مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، اردیبهشت ۱۴۰۱، ۲۰۶-۱۸۷

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان: یک مطالعه نیمه آزمایشی

شریفه زهتاب[۱]، فاطمه سادات طباطبایی‌نژاد[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۰/۰۸/۱۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر و ارتباط برقرار کردن با او فرآیندی استرس‌زا است که پیامدهای منفی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین دارد. لذا با توجه به اهمیت مسئله، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی Ryff و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیان‌گر این بود که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر را به‌طور معنی‌داری بهبود بخشد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: از آن‌جایی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر بود، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این مداخله می‌تواند برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر توسط مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، شناخت درمانی، بهزیستی، کیفیت زندگی، مراقبین، بیماری آلزایمر

۱- دانشجوی ارشد گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران

تلفن: ۰۳۱-۴۶۲۵۵۲۰۰، دورنگار: ۰۳۱-۴۶۲۶۶۲۰۰، پست الکترونیکی: f.tabatabaei49@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]

[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

مقدمه

آلزایمر به عنوان شایع‌ترین بیماری تحلیل برنده عصبی وابسته به سن [۱]، درصد زیادی از جمعیت‌های سال‌خورده عمومی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳-۲]. آلزایمر یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و ناتوان کننده‌ای است [۴] که باعث بروز نابسامانی در کارکرد شناختی، شخصیت، اندیشه و ادراک [۵] و حافظه در این بیماران می‌شود [۶]. افزون بر مشکلاتی که خود سالمندان مبتلا به آلزایمر تجربه می‌کنند، مراقبین آن‌ها نیز مشکلات فراوانی را تجربه می‌کنند [۷].

در خانواده‌ای که سالمند مبتلا به آلزایمر دارد، مراقبان اصلی با چالش‌های زیادی مواجه هستند؛ به گونه‌ای که مراقبت از این بیماران به ۳۶ ساعت زندگی در روز تعبیر شده است که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبین این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۸]. یکی از مشکلاتی که افراد مراقب در مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر تجربه می‌کنند، پایین بودن بهزیستی روان‌شناختی است [۹]. بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) به معنای تلاش برای ارتقاء است که در تحقق یافتن استعدادها و توانایی‌های فرد نمایان می‌شود و بالا بودن میزان آن می‌تواند از سلامت روان افراد محافظت کند [۱۰]. در مدل بهزیستی روان‌شناختی Ryff این مفهوم اشاره به هدف در زندگی، تسلط محیطی، رشد فردی، پذیرش خود، استقلال و رابطه مثبت با دیگران دارد [۱۱] که نقش مهمی در سازگاری [۱۲] و رضایت زندگی افراد ایفا می‌کند [۱۳]. هم‌چنین بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یک عامل محافظتی در برابر انزوا اجتماعی و افسردگی در افراد عمل می‌کند [۱۴].

بر اساس یک پژوهش، مراقبت از سالمندان آلزایمری می‌تواند سطح بهزیستی روان‌شناختی مراقبین را کاهش دهد [۱۵]. وقتی مراقبین از بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردار باشند، میزان صبر، بردباری و تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات نیز پایین آمده و همین امر کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر می‌دهد [۱۶]. کیفیت زندگی (Quality of life) به عنوان مواردی آشکار و مرتبط با معیارها و شاخص‌های زندگی دانسته‌اند [۱۷] که شامل سلامت جسمی [۱۸]، شرایط شخصی، روابط اجتماعی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی باشد [۱۹]. بر اساس پیشینه پژوهش، مراقبین سالمندان مبتلا آلزایمر از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به دیگران برخوردار هستند [۲۰].

در راستای کاهش مشکلات مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مداخلات مختلفی برای بهبود مشکلات این مراقبین انجام شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به آموزش تاب‌آوری [۸]، مهارت‌های ارتباطی [۲۱]، مداخلات شناختی-رفتاری و غیره اشاره کرد [۲۲]. اما آن‌چه کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) است. Segal و همکاران رویکرد جدیدی به منظور درمان، پیش‌گیری و جلوگیری از بازگشت از افسردگی را تبیین

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

کرده‌اند که بر اساس آن، بین شناخت، هیجان و ذهن موقعیتی ارتباطی وجود دارد، در نتیجه، یک رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه گردید [۲۳]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی شناخت درمانی است که شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش درباره استرس، اضطراب و افسردگی و تمرین‌های شناخت درمانی است [۲۵-۲۴].

ذهن‌آگاهی هم‌چنین می‌تواند با تقویت فرآیندهای مقابله و کنار آمدن شناختی، مانند ارزیابی مجدد و تقویت مهارت تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری به افراد آموزش دهد تا به جای اجتناب و فرار از درد و رنج با آن‌ها کنار بیایند و با آگاهی و تمرکز فکری با آن‌ها مواجه شوند [۲۵]. مراقبت از بیماران آلزایمر، سخت‌ترین نوع مراقبت است و می‌تواند سبب بروز استرس، خستگی و اختلالات روانی در افراد مراقب شود که ضروری است در جهت کاهش مشکلات بر مراقبین اقداماتی صورت پذیرد [۲۶].

از آن‌جایی که در پیشینه پژوهش، کم‌تر به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مشکلات افراد مراقب پرداخته شده است، در راستای رفع این خلاء پژوهشی این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه و مراکز درمانی بیماری آلزایمر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند.

حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن (Cohen)، تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن‌جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم‌چنین در جهت تعمیم‌پذیری بیش‌تر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد.

در مرحله اول به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر مراقب انتخاب و این ۳۰ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال برای مراقبین و حداقل تحصیلات راهنمایی از ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. ناقص بودن پاسخنامه مربوط به پرسش‌نامه‌ها، شرکت هم‌زمان در جلسات درمانی و آموزشی در طول پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی از ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای افراد نمونه، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله درمانی، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به افراد نمونه گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پس آزمون را رعایت نمود.

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1400.140 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسیده است. در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده‌ها، علاوه بر گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی (سن، سطح تحصیلات و شغل) از دو پرسش‌نامه نیز استفاده گردید که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده به شرح ذیل بودند:

۱- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being scale): این مقیاس شامل ۱۸ سؤال است که توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است و ۶ مؤلفه شامل تسلط محیطی با سؤالات ۱، ۴، ۶، پذیرش خود با سؤالات ۲، ۸، ۱۰، رابطه مثبت با دیگران با سؤالات ۳، ۱۱، ۱۳، داشتن هدف در زندگی با سؤالات ۵، ۱۴، ۱۶، رشد فردی با سؤالات ۷، ۱۵، ۱۷ و استقلال با سؤالات ۹، ۱۲، ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند [۲۷]. سؤالات به صورت طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم ۱ نمره از تا کاملاً موافقم ۶ نمره می‌باشد. حداقل نمره در هر خرده مقیاس ۳ و حداکثر ۱۸ است و در کل مقیاس، حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۱۸ و ۱۰۸ است. نمره کلی هر حیطه از جمع سؤالات مربوط به آن به دست می‌آید و جمع آن حیطه‌ها نمره کل را تشکیل می‌دهند و کسب نمره بالا در هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. در یک پژوهش، آلفای کرونباخ برای تسلط محیطی ۰/۷۱، پذیرش خود ۰/۸۰، رابطه مثبت با دیگران ۰/۹۰، داشتن هدف در زندگی ۰/۷۰، رشد فردی ۰/۸۶، استقلال ۰/۹۱ و کل سؤالات ۰/۸۴ به دست آمده است [۲۸]. در خارج از کشور ویژگی‌های روان-سنجی مقیاس بررسی و نتایج نشان داده است ضریب همبستگی Pearson مقیاس با رضایت از زندگی ۰/۹۲ و معنی‌دار گزارش شده است که نشان دهنده روایی همگرایی است [۲۹]. در خارج از کشور ضرایب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات ۰/۹۴ برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ به دست آمده است [۳۰]. در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای تسلط محیطی ۰/۷۲، پذیرش خود ۰/۸۰، رابطه مثبت با دیگران ۰/۷۹، داشتن هدف در زندگی ۰/۷۶، رشد فردی ۰/۸۲، استقلال ۰/۸۱ و کل سؤالات ۰/۸۹ به دست آمد.

۲- فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (World Health Organization Quality of Life-BREF): فرم کوتاه این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که توسط فرم کوتاه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است و ۵ مؤلفه سلامت جسمی با سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

۱۸؛ سلامت روانی با سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی با سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط با سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ سلامت عمومی کلی با سؤالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند [۳۱]. دامنه نمرات در سلامت جسمی (حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۷ و ۳۵)، سلامت روانی (حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۶ و ۳۰)، رابطه اجتماعی (حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۳ و ۱۵)، سلامت محیط (حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۸ و ۴۰) و سلامت عمومی کلی (حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲ و ۱۰) و در کل مقیاس، حداقل و حداکثر نمره پرسش‌نامه به ترتیب ۲۶ و ۱۳۰ است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از اصلاً ۱ نمره تا خیلی زیاد ۵ نمره صورت می‌گیرد. نمره کلی هر حیطه از جمع سؤالات مربوط به آن به دست می‌آید و جمع آن حیطه‌ها نمره کل را تشکیل می دهند و کسب نمره بالا در هر کدام از خرده مقیاس‌ها نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ به دست آمده است [۳۲]. در پژوهش های خارجی پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۴ محاسبه شده است [۳۳]. در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۵، رابطه اجتماعی ۰/۷۲، سلامت محیط ۰/۸۰، سلامت عمومی ۰/۹۱ و برای کل سؤالات ۰/۹۲ به دست آمد.

در این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تعداد جلساتی می‌باشد که گروه آزمایش آموزش دیدند که محتوای آن در جدول ۱ آمده است [۲۳].

هم‌چنین لازم به ذکر است که این جلسات در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان و با هماهنگی مدیر آن انجام شد و مراقبین در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در روزهای شنبه هر هفته (کلاً به مدت ۸ هفته) را دریافت کردند. آموزش دهنده خود پژوهش‌گر (نویسنده اول) مقاله بود. به افراد نمونه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و هیچ اطلاعات فردی و شخصی تحلیل نخواهد شد و داده‌ها به صورت گروهی تحلیل می‌شوند. هم چنین پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت خودگزارشی تکمیل شدند و افراد نمونه در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون به صورت خودگزارشی به سؤالات پاسخ دادند. به دلیل مشوق هایی که پژوهش‌گر گذاشته بود و انگیزه فردی خود مراقبین، تا پایان پژوهش افراد در جلسات شرکت داشتند و هیچ‌گونه ریزشی در حین آموزش و حین اجرای پس آزمون وجود نداشت.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

جدول ۱- جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اقتباس از Segal و همکاران [۲۳]

جلسات	محتوای جلسات
۱	پس از خوشامدگویی و آشنایی اولیه افراد گروه با یک‌دیگر، درباره قوانین و مقررات گروه از جمله رازداری، حضور منظم و غیره توضیح داده خواهد شد. در این جلسه اطلاعاتی درباره ماهیت ذهن آگاهی شامل تمرین دست‌یابی به آگاهی بدون قضاوت در زندگی روزمره و هم‌چنین درباره این‌که بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه زندگی می‌کنند و اغلب به آنچه انجام می‌دهند؛ توجهی نمی‌کنند؛ بحث و هم‌چنین بیان شد که ذهن آگاهی راه سالم زندگی کردن است که می‌توان از دو راه رسمی و غیررسمی آن را تمرین کرد. سپس به مدت ۱۱ دقیقه آرمیدگی و مراقبه وارسی بدن با ۱۶ گروه عضلانی آموزش داده شد. در پایان جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسش‌نامه‌های پیش آزمون را تکمیل کنند و در نهایت برگه‌های خود خوانی در مورد افسردگی و ذهن آگاهی به منظور تکلیف خانگی ارائه شد.
۲	در این جلسه تمرین رسمی بررسی آگاهانه و هشیاری در فعالیت‌های روزمره آموزش داده شد و تن آرامی از طریق ایجاد تنش و رهایی عضلات اجرا شد. شرکت کنندگان به انجام مراقبه وارسی بدن تشویق شدند و سپس در مورد این تجربه و موانع انجام تمرین، مانند برقراری و پرسه زدن ذهن و نیز راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای مسأله غیر قضاوتی بودن و نحوه رها کردن افکار مزاحم، بحث شد. مراقبه نشسته و وارسی بدن به عنوان تمرین رسمی و هم‌چنین ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزمره جدید به عنوان تمرین غیر رسمی بررسی آگاهانه به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۳	ابتدا تمرین‌های رسمی و غیررسمی بررسی آگاهانه جلسه قبل مرور شد. برای آموزش مراقبه نشسته و ذهن آگاهانه با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی به شکل تنفس ۱ دقیقه‌ای متمرکز، هوشیارانه و بدون قضاوت، از شرکت کنندگان خواسته شد که روی صندلی خود در حالی که در لحظه حضور دارند؛ بنشینند و به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۱ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این مراقبه دارای سه مرحله توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن بود. مراقبه نشسته و وارسی بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاهانه، تمرین یک دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی در مورد یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی در مورد یک رویداد ناخوشایند مانند مشاجره با همسر یا فردی دیگر به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۴	این جلسه با مراقبه نشسته همراه با توجه کردن به تنفس، بدن، صداها و افکار یعنی مراقبه نشسته با چهار مؤلفه اصلی آن آغاز و در ادامه در مورد استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های استرس‌زا و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث شد. سپس راه رفتن و قدم زدن آگاهانه در زمان حال همراه با رها کردن فکر و بدون فکر کردن به گذشته یا آینده تمرین شد. در ادامه درباره گفتگوی درونی با خود، شیوه‌های همیشگی تفکر مانند فاجعه سازی، ذهن خوانی، بزرگ‌نمایی، بایدها، سرزنش خود و سایر تحریف‌های شناختی صحبت شد. مراقبه نشسته، وارسی بدن یا یکی از حرکت‌های بدنی ذهن آگاه و تمرین شناسایی تحریف‌های شناختی به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۵	تمرین مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار اجرا و گفته شد که به دامنه وسیعی از احساس‌های بدنی خود نظیر درد، خارش، سوزش، سبکی، سنگینی، گرما، سرما و یا عدم احساس توجه کنند؛ ضمن این‌که برخی از این حس‌ها ممکن است؛ با افکار و یا هیجان‌هایی همراه شوند. در ضمن، درباره اذعان و پذیرش واقعیت موجود همان‌گونه که هست بحث شد. تمرین حرکت-های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی یک دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۶	در این جلسه نحوه تعمیم آگاهی نسبت به هر چیزی که با آن تماس داشتند؛ نظیر تماس صندلی با بدن، پاها با زمین، یا دست-

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

	هایشان و هر چیزی که احساس می‌کردند با آن در تماس هستند؛ توضیح و در ادامه نیز بازبینی و مراقبه تنفس در فعالیت‌های روزمره و هم‌چنین مراقبه نشسته، ذهن آگاهی احساس‌ها، ذهن آگاهی گوش دادن، ذهن آگاهی افکار و هیجان‌ها و تمرین‌های یوگای آگاهانه آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی یک دقیقه‌ای و تمرین-های یوگای آگاهانه بود.
۷	این جلسه با مراقبه نشسته و آگاهی باز یعنی توجه به آن‌چه در لحظه وارد هوشیاری می‌شود؛ آغاز شد. مضمون این جلسه این بود که"بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟" در ادامه تمرینی ارائه شد که در آن شرکت کنندگان مشخص کردند؛ کدام‌یک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدام‌یک ناخوشایند است. علاوه بر آن از آن‌ها خواسته شد که بگویند که چگونه می‌توانند؛ برنامه‌ای اتخاذ کنند که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. هم‌چنین، تمرین مراقبه مهرورزی و شفقت نسبت به خود نیز اجرا شد. تمرین حرکت‌های ذهن آگاهانه متمرکز بر بدن، فضای تنفسی ۱ دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن آگاهی در یک فعالیت جدید روزمره به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.
۸	این جلسه با مراقبه وارسی بدن آغاز و سپس درباره نحوه به کار بستن آموخته‌های حاصل از فرآیند درمان در زندگی واقعی، بررسی موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن دستاوردهای درمانی، نحوه مقابله با رویدادهای استرس‌زایی که احتمال عود را بالا می-برند؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسه‌ها به همراه شرکت کنندگان؛ در میان گذاشتن تجارب اعضاء با یک‌دیگر و دستاوردهای آن‌ها از جلسه‌ها بحث شد. در ادامه درباره کل جلسه‌های مداخله سؤال‌هایی از این قبیل مطرح شد که آیا شرکت کنندگان احساس می‌کنند که مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها افزایش یافته است؟ آیا از بهبود وضعیت خواب و کنترل افکار همراه با بودن در زمان حال و شاد بودن خود احساس رضایت دارند؟ آیا به انتظارات خود از درمان دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند؛ شخصیت آن‌ها رشد کرده است؟ هم-چنین منابع آموزشی بیشتری در خصوص ذهن آگاهی معرفی شد. در نهایت نیز پس آزمون اجرا شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. هم‌چنین قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضه‌های آن شامل آزمون Shapiro-Wilk برای ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون Levene برای ارزیابی همگنی واریانس گروه‌ها، آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس استفاده شد. هم-چنین به منظور مقایسه میانگین سن مراقبین در دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون t مستقل و برای مقایسه سطح تحصیلات و شغل مراقبین در دو گروه مورد بررسی، از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون-ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی ویژگی های دموگرافیک آزمودنی‌های مورد مطالعه از نظر سن، سطح تحصیلات و شغل در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($P>0/05$).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

جدول ۲- مقایسه برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در دو گروه آزمایش و کنترل در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

		گروه آزمایش		گروه کنترل		مقدار p
	سن (سال)	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
		۴۳/۱۳	۵/۵۹۲	۴۳/۴۰	۴/۸۰۸	*۰/۸۹۰
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	**۰/۷۲۳
	دیپلم	۹	۶۰	۷	۴۶/۷	
	لیسانس و بالاتر	۴	۲۶/۷	۶	۴۰	
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
شغل	آزاد	۹	۶۰	۱۱	۷۳/۳	**۰/۴۳۹
	کارمند	۶	۴۰	۴	۲۶/۷	
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	

آزمون t مستقل، **آزمون مجذور کای، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

در ادامه شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون و پس آزمون نمونه مورد مطالعه در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که میانگین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش داشته است، اما برای گروه کنترل با افزایش همراه نبوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی و ابعاد آن‌ها در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در دو گروه آزمایش و کنترل در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش (۱۵ نفر)		گروه کنترل (۱۵ نفر)	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تسلط محیطی	میانگین	۸/۱۳	۹/۸۰	۸/۴۷	۸/۶۷
	انحراف معیار	۱/۰۶	۱/۲۶	۱/۰۶۰	۱/۲۳
پذیرش خود	میانگین	۸/۱۳	۱۰/۲۷	۸/۰۷	۸/۳۳
	انحراف معیار	۰/۸۳	۱/۳۳	۰/۷۰	۱/۲۳
رابطه مثبت با دیگران	میانگین	۸/۲۷	۱۰/۰۷	۸/۴۰	۸/۵۳
	انحراف معیار	۰/۸۰	۱/۴۴	۰/۸۳	۱/۰۶
داشتن هدف در زندگی	میانگین	۸/۲۰	۱۰/۰۷	۸/۳۳	۸/۵۳
	انحراف معیار	۰/۸۶	۱/۰۳	۱/۱۱	۱/۳۰
رشد فردی	میانگین	۸/۱۳	۱۰/۲۷	۸/۴۰	۸/۵۳
	انحراف معیار	۰/۸۳	۱/۰۳	۱/۰۶	۱/۲۵
استقلال	میانگین	۸/۲۰	۱۰/۰۷	۸/۲۰	۸/۴۷
	انحراف معیار	۱/۱۵	۱/۱۶	۰/۷۷	۱/۱۲
نمره کل بهزیستی روان‌شناختی	میانگین	۴۹/۰۷	۶۰/۵۳	۴۹/۸۷	۵۱/۰۷
	انحراف معیار	۳/۳۹	۴/۰۱	۱/۸۵	۳/۰۱
سلامت جسمی	میانگین	۱۲/۶۷	۱۴/۷۳	۱۲/۶۷	۱۲/۸۷
	انحراف معیار	۰/۹۰	۱/۵۸	۰/۷۲	۰/۹۱
سلامت روانی	میانگین	۹/۸۰	۱۰/۶۷	۹/۸۷	۹/۹۳
	انحراف معیار	۰/۶۸	۱/۱۷	۰/۷۴	۰/۸۸
رابطه اجتماعی	میانگین	۵/۴۰	۹/۱۳	۵/۳۳	۵/۴۰
	انحراف معیار	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۹
سلامت محیط	میانگین	۱۵/۴۷	۱۷/۴۰	۱۵/۰۷	۱۵/۴۷
	انحراف معیار	۰/۹۱	۲/۵۳	۰/۷۰	۱/۵۰
سلامت عمومی	میانگین	۳/۸۰	۴/۸۰	۳/۶۷	۳/۷۳
	انحراف معیار	۰/۷۷	۰/۹۴	۰/۸۲	۰/۹۶
نمره کل کیفیت زندگی	میانگین	۴۷/۱۳	۵۶/۷۳	۴۶/۶۰	۴۷/۴۰
	انحراف معیار	۱/۷۷	۳/۴۹	۱/۷۶	۳/۲۵

در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای وابسته (بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی) از آزمون Shapiro-Wilk استفاده شد که فرض نرمال بودن در هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود (P>۰/۰۵). پیش فرض همگنی واریانس‌ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد که این پیش‌فرض نیز در مرحله پس

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

آزمون مورد تأیید قرار گرفت (P>۰/۰۵). جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی همگنی ماتریس کوواریانس در دو گروه، از آزمون ام باکس (Box's M) استفاده شد که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های کوواریانس می‌باشد (برای بهزیستی روان‌شناختی F=۱/۱۱۵، P=۰/۳۳۰ و برای کیفیت زندگی F=۱/۷۱۳، P=۰/۰۵۷). از آن‌جایی که پیش فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار بودند، لذا می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ آورده شده است.

نتایج جدول ۴، بیانگر آن است که لامبدای ویلکز (F=۲۰/۴۴۳، p<۰/۰۰۱) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی با کنترل مقادیر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۸۷/۱ درصد از تفاوت مشاهده شده در دو گروه، مربوط به اثر مداخله آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ به این منظور از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

بر اساس جدول ۵، استفاده از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد. از آن‌جایی که ضریب تأثیر نشان دهنده تأثیر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی متغیرهای بهزیستی روان-شناختی و کیفیت زندگی است، لذا تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی "رابطه اجتماعی" با ضریب تأثیر ۰/۸۹۴ بیش‌تر از سایر متغیرها بوده است و نشان می دهد ۸۹/۴ درصد از تفاوت مشاهده شده در نمره رابطه اجتماعی، در دو گروه آزمایش و کنترل، ناشی از اثر مداخله آموزشی است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

جدول ٤- خلاصه نتایج آنالیز کواریانس چندمتغیره پس آزمون بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر اصفهان در سال ۱٤۰۰

نوع آزمون	مقدار	مقدار F	مقدار p	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۷۱	۲۰/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۰	۲۰/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۳۲/۱۲۵	۲۰/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۰/۹۹۹
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۲/۱۲۵	۲۰/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۰/۹۹۹

جدول ٥- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در شهر اصفهان در سال ۱٤۰۰

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار p	ضریب تأثیر	توان آماری
تسلط محیطی	۹/۳۸۱	۱	۸/۹۴۶	۰/۰۰۸	۰/۳۴۵	۰/۸۰۵
پذیرش خود	۱۷/۹۵۴	۱	۸/۹۸۱	۰/۰۰۸	۰/۳۴۶	۰/۸۰۶
رابطه مثبت با دیگران	۱۴/۷۱۳	۱	۹/۵۲۲	۰/۰۰۷	۰/۳۵۹	۰/۸۲۸
داشتن هدف در زندگی	۱۱/۶۳۵	۱	۱۳/۸۶۱	۰/۰۰۲	۰/۴۴۹	۰/۹۳۹
رشد فردی	۱۹/۷۶۲	۱	۲۰/۸۴۷	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۰/۹۹۰
استقلال	۱۴/۸۷۵	۱	۱۰/۴۰۵	۰/۰۰۵	۰/۳۸۰	۰/۸۹۰
سلامت جسمی	۱۴/۶۲۷	۱	۹/۶۸۵	۰/۰۰۶	۰/۳۶۳	۰/۸۳۵
سلامت روانی	۲/۳۳۲	۱	۲/۷۰۱	۰/۰۱۹	۰/۱۳۷	۰/۸۴۱
رابطه اجتماعی	۸۴/۴۲۴	۱	۱۴۲/۸۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۸۹۴	۰/۹۹۹
سلامت محیط	۲۸/۹۳۹	۱	۹/۵۲۱	۰/۰۰۷	۰/۳۵۹	۰/۸۲۸
سلامت عمومی	۳/۱۶۶	۱	۵/۲۹۳	۰/۰۳۴	۰/۲۳۷	۰/۸۸۳

بر اساس جدول ۶، استفاده از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش نمرات کل بهزیستی روان-شناختی و نمره کل کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد. نتایج نشان دهنده آن است که تأثیر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی به میزان ۰/۸۲۸، بیش‌تر از بهزیستی روان‌شناختی به میزان ۰/۶۶۲ بوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

جدول ٦- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نمرات کل بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	مقدار p	ضریب تأثیر	توان آماری
نمره کل بهزیستی روانشناختی	۶۱۳/۴۲۴	۱	۴۷/۰۵۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۰/۹۹۹
نمره کل کیفیت زندگی	۶۱۶/۴۹۶	۱	۱۱۵/۶۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۸۲۸	۰/۹۹۹

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر اصفهان بود. نتایج بیانگر بود استفاده از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش ابعاد بهزیستی روان شناختی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج Ghane و همکاران [۳۴] همسویی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی که می‌تواند دردهای جسمانی و روانی را تسکین دهد و زندگی را غنی بخشد و معنادار کند. ذهن آگاهی این کار را با هماهنگ شدن با تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلشوره‌های بی مورد انجام می‌دهد. ذهن آگاهی به تجربیات وضوح و روشنی می‌بخشد و به مراقبین سالمندان می‌آموزد تا لحظه به لحظه زندگی خود را تجربه کنند، همین امر باعث کاهش نشانه های منفی روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان-شناختی و عاطفه منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش بینی و بهزیستی روان‌شناختی همراه است.

هم‌چنین انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عامل‌های مختلف ذهن‌آگاهی مانند مشاهده، غیر قضاوتی بودن، غیر واکنشی بودن و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. در حقیقت وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد توانایی افراد برای عقب ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه می‌توانند خود را از الگوهای رفتاری اتوماتیک رها کنند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشوند، بلکه از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کنند و با هیجانات همراه شوند و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهند. افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر هستند و این در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها نقش دارد. بنابراین می‌توان این نتیجه را منطقی دانست که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مؤثر باشد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

هم‌چنین نتایج نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر تأثیر معناداری دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج Rafee و همکاران [۳۵]، Bahrami و همکاران [۳۶] و Mavaee و Kakabaraee [۳۷] همسویی داشته باشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که با آموزش می‌توان به افراد آموزش داد تا از طریق مواجهه با واقعیت و پذیرش آن بدون تلاش در جهت هر نوع تغییر، فقط افکار خود را مشاهده کنند. در این فرآیند افراد با افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی نسبت به هیجانات خود، دید تعمیم یافته‌تری پیدا می‌کنند که باعث پیش‌گیری از رفتارها و واکنش‌های ناسازگارانه می‌شود و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء دهد. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد ترغیب شوند با استفاده از فنون ذهن آگاهی بدون این‌که تلاشی در جهت هر نوع تغییری داشته باشند صرفاً تجارب هیجانی خود را مشاهده کرده و آن را بپذیرند. احتمالاً مواجهه با هیجانات منفی از این طریق می‌تواند باعث کاهش تکانشوری به استرس شود.

در این راستا فرد تشویق می‌شود تا هیجانات خود را به عنوان رویدادهای گذرا ببیند که بروز رفتارها و واکنش‌های ناسازگار را کاهش می‌دهد و این دید تعمیم یافته نسبت به هیجانات، به پیش‌گیری از تجربه مجدد واکنش‌های هیجانی نیز کمک خواهد کرد. وقتی فرد ذهن‌آگاهی را در کارهای روزانه خود تمرین می‌کند زمانی را که در حالت عادی است تشخیص می‌دهد و فرصتی برای وارد شدن و زندگی کردن در زمان حال برای خود فراهم می‌کند و در نتیجه زنجیره رویدادهایی را که منجر به احساس‌های ناخوشایند و اضطراب‌زا و کاهش کیفیت زندگی می‌شود، می‌شکند. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث می‌شود فرد به صورت خلاق به موقعیت زمان حال پاسخ دهد و از واکنش‌های غیرارادی آزاد می‌شود و تمرین‌های وارسی بدنی با حس کردن مستقیم بدن باعث می‌شود حساسیت دریافت پیام‌های بدن بالا برود و دریافت آشفتگی‌های ذهنی کاهش یابد.

مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌توانند با استفاده از فن ایست و فضای تنفس یک دقیقه‌ای، گزینه‌های بیش‌تری را تجربه کنند و دور باطل همیشگی که از نتایج رفتارها و فکرهای خود می‌گرفتند را بشکنند. ذهن‌آگاهی قابلیتی مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این به مراقبین سالمندان کمک می‌کند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. در واقع فرد ذهن آگاه، شیوه فراشناختی پردازش را به کار می‌گیرد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش می‌دهد و بدین طریق کیفیت زندگی بالاتری خواهد داشت. لذا منطقی است که گفته شود آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مؤثر است.

با توجه به نتایج به دست آمده، آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر افزایش بهزیستی روان شناختی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه و مراکز درمانی بیماری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

آلزایمر مؤثر باشد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به ویژه در انجمن‌های سالمندان مبتلا به آلزایمر علاوه بر رسیدگی به نیازهای جسمانی و روان‌شناختی سالمندان به مراقبین آن‌ها نیز توجه جدی شود و با برگزاری کارگاه‌های روان‌شناختی مانند آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به حل مشکلات این افراد نیز بپردازند.

با توجه به نقش مسائل روان‌شناختی بهبود کیفیت زندگی همچون نقش مؤثر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی در افزایش کیفیت زندگی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه و مراکز درمانی بیماری آلزایمر پیشنهاد می‌شود به منظور بهبود کیفیت زندگی در مراقبین افراد سالمند مبتلا به آلزایمر، در کنار نمایش روتین پزشکی به نیازهای سالمندان مبتلا به آلزایمر هم‌چنین از طریق شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با برگزاری کارگاه‌های روان‌شناختی به بهبود و افزایش کیفیت زندگی مراقبین نیز پرداخته شود تا بتوان بهتر به نیازهای سالمندان سیدگی شود و نفع آن به سالمندان مبتلا به آلزایمر نیز برسد.

این پژوهش بر روی مراقبین شهر اصفهان صورت گرفته است و عدم بررسی ویژگی‌های دموگرافیک مهم همچون جنسیت، وضعیت تأهل، نسبت مراقب با بیمار، تعداد سال‌های مراقبت، وضعیت اقتصادی، محل سکونت و غیره از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسش‌نامه و عدم استفاده از سایر ابزارهای اندازه گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است، چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ مراقبین افراد آلزایمری سوگیری وجود داشته باشد و به سؤالات پاسخ‌های جامعه پسند داده باشند. هم‌زمانی انجام پژوهش با همه-گیری ویروس کرونا (کووید-۱۹) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است و دشواری در جمع‌آوری اطلاعات ایجاد نمود. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پی‌گیری برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افراد مراقبت سالمندان آلزایمری نبود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش سایر مشکلات مراقبین مانند خستگی، فرسودگی، هیجانات منفی (اضطراب، افسردگی و استرس)، امید به زندگی و غیره این افراد صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان شفقت به خود و غیره می‌تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات افراد مراقب سالمندان مبتلا به آلزایمر در پی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پی‌گیری به طرح پژوهش تداوم و ماندگاری آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی افراد مراقب سالمندان مبتلا به آلزایمر مورد بررسی قرار گیرد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که استفاده از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد. هم چنین نتایج نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر تأثیر معناداری دارد. از آن‌جایی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر بود، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این مداخله می‌تواند برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر توسط مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از آزمودنی‌های گرامی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از زحمات تمامی کسانی از جمله رئیس انجمن آلزایمر اصفهان که در به ثمر رسیدن این پژوهش کمک کردند و شرایط اجرای مداخله را با تهیه مکان مناسب مهیا کردند تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند.

References

[1] Mintun MA, Lo AC, Duggan Evans C, Wessels AM, Ardayfio PA, Andersen SW, et al. Donanemab in early Alzheimer's disease. *N Engl J* 2021; 384(18): 1691-704.

[2] Vogel JW, Young AL, Oxtoby NP, Smith R, Ossenkoppele R, Strandberg OT, et al. Four distinct trajectories of tau deposition identified in Alzheimer's disease. *Nat Rev Cardiol* 2021; 27(5): 871-81.

[3] Khaledi S, Ahmadi S. Amyloid Beta and Tau: from Physiology to Pathology in Alzheimer's Disease. *Shefaye Khatam* 2016; 4(4): 67-88. [Farsi]

[4] Breitve MH, Hynninen MJ, Brønnick K, Chwiszczuk LJ, Auestad BH, Aarsland D, et al. A longitudinal study of anxiety and cognitive decline in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Alzheimer's Res Ther* 2016; 8(1): 1-6.

[5] Yektatalab S, Kaveh MH, Sharif F, Falahi khoshknab M, Petramfar P. Caring for Patients with Alzheimer's Disease in

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

Nursing Homes: A Qualitative Content Analysis. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(3): 240-53. [Farsi]

[6] Pavisic IM, Pertzov Y, Nicholas JM, O'Connor A, Lu K, Yong KX, et al. Eye-tracking indices of impaired encoding of visual short-term memory in familial Alzheimer's disease. *Scientific Reports* 2021; 11(1): 1-4.

[7] Kim B, Noh GO, Kim K. Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: a path analysis. *BMC Geriatrics* 2021; 21(1): 1-12.

[8] Ghezelsefloo M, Saadati N, Yousefi Z, Zamanpour M. Study the Effect of Resilience Training on Reducing Stress and Communication Problems in the Primary Caregivers of the Elderly With Alzheimer Disease. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2019; 14(3): 284-97. [Farsi]

[9] Lee K, Jaworski J. UTA Bioengineering Department Senior Design Research Team (Tanzim Choudhury, Debbie Vang & Kristen Duke). Quality of life and quality of care: A pilot mobile app to promote the psychosocial well-being of informal caregivers of older adults with Alzheimer's disease and related dementias: Dementia care research (research projects; nonpharmacological)/Use of technologies. *Alzheimer's & Dementia* 2020; 16(2): 12-21.

[10] Dragun R, Veček NN, Marendić M, Pribisalić A, Đivić G, Cena H, et al. Have lifestyle habits and psychological well-being changed among adolescents and medical students due to COVID-19 lockdown in Croatia? *Nutrients* 2021; 13(1): 97-105.

[11] Sønderskov KM, Dinesen PT, Vistisen HT, Østergaard SD. Variation in psychological well-being and symptoms of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: results from a three-wave panel survey. *Acta Neuropsychiatrica* 2021; 33(3): 156-9.

[12] Can A, Poyrazl S, Pillay Y. Eleven Types of Adjustment Problems and Psychological Well-Being among International Students. *EJER* 2021; 91(2): 1-20.

[13] Özmen S, Özkan O, Özer Ö, Yanardağ MZ. Investigation of COVID-19 fear, well-being

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

and life satisfaction in Turkish society. *SWPH* 2021; 36(2): 164-77.

[14] Fernández-Abascal EG, Martín-Díaz MD. Longitudinal study on affect, psychological well-being, depression, mental and physical health, prior to and during the COVID-19 pandemic in Spain. *Pers Individ Dif* 2021; 172(2): 21-35.

[15] Park J, Tolea MI, Arcay V, Lopes Y, Galvin JE. Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia, or Alzheimer's disease. *Soc Work Ment Health* 2019; 17(3): 253-78.

[16] Romero-Mas M, Ramon-Aribau A, Souza DL, Cox AM, Gómez-Zúñiga B. Improving the Quality of Life of Family Caregivers of People with Alzheimer's Disease through Virtual Communities of Practice: A Quasiexperimental Study. *Int J Alzheimers Dis* 2021; 1(2): 13-25.

[17] Coens C, Pe M, Dueck AC, Sloan J, Basch E, Calvert M, et al. International standards for the analysis of quality-of-life and patient-reported outcome endpoints in cancer randomised controlled trials: recommendations of the SISAQOL Consortium. *Lancet Oncol* 2020; 21(2): 83-96.

[18] Gehlich KH, Beller J, Lange-Asschenfeldt B, Köcher W, Meinke MC, Lademann J. Consumption of fruits and vegetables: improved physical health, mental health, physical functioning and cognitive health in older adults from 11 European countries. *Aging & Mental Health* 2020; 24(4): 634-41.

[19] Sader M, Azami Y, Moatamedy A, Siah kamari R, Mam sharifi P. Investigating the Role of Coping Strategies, Purposefulness in Life, and Quality of Life in Marital Adjustment of Retirees. *IJPN* 2018; 6(2): 12-23. [Farsi]

[20] Montgomery W, Goren A, Kahle-Wrobleski K, Nakamura T, Ueda K. Alzheimer's disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatrics* 2018; 18(1): 1-2.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

[21] Mansouri T, Dehdari T, Seyedfatemi N, Gohari MR, Barkhordari M. The effect of communication skills training on perceived stress of caregivers of elderly with Alzheimer's disease referral to Iranian Alzheimer Association in 2012. *RJMS* 2014; 21 (121): 52-62. [Farsi]

[22] Bagherbeik Tabrizi L, Navab E, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of Cognitive-Behavioral Intervention on Burden of Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *Hayat* 2015; 21(1): 94-102. [Farsi]

[23] Segal ZV, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression, Second Edition, London, Guilford Publications, 2018, 471 pages.

[24] Khoshkhatti N, Amiri majd M, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients under Hemodialysis. *IJNR* 2020; 14(6): 9-17. [Farsi]

[25] Pishgahi B, Danesh E, Salimi nia N. The Effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy on Anxiety, Resilience and Life Expectancy of Anxious Women. *IJPN* 2020; 8(3): 104-17. [Farsi]

[26] Hosseini MA, Fallahi Khoshknab M, Mohammadi Shahbolaghi F, Mohammad Zaheri S, Soltani P, Khanjani MS. The Effect of Mindfulness Program on the Perceived Stress of Family Caregivers of Elderlies with Alzheimer's Disease. *IJPN* 2016; 4(3): 1-7. [Farsi]

[27] Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57(6): 1069-76.

[28] Arabi P, Bagheri N, Mirhashemi M. The Prediction Dependency on Virtual Social Networks Based on Alexithymia, Attachment Styles, Well-Being Psychological and Loneliness. *IJPN* 2021; 9(1): 66-76.

[29] Friedman EM, Ruini C, Foy R, Jaros L, Sampson H, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

adults. *Aging and Mental Health* 2017; 21(2): 199-205.

[30] Friedman EM, Ruini C, Foy CR, Jaros L, Love G, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote eudaimonic well-being in older adults: A multi-site replication with 6 month follow-up. *Clin Gerontol* 2019; 42(4): 387-97.

[31] World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization; 2004.

[32] Esmaili Shad B, Ghasemi M, Mortazavi Kiasari F. The relationship between health literacy and quality of life with the mediating role of social adjustment in the elderly. *JECP* 2019; 8(31): 1-14.

[33] Jia Y, Shi J, Sznajder KK, Yang F, Cui C, Zhang W, et al. Positive effects of resilience and self-efficacy on World Health Organization Quality of Life Instrument score among caregivers of stroke inpatients in China. *Psychogeriatrics* 2021; 21(1): 89-99.

[34] Ghane S, Asadi J, Derakhshanpour F. Effect of mindfulness training on individual well-being and mental health of elderly women. *J Gorgan Univ Med Sci* 2018; 20(1): 71-6. [Farsi]

[35] Rafee M, Sabahi P, Makvand Hosseini S. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life in Elderly Men Living in Nursing Homes. *MJMS* 2020; 62(5.1): 870-9. [Farsi]

[36] Bahrami L, Salianeh M, Farsi A, Nikravan A. The Effect of Mindfulness and Working Memory Training on Quality of Life in Active Elderly. *Sport Psychology Studies* 2017; 6(21): 1-16. [Farsi]

Mavaee Z, Kakabaraee K. The effectiveness of mindfulness on quality of life and happiness of the elderly. *JGN* 2017; 3(4): 9-20. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Quality of Life in Caregivers of the Elderly with Alzheimer's disease in Isfahan City: A Quasi-Experimental Study

Sharifeh Zehtab[1], Fatemeh Sadat Tabatabaienejad[2]

Received: 10/10/21 Sent for Revision: 07/11/21 Received Revised Manuscript: 13/02/22 Accepted: 16/02/22

Background and Objectives: Caring of elderly with Alzheimer's disease and communicating with them is a chronic stressful process that has a negative effect on caregivers' psychological well-being and quality of life. Therefore, considering the importance of this issue, the aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological well-being and quality of life in caregivers of the elderly with Alzheimer's disease in Isfahan city.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The statistical population was caregivers of the elderly with Alzheimer's disease in Isfahan in year 2021. At first, 30 people were selected by available sampling method and then randomly divided into two groups of 15 people. For the people in the experimental group, the mindfulness-based cognitive therapy was implemented in 8 sessions, each session lasting 90 minutes, but the control group received no training and remained in the waiting list. Data was collected using Ryff's Psychological Well-Being Scale and World Health Organization Quality of Life in two stages, pre-test and post-test. Data was analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results indicated that mindfulness-based cognitive therapy significantly improved psychological well-being and quality of life in caregivers of the elderly ($p<0.05$).

Conclusion: Since mindfulness-based cognitive therapy was effective on psychological well-being and quality of life, it can be concluded that this intervention can be used by counseling centers and psychological services to improve the psychological well-being and quality of life of caregivers of the elderly with Alzheimer's.

Key words: Mindfulness, Cognitive therapy, Well-being, Quality of life, Caregivers, Alzheimer's disease

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Azad University of Khorasgan approved the study (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.140).

How to cite this article: Zehtab Sharifeh, Tabatabaienejad Fatemeh Sadat. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Well-Being and Quality of Life in Caregivers of the Elderly with Alzheimer's disease in Isfahan City: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 21 (02): 187-206. [Farsi]

1- Masters Student, Dept. of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran, ORCID: 0000-0001-9345-9854
(Corresponding Author) Tel: (031)46255200, Fax: (031) 46266200, E-Mail: f.tabatabaei49@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.2.2.1]
[DOI: 10.52547/jrums.21.2.187]