ناتوان‌کننده و عقب‌ماندگی ذهنی) و تمایل جهت شرکت در پژوهش و همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، امتناع از پاسخ دادن به سؤالات پرسش‌نامه‌ها که توسط دستیار پژوهشگر تکمیل می‌گردید و سالمندانی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند، بودند.

جهت انجام پژوهش پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه، ابتدا برای جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند و پس از توضیح در مورد تحقیق و اعلام موافقت آنان در هر دو گروه، مقیاس‌های کیفیت خواب و اضطراب مرگ توسط دستیار پژوهشگر اجرا شد.

سپس گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه (لازم به ذکر است که در طول جلسه، ۱۵ الی ۲۰ دقیقه برای استراحت سالمندان و پذیرایی از آن‌ها در نظر گرفته شد) در جلسات مداخله درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توسط پژوهشگران در یک مرکز خدمات روان‌شناختی صورت گرفت، شرکت کردند و طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های کیفیت خواب و اضطراب مرگ به عنوان پس‌آزمون، توسط دستیار پژوهشگر تکمیل شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت-کنندگان به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. در این پژوهش به‌منظور اندازه‌گیری متغیر موردنظر از مقیاس‌های کیفیت خواب پترزبورگ Pittsburgh و اضطراب مرگ کالت-لستر Collet-Lester استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ: این پرسشنامه توسط Buysse و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی گردید (۳۰). این ابزار دارای ۲۱ گویه و ۷ خرده مقیاس (کیفیت خواب ذهنی، دیر به خواب رفتن، کفایت خواب، دوره خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و عملکرد ناقص در طول روز) است. حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مؤلفه در نظر گرفته شده است از ۰ (نبودن مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) می‌باشد. در انتها نمره‌های هر مؤلفه را با هم جمع کرده و به یک نمره کلی تبدیل کنید (۰ تا ۲۱). نمره بالا در هر مؤلفه و یا در نمره کلی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب می‌باشد. نمره‌های ۰-۱-۲-۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. جمع نمره‌های مقیاس هفت‌گانه نمره کلی را تشکیل می‌دهد که از صفر تا ۲۱ است. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد. Buysse و همکاران (۱۹۸۹) روایی همگرایی ابزار را تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۰). در ایران عزیزی آرامAzizi Aram و همکاران (۲۰۲۰)، پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند (۳۱). در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه اضطراب مرگ کالت-لستر: این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. کالت-لستر در سال ۱۹۶۹ فرم ابتدایی این مقیاس را طراحی کرد (۳۲). این مقیاس حاوی ۳۲ گویه در ۴ خرده مقیاس (مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران) است. هر خرده مقیاس دارای ۸ گویه است؛ که مبنای معیار درجه‌بندی لیکرت از یک (بی‌اهمیت) تا پنج (خیلی زیاد)، نمره‌گذاری شده است؛ بنابراین دامنه‌ی نمرات برای هر خرده مقیاس بین ۸ تا ۴۰ امتیاز و در کل بین ۳۲ تا ۶۰ امتیاز می‌باشد. این ۴ خرده مقیاس، برای تمایز قائل شدن میان ترس از مرگ و ترس از مردن طراحی شده‌اند و میزان اضطراب مرگ و ترس از مرگ و مردن خود و نیز مرگ و مردن دیگران را می‌سنجد. ازاین‌رو، در این پرسشنامه دو نوع نمره محاسبه می‌شود؛ نمره زیر مقیاس‌ها و نمره کل. نمره هر خرده مقیاس با محاسبه مجموع امتیازات کسب شده در سؤالات آن زیر مقیاس به دست می‌آید. نمره کل نیز با محاسبه نمرات همه زیر مقیاس‌ها کسب می‌گردد. بالاترین نمره‌ای که در این آزمون کسب می‌گردد ۱۶۰ و پایین‌ترین نمره ۳۲ می‌باشد.

بر این اساس کسب نمره بین ۳۲ تا ۶۴ اضطراب مرگ خفیف، نمره بین ۶۴ تا ۹۶ اضطراب مرگ متوسط و نمره بالاتر از ۹۶ از اضطراب مرگ بالایی برخوردارند. اسماعیلی Esmaeili(۲۰۰۸) برای اولین بار در ایران طی پژوهشی فرم تجدیدنظر شده این مقیاس را بر روی نمونه-ای به حجم ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز اجرا کردند. ضریب پایایی آن از طریق دو روش آماری آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ و اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ Templer برابر ۰/۵۷ گزارش شده است (۳۳). برای بررسی پایایی پرسشنامه اضطراب مرگ کالت-لستر، به ضریب آلفای کرونباخ استناد شد و ازآنجاکه ضریب پایایی به‌دست‌آمده، ۰/۸۲ بود، از قابلیت اعتماد ابزار اطمینان حاصل شد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

همچنین در این پژوهش برنامه آموزشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل درمانی Kabat-Zinn (۲۰۰۳) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است و همچنین برنامه آموزشی توسط پژوهشگران اجرا شد. در طی اجرای جلسات، محتوای پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با برنامه ساختاریافته‌ای از تکالیف خانگی که شامل ۴۵ دقیقه تمرین روزانه، تمرین‌های رسمی (ذهن آگاهی است که زمان خاصی را در روز به آن اختصاص می‌دهیم) و در برخی روزها تمرین‌های غیررسمی (از میان فعالیت‌های روزمره خود نظیر دوش گرفتن، مسواک زدن، خواندن کتاب و... فعالیتی را برگزینند) ذهن آگاهی است و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه‌اش می پردازد. بسیاری از برنامه‌ها شامل یک روز تمرین هدایت شده ذهن آگاهی در هفته ششم هستند که در طی آن روز حس ماندگاری از تمرین ذهن آگاهی را تجربه می‌کنند. تأکید کلی در نیمه اول برنامه، بر فراگیری عدم توجه به تجارب درونی است و اینکه آنچه را در برنامه رخ می‌دهد، مشاهده کنند.

آموزش‌های ارائه شده برای هر شرکت‌کننده از طریق ارائه رهنمودهای جلسه به جلسه و ضبط جلسات آموزشی، مرور تمرین‌های ذهن آگاهی در ساعات فراغت هدایت و پشتیبانی می‌شود. شکل جلسات (به غیر از هفته اول) با یک تمرین رسمی همچون (تمرکز بر بخش‌های مختلف بدن، حرکات هوشیارانه، یا تمرین مراقبه) آغاز می‌شود. در پی آن تجارب به دست آمده از تمرین‌ها و تکالیف خانگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و در خصوص شیوه‌های خاصی از ویژگی‌های اصلی ذهن آگاهی به بحث و گفت‌وگو می‌پردازند. به‌طورکلی یک تمرین یا جست‌وجوی گروهی وجود دارد که طی آن به بررسی موضوعات مطرح‌شده در هفته و نتیجه‌گیری تجربه‌شده در زندگی روزمره و چالش‌های زندگی مرتبط هستند از طریق فرایند آموزش یکپارچه می‌شوند. تمرین‌های کوتاه‌مدت ذهن آگاهی همچون تنفس سه‌دقیقه‌ای (فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یک مراقبه کوچک است که تمام محتوای برنامه، همچنین عناصری که در جلسات مراقبه کامل موجود است در این تمرین وجود دارد و هدف اصلی آن حمایت از ترکیب این تمرین در بافت زندگی روزمره است) و هوشیار ماندن در هنگام پیاده‌روی موارد دیگری هستند که جهت حمایت از شرکت‌کنندگان و درمانگر برای ایجاد ارتباط دوباره با یک تجربه کامل آگاهانه در برنامه گنجانده شده‌اند.

لازم به ذکر است تمرین جلسات مراقبه نظیر تمرین مراقبه نشسته نیز از هفته دوم بعد آموزش داده می‌شود از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود روی صندلی و یا کف زمین بر روی یک بالشتک بنشینند و آگاهانه در یک وضعیت فعلی عمودی، صاف و آرام قرار بگیرند، ابتدا درمانگر

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

توجه را بر تنفس متمرکز می‌کنند موضوع این تمرین واضح و روشن است. اگر ذهن شما سرگردان شده به طور خلاصه به آنچه ذهنتان به ذهنتان به آن معطوف شده به آن توجه کنید و سپس به‌آرامی توجه خود را به تنفستان برگردانید، بدون این‌که به شما بد بگذرد. درمانگر چندین بار در طی ۳۰ دقیقه‌ای که مراقبه نشسته صورت می‌گیرد، به‌طور متنوعی یادآوری می‌کند که ببینند آیا توجهتان در این لحظه به تنفس است همین‌طور که به انتهای تمرین می‌رسم، دستورالعمل گسترش آگاهی به همه بدن شرکت‌کنندگان داده می‌شود. طی تمرین، توجه عمداً بر جنبه‌های مختلف تجربه یعنی ذهن آگاهی از حرکت تنفس، احساسات بدنی، افکار و هیجانات هدایت می‌شود. همچنین تمرین دیگر عملی ذهن آگاهی در جلسه اول بر اساس برنامه‌ای به نام خوردن کشمش، به‌آرامی و آگاهانه، تنظیم‌شده است. این هدف از پیش تعیین‌شده و آگاهی حاوی پیامی است که به ما نشان می‌دهد مراقبه تنها در خصوص تجارب غیرعادی و مرموز به کار گرفته نمی‌شود بلکه درباره زندگی روزمره نیز به کار می‌رود. درمانگر با ظرف کشمش در دستانش در جلسه دور می‌زند و قاشق در دست به هر یک از شرکت‌کنندگان دانه‌ای کشمش می‌دهد. آن‌ها به این جلسه دعوت‌شده‌اند تا دریابند که این فقط یک کشمش است و نه چیز دیگر و همچون کودکی که با اولین تجربه خود روبه‌رو می‌شود با تجربه خوردن کشمش روبه‌رو شوند. به دلیل گرایش به کنجکاوی و علاقه، شرکت‌کنندگان از زوایای متفاوت راهنمایی می‌شوند تا با نگاه جدیدی نسبت به مقوله خوردن کشمش از طریق حواس پنج‌گانه آن را درک کنند.

نگاه به این مقوله از زوایای مختلف نشان می‌دهد که چگونه نور از آن عبور می‌کند، در آن حفره ایجاد می‌کند و سایه‌ای را بر رویش می‌اندازد. حس آن با انگشتان و لب‌ها و بعد چشیدن آن با زبان و دندان‌ها و استشمام آن و شاید توجه به بزاق به وجود آمده از خوردن آن و گوش کردن به صدای حرکت آن در بین انگشتان دست و شصت و بردن آن نزدیک گوش و درنهایت در داخل دهان گذاشتن و آن را به آهستگی جویدن و مزه مزه کردن، این را به ما نشان می‌دهد که هسته اصلی مزه کشمش در جای‌جای دهان درک می‌شود و در آخر حسی که از باقی‌مانده طعم آن باقی می‌ماند در هنگام بلعیدن آن ایجاد می‌شود. این امر انگیزه قوی و مشوق خوبی جهت آگاهی از جوانب مختلف یک تجربه، برای افراد می‌شود.

خیلی از مردم فقط خوردن و بلعیدن غذا را متوجه می‌شوند، قبل از اینکه به یک انتخاب آگاهانه درست برسند. در گفت‌وگوی گروهی که درمانگر ترتیب می‌دهد شرکت‌کنندگان به به اشتراک گذاشتن، تجربه حسی مستقیم خود که در طول تمرین کسب کردند دعوت می‌شوند. شاید در شرکت‌کنندگان این سؤال پیش آید که این تجربه با شیوه معمولی خوردن کشمش (که اغلب به‌صورت یک مشت پر است) چه تفاوتی دارد. درمانگر به گروه کمک می‌کند تا شواهدی در مورد طبیعت ذهن از طریق این تجربه به‌وضوح درک کنند.

پروتکل درمانی: ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل درمانی Kabat-Zinn (۲۰۰۳) برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساخته شد که محتوای آن در جدول ۱ ارائه شد.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

جدول ۱. ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی

	جلسه	محتوا
اول	آشنایی	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، ارتباط، تعریف و مفهوم‌سازی و لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، تمرین‌های جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی و تأمل وارسی بدن بود. تکالیف جلسه: تأمل وارسی بدنی ۴۵ دقیقه ای، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره ای همچون دوش گرفتن در هر روز، خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته توام با حالت ذهن آگاهی.
دوم	مقابله با موانع	تمرین وارسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.
سوم	ذهن آگاهی بر روی تنفس	تمرینات جلسه: حرکت باحالت ذهن آگاهانه «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تأمل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. تکالیف جلسه: شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند یا تجربه‌های ناخوشایند، تمرین تنفس و کشش، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه، انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز
چهارم	ماندن در زمان حال	تمرینات جلسه: پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری تأمل در وضعیت نشسته، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس (معرفی این روش به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساسات دشواری را برمی‌انگیزاند)، راه رفتن با حالت حضور ذهن. تکالیف جلسه: شناسایی تجربه‌های ناخوشایند، تأمل در وضعیت نشسته فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس (به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای در زمان‌های تجربه احساسات ناخوشایند)
پنجم	پذیرش	تمرینات جلسه: تأمل در وضعیت نشسته – آگاهی از تنفس و بدن؛ تأکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. تکالیف جلسه: خواندن شعر میهمان‌خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت‌های حضور ذهن برای تسهیل پاسخ‌دهی بیشتر به تجربه زمان حال
ششم	فکرها نه حقایق	تمرینات جلسه: کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، بحث در مورد اینکه افکار واقعیت نیستند، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای برای جلوگیری از اضطراب (تنفس شکمی، تنفس متناوب از راه بینی و تنفس پایدار) . تکالیف جلسه: تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره.
هفتم	مراقبت از خود به بهترین شکل	تمرینات جلسه: تغییر خلق و افکار از طریق افکار به‌عنوان فقط فکر و نه واقعیت. اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند. تکالیف جلسه: پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدام‌یک کسالت‌آور باروحیه بخش است و کدام‌یک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند. شناسایی نشانگان عود و توسعه راه‌کارهایی برای مقابله با تهدید به عود/ بازگشت مجدد.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها	خلاصه و جمع‌بندی جلسات، هشیار شدن به نشانه‌های کیفیت خواب و اضطراب مرگ، تأمل وارسی بدنی، مروری بر کل دوره، روش‌های حفظ دستاوردهای آموخته‌شده و تعمیم آن به موقعیت‌های مختلف زندگی توزیع پرسشنامهٔ برای پس‌آزمون.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شد. تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی و استنباطی تحلیل گرفت. به‌طوری‌که در سطح توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار و جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلوموگراف اسمیرنوف (Kolmogorov–Smirnov)و جهت برقراری تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. پس از آن با استفاده از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، اطلاعات ۳۰ سالمند شرکت‌کننده در پژوهش بررسی شد که در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) زن، ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد و در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۲/۲۵۴±۶۱/۵۸ و میانگین سنی گروه کنترل ۲/۹۸۷±۶۳/۰۶ بود. با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آزمونLevene برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره لوین (Levene's test)	درجه آزادی صورت (df1)	درجه آزادی مخرج (df2)	p-value
پس‌آزمون کیفیت خواب	۱/۳۵	۱	۲۸	۰/۵۸۷
پس‌آزمون اضطراب مرگ	۱/۶۲	۱	۲۸	۰/۴۰۲

آزمون لوین محاسبه شده در مورد پس‌آزمون کیفیت خواب (F(۱ و ۲۸)=۱/۳۵ P=۰/۵۸۷>۰/۰۵) و همچنین در مورد اضطراب مرگ (F(۱ و ۲۸)=۱/۶۲ P=۰/۴۰۲>۰/۰۵)، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ در کیفیت خواب و اضطراب مرگ بود. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از آزمون Kolmogorov–Smirnov استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون Kolmogorov–Smirnov

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش آزمون		پس‌آزمون	
	آماره (K-S)	p-value	آماره (K-S)	p-value	آماره (K-S)	p-value	آماره (K-S)	p-value
کیفیت خواب	۰/۱۵۴	۰/۲۳۴	۰/۱۰۳	۰/۳۶۵	۰/۱۵۳	۰/۲۴۷	۰/۱۶۷	۰/۲۳۴
اضطراب مرگ	۰/۱۳۸	۰/۲۶۴	۰/۲۳۷	۰/۳۵۳	۰/۱۹۱	۰/۱۳۹	۰/۲۰۲	۰/۳۲۶

نتایج آزمون Kolmogorov–Smirnov برای کیفیت خواب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۵۴ (P=۰/۲۳۴>۰/۰۵) و ۰/۱۰۳ (P=۰/۳۶۵>۰/۰۵) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۱۵۳ (P=۰/۲۴۷>۰/۰۵) و ۰/۱۶۷ (P=۰/۲۳۴>۰/۰۵) و همچنین برای اضطراب مرگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۳۸ (P=۰/۲۶۴>۰/۰۵) و ۰/۲۳۷

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

(P=۰/۳۵۳>۰/۰۵) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۱۹۱ (P=۰/۱۳۹>۰/۰۵) و ۰/۲۰۲ (P=۰/۳۲۶>۰/۰۵) بود که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع جامعه است. به منظور مقایسه کیفیت خواب در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیر کیفیت خواب در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون Mean± SD	پس‌آزمون Mean± SD	مقایسهٔ پس‌آزمون گروه‌ها F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
کیفیت خواب	گروه آزمایش گروه کنترل	۱۲/۹۴ ±۱/۵۴ ۱۳/۰۱ ± ۲/۴۳	۶/۴۷ ± ۱/۲۸ ۱۲/۸۷ ± ۲/۱۴	۲۲/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۶

یافته‌های توصیفی مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین متغیر کیفیت خواب در گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود؛ ولی در نمرات پس‌آزمون در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد آماره F برای متغیر کیفیت خواب ۲۲/۶۲ می‌باشد که در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر دو متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ازاین‌رو، با استناد به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده است. اندازه اثر ۰/۴۲۶ برای کیفیت خواب نیز نشان می‌دهند که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل‌توجه است؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب سالمندان مبتلا به پرفشاری خون اثر معناداری دارد. به‌منظور مقایسه اضطراب مرگ در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج در جدول ۵ ارائه شد.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی متغیر اضطراب مرگ در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون Mean± SD	پس‌آزمون Mean± SD	مقایسهٔ پس‌آزمون گروه‌ها F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
اضطراب مرگ	گروه آزمایش گروه کنترل	۹۱/۲۷ ± ۱۲/۰۶ ۸۹/۵۴ ± ۱۲/۶۳	۵۱/۲۸ ± ۱۲/۰۱ ۸۷/۷۱ ± ۱۲/۳۴	۱۰/۲۸	P<۰/۰۰۱	۰/۵۱۴

یافته‌های توصیفی مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین متغیر اضطراب مرگ در گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون تقریباً یکسان بود؛ ولی در نمرات پس‌آزمون در مقایسه با نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد آماره F برای متغیر اضطراب مرگ ۱۰/۲۸ می‌باشد که در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر دو متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ازاین‌رو، با استناد به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب مرگ در میان سالمندان شده است. اندازه اثر ۰/۵۱۴ برای اضطراب مرگ نیز نشان می‌دهند که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل‌توجه است؛ بنابراین درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون اثر معناداری دارد.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. به طور خلاصه نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ در میان سالمندان شد. ازاین‌رو، آموزش ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب در میان سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شد که این یافته با پژوهش‌های Zhang و همکاران (۲۰۱۵)، Ong و همکاران (۲۰۱۴)، Garland و همکاران (۲۰۱۴)، Nakamuraa و همکاران (۲۰۱۱)، Gross و همکاران (۲۰۱۱) همسو است (۳۵-۳۶-۳۷-۲۷-۲۸). Segal و همکاران (۲۰۱۲) توصیف می‌کنند که حذف رفتارهای معیوب مانند شرطی شدن نسبت به محیط خاص برای خوابیدن یا زمان خوابیدن یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها در درمان مشکلات خواب محسوب می‌شود. در حالت توجه آگاهانه که در ضمن درمان به آن دست پیدا می‌کنیم، اطلاعات از تجربیات معیوب به طرف تجربه‌ی کنونی چرخش آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت خود خارج سازند و به‌وسیله‌ی تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند (۳۸)؛ بنابراین، در آموزش‌های ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کنند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند (۳۶).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که اساس درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یافتن حضور ذهن در هرلحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار می‌باشد، بنابراین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با برنامه ساختاریافته‌ای از تکالیف خانگی با تمرکز برریشه‌ی اصلی بی‌خوابی منجر به بهبود خواب می‌گردد. ازاین‌رو، تمرینات مبتنی بر ذهن‌آگاهی ازجمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن آگاهی فرد را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی (ازجمله افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک) و محرک‌های بیرونی افزایش می‌دهد. در طول این تمرینات افراد سالمند مهارت‌های کنترل توجه را با متمرکز کردن توجه کسب می‌نمایند. این تمرینات کمک می‌کند تا با هدایت توجه، بازبینی بسیار زیاد و توجه انتخابی بر روی نشانه‌های درونی (حس‌های درونی) و بیرونی (ساعت) مرتبط با خواب را تغییر دهند. همچنین در طول جلسات سالمندان آموختند که ارتباط با تجاربشان (افکار، هیجانات یا حس‌های فیزیولوژیک) را از طریق پذیرش آن‌ها نه اجتناب یا کنترل‌شان تغییر دهند.

مهارت پذیرش از طریق مشاهده افکار، هیجانات یا حس‌های فیزیولوژیک به عنوان رویدادهای روان‌شناختی در حال گذر، به‌جای واقعیت به دست می‌آید. در حقیقت سالمندان یاد گرفتند که برانگیختگی‌های فیزیولوژیک یا هیجانی به وجود آمده را بدون ارزیابی کردن آن تجربه کنند. تلاش برای به خواب رفتن و عدم موفقیت در این زمینه به همراه برداشت‌های نادرست از اینکه کمبود خواب چه نتایج منفی را در پی دارد، به شناخت منفی بیش‌ازحد در این افراد منجر می‌شود. در این زمینه، ذهن‌آگاهی به سالمندان کمک می‌کند تا با عدم قضاوت و داوری در مورد رویدادها، افکار، هیجانات و حس‌ها از تشدید این رویداد جلوگیری کنند. در حقیقت تغییر ارتباط با محتواهای شناختی (تمرکززدایی) و مدیریت فرایندهای تفکر می‌تواند به سالمندان کمک کرده و از چرخه نشخوار ذهنی برانگیختگی افکار منفی خارج شوند.

از طرفی، نتایج نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب مرگ در میان سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شد که این یافته با پژوهش‌های Goodarzi و همکاران (۲۰۲۱)، Gadampour و همکاران (۲۰۱۹)، Schultz (۲۰۱۸)، Jahangirpour و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود (۳۹-۴۰-۳-۲۶). برای مثال Gadampour و همکاران (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده بود (۴۰). همچنین Schultz (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی درباره ذهن‌آگاهی کوتاه‌مدت بر اضطراب مرتبط با مرگ به این نتیجه رسید که این روش درمانی باعث کاهش اضطراب مرتبط با مرگ شد (۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن ما اغلب در مورد وقایع اقدام به تفسیر و استنباط می‌کند و به‌مرور باعث واکنش‌ها و احساسات پایدار می‌شود. در افراد دارای مشکل مثل سالمندان مبتلا به پرفشاری خون ذهن همیشه به سمت افکار منفی و ناراحت‌کننده گرایش پیدا می‌کند که این خود باعث تداوم آن‌ها می‌شوند، اما ذهن‌آگاهی با ترغیب افراد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت موجب کدگذاری اختصاصی به‌جای تعمیم کلی اطلاعات در حافظه می‌شود که این امر بازخوانی اختصاصی از حافظه را به همراه دارد. درنتیجه این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند.

همچنین بر اساس نظریه Kabat-Zinn در روش ذهن‌آگاهی به افراد تن آرامی، تکنیک تنفس، بینش و مهارت‌هایی برای مقابله با استرس‌ها و شکایات آموزش داده می‌شود که این آموزش‌ها هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی را تقویت می‌کند که بر اساس آن می‌توان انتظار داشت که افراد نگرش مثبت‌تری نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند و در کنار آمدن با استرس‌ها به طور موفقیت‌آمیز عمل کنند (۲۵). درنتیجه افراد ذهن آگاه مشکلات خود را بدون قضاوت نگاه می‌کنند، مشکلات و هیجانات خود را می‌پذیرند، توانایی مقابله با مشکلات را یاد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

می‌گیرند، در مقابله با استرس‌ها از تن آرامی و تکنیک تنفس استفاده می‌کنند و نگرش مثبتی به توانایی‌های خود پیدا می‌کنند. با توجه به مباحث مطرح شده آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب مرگ و فشارخون سالمندان مبتلا به پرفشاری خون می‌شود.

به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شد؛ بنابراین می‌توان از این روش به‌عنوان روش‌های مؤثر در بهبود ویژگی‌ها استفاده کرد و این روش‌ها قابلیت کاربرد اجرایی در مراکز درمانی را دارند. با کمک به سالمندان جهت افزایش استفاده از روش درمانی مذکور می‌توان امیدوار بود که این افراد بتوانند کیفیت خواب خود را بهبود بخشند و همچنین اضطراب مرگ خود را کاهش دهند و درمجموع زندگی بهتری داشته باشند.

نخستین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود. محدودیت دیگر عدم استفاده از مرحله پیگیری برای بررسی تداوم تأثیر روش درمانی بود. آخرین محدودیت، محدود شدن نمونه به سالمندان مبتلا به فشارخون بالای شهر کرمانشاه بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر از روش‌های نمونه‌گیری دارای خطای کمتر مثل تصادفی استفاده کنند. پیشنهاد دیگر استفاده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش درمانی است. همچنین با توجه به تفاوت‌های فرهنگی انجام این پژوهش در سالمندان سایر شهرها می‌تواند نتایج دیگری داشته باشد. آخرین پیشنهاد مقایسه این روش درمانی با روش‌های فراشناخت درمانی، طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، فعال‌سازی رفتاری و غیره می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد.

تعارض و منافع:

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و مسئولان مرکز سالمندان شهر کرمانشاه که به انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

References

1.Ganz F, Jacobs J. The effect of humor on elder mental and physical health. Journal of Geriatr Nurs. 2014; 35(3): 205-11.
2.Farzang P, Habibian M, Fazeli M, Mousavi S. The effect of aerobic exercise on the internal signs of hypertension in postmenopausal women. JULY. 2013; 24 (8): 624-32. [In Persian]
3.Schultz M. The clinical importance of exercise blood pressure. Artery Research. 2018; 21(1): 58-62.
4.Desta DM, Wondafrash DZ, Tsadik AG, Tassew S, Gebrehiwot T. Prevalence of Hypertensive Emergency and Associated Factors Among Hospitalized Patients with Hypertensive Crisis: A Retrospective Cross-Sectional Study. IBPC. 2020; 13(1): 95-102.
5.ElFarra J, Bean C, Martin J. Management of hypertensive crisis for the obstetrician gynecologist. Obstet Gynecol Clin North Am. 2016; 43(4): 623-37.
6.Bahrami M, Dehdashti A, Karami M. Assessing the sleep quality of the elderly living in a nursing home in Damghan in 2016: A short report. JRUMS. 2017; 16 (6): 590-81. [In Persian]
7.Allah S, Abdel-Aziz R, El-Seoud R. Insomnia: Prevalence, risk factors, and its effect on quality of life among elderly in Zagazig City, Egypt. JNEP. 2014; 4(8): 52- 9.
8.Asplund R. Sleep disorders in the elderly. Drugs Aging. 1999;14(2):91-103.
9.Safa A, Adib Haj Bagheri M, Fazel Darbandi A. The relationship between sleep quality and quality of life of the elderly. JOPN. 2015; 3(3): 62-53. [In Persian]
10.Akman T, Yavuzsen T, Sevgen Z, Ellidokuz H, Yilmaz A. Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh sleep Quality index. Eur J Cancer Care. 2015; 24(4): 553- 59.
11.Ohayon M, Wickwire M, Hirshkowitz M, Albert M, Avidan A, Daly F, Hazen N. National sleep foundation's sleep quality recommendations: first report. Sleep Health. 2017; 3(1): 6- 19.
12.Erica I, Lubetkin E, Jia H. Burden of disease due to sleep duration and sleep problems in the elderly. Sleep Health. 2018; 4(2): 182-87.
13.Ibanez-del Valle V, Silva J, Castello Domenech A, Martinez-Martinez M, Cauli O. Subjective and objective sleep-quality in elderly individuals: The role of psychogeriatric evaluation. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 76(1): 221-26.
14.Lallukka T, Sivertsen B, Kronholm E, Sun Bin Y, Glozier N. Association of sleep duration and sleep quality with the physical, social, and emotional functioning among Australian adults. Sleep Health. 2018; 4(2): 194-200.
15.Payalsharma H. Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health, Indian. geronj. 2019; (33)3: 240-54.
16.Barnett MD, Anderson EA, Marsden III AD. Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2018; 77: 169-73.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

17.Yang H, Zhang J, Lu Y, Li M. A Chinese version of a Likert-type death anxiety scale for colorectal cancer patients Int. J Nurs Sci. 2016; 3(4): 337-41.
18.Watter DN. Response and Rebuttal to "Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality". Sex Med Rev. 2018; 6(2): 336-37.
19.Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltes G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. Res Dev Disabil. 2016;49:47-59.
20.Iverach L, Menzies R, Menzies R. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. Clin Psychol Rev. 2014; 34(7): 580-93.
21.Khosravi A, Ghorbani M. The effectiveness of stress-based mindfulness on stress and blood pressure in women with high blood pressure. Feyz Magazine. 2016; 20 (4): 361-68. [In Persian]
22.Sanko J, McKay M, Rogers S. Exploring the impact of mindfulness meditation training in prelicensure and post graduate nurses. Nurse Educ Today. 2016; 45(1): 142-47.
23.Lindsay EK, Creswell JD. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). Clin Psychol Rev. 2017;51:48-59.
24.Kirk U, Gu X, Harvey A, Fonagy P, Montague P. Mindfulness training modulates value signals in ventromedial prefrontal cortex through input from insular cortex. Neuroimage. 2017; 10(1): 254-62.
25.Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past present and future. Clin Psychol. 2003; 10(1): 144-56.
26.Jahangirpour M, Musavi SV, Khosrojavid M, Salari A, Rezaei S. The effectiveness of group mindfulness training on depression, hostility and anxiety in individuals with coronary heart disease. SIMS. 2013; 24(9):730-9. [In Persian].
27.Nakamuraa Y, Lipschitza D, Landwardb R, Kuhna R, Westb G. Two sessions of sleep-focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. J Psychosom Res. 2011; 7(1): 335–45.
28.Gross R, Kreitzer M, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush Y, Patterson R, Mahowald M, Cramer-Bornemann M. Mindfulness based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trail. Explore (NY). 2011; 34(1): 118-27.
29.Quinn GP, Keough M. Experimental Design and Data Analysis for Biologists. Cambridge; 2002, pp:23-49.
30.Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1998; 28(2): 193-213.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]

31.Azizi Aram S, Freivar M, Basharpour S. The role of sleep quality, morning-afternoon personality and sensory processing sensitivity in predicting nurses' job performance. JAPNA. 2020; 8(2): 14-23. [In Persian]
32.Collett L, Lester, D. The fear of death and dying. J Psychol. 1996; 72(2): 179-81.
33.Esmaeili A. Validation of Death Anxiety Scale and comparison of death anxiety rate, suicidal ideation and life satisfaction in male and female students of Islamic Azad University, Ahvaz Branch[MSc thesis]. Ahvaz: Islamic Azad University; 2008. [In Persian]
34.Naghipoor M, Kazemianmoghadam K, Haroonrashidi H. The Effectiveness of Positivism Training on Suicide Ideation and Death Anxiety in the Elderly. Aging Psychology. 2021; 6(4): 367-357 [In Persian].
35.Zhang JX, Liu XH, Xie XH, Zhao D, Shan MS, Zhang XL, et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. Explore. 2015; 11(3):180-5.
36.Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. Sleep. 2014; 37(9):1553-63.
37.Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels C, Campbell TS. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. J Clin Oncol. 2014; 32(5): 449-57.
38.Segal V, Williams G, Teasdale D. Mindfulness- based cognitive therapy for depression. New York: Guilford. 2012.
39.Goodarzi M A, Bedayat E, Borumand N. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on experiential avoidance and death anxiety in elderly women. Rooyesh. 2021; 10(8):115-24. [In Persian].
40.Gadampour E, Moradizadeh S, shakarami M. The Study of effectiveness of training of mind consciousness on reduction of the elderly 's feeling of loneliness and death anxiety in Sedigh Center of Khoramabad City. RJMS. 2019; 26(4):44-53. [Persian].

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.7]