

اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و احساس تنهایی در سالمندان

حسین مهدیان^۱، اعظم علی‌دادیان^۲، نبی‌الله رضایی^۳، مهدی باقریان^۴

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و احساس تنهایی سالمندان شهر بجنورد در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود. **روش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی از لحاظ روش کمی و از منظر گردآوری داده‌ها در زمره پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۱۵۰ نفر از سالمندان بجنورد بودند که ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تنهایی ده‌شیری و همکاران (۲۰۰۸) و مقیاس کیفیت خواب پیتزبرگ (۱۹۸۹) استفاده شد. جلسات آموزشی ذهن آگاهی برگرفته از پکیج آموزشی «درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (باون، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱) در ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که آموزشی ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و احساس تنهایی سالمندان تاثیر معنادار داشته است.

نتیجه‌گیری: در تمرین‌های ذهن آگاهی افکار و احساسات انکار و یا سرکوب نمی‌شوند بلکه این افکار و احساسات لحظه به لحظه همان گونه که اتفاق می‌افتند به صورت غیر قضاوتی مورد توجه قرار گرفته و مشاهده می‌شوند تا اینکه وارد حوزه آگاهی شوند. ذهن آگاهی باعث به وجود آمدن آرامش پایدار در کنار تجارب جاری می‌شود

کلیدواژه‌ها: آموزش ذهن آگاهی، کیفیت خواب، احساس تنهایی.

۱. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران mahdian_hossein@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

۴. دانش‌آموخته کارشناس ارشد مدیریت، تهران، ایران

مقدمه

سالمندی، فرایندی مرکب از تغییرات چالش برانگیز زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی می باشد (لی^۱، ۲۰۰۶) که به مرور زمان ایجاد شده و ناشی از بیماری یا صدمات عمده نیست و در نهایت منجر به افزایش احتمال مرگ و میر می گردد (اسلی و اسپالر^۲، ۲۰۰۳). بر اساس گزارش‌ها، از هر ۱۰ نفر مردم جهان، یک نفر بالای ۶۵ سال سن دارد و سالانه ۱/۷ درصد به کل جمعیت جهان افزوده می‌شود، در حالیکه این افزایش برای جمعیت سالمند ۲/۵ درصد می‌باشد که نشانگر نرخ رشد بالای جمعیت سالمند در جهان است (محمدی شاه‌بلاغی، ۲۰۰۶؛ ادیب حاج باقری و اکبری، ۲۰۰۹). سازمان ملل در سال ۲۰۰۹، تعداد کل سالمندان جهان را حدود ۷۵۰ میلیون نفر اعلام کرده است و تخمین زده می‌شود که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید (سوگدن^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس آخرین گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ تعداد سالمندان حدود ۶/۳ میلیون نفر ذکر شده است که از نسبت ۶/۶ درصد از کل جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۸/۲ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده و تا سال ۱۴۰۰ به بیش از ۱۰ درصد خواهد رسید (لوه^۴، ۲۰۱۰). طبق تقسیم‌بندی سازمان ملل متحد، کشورهایی که جمعیت سالمندشان بیش از ۷ درصد کل جمعیت باشد، جزء کشورهای سالمند محسوب می‌شوند (مهدوی، ۲۰۰۰). لذا بر اساس این تقسیم بندی، ایران نیز کشوری سالمند محسوب می‌گردد (دادخواه، ۲۰۰۷). به دنبال افزایش امید به زندگی و طولانی‌تر شدن عمر، به احتمال زیاد افراد علاوه بر تجربه کاهش در سلامتی جسمی، مجبور هستند که رنج از دست دادن نزدیکان خود را تحمل کنند و فرصت کمی برای عملکرد در نقش‌های اجتماعی متنوع خواهند داشت.

در واقع هرچقدر افراد به سن سالمندی نزدیکتر می‌شوند، آسیب‌پذیرتر می‌گردند و نیازمند مراقبت‌های گسترده‌تری هستند (هال^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). ناتوانی‌های همراه سالمندی در تمامی حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی تجربه می‌شوند و در نهایت سبب کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود (حبیبی و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که ۸۰ درصد سالمندان بالاتر از ۶۰ سال به انواع اختلالات جسمی و روانی مبتلا بوده (اکبری کامرانی، ۲۰۰۱) و حداقل ۴۰ درصد از سالمندان بالای ۷۵ سال به مراقبت‌های گسترده‌ای نیاز دارند (مفتون و همکاران، ۲۰۰۲). نتایج پژوهشی در ایران نیز نشان می‌دهد که میزان تقاضای سالمندان برای خدمات مراقبت سلامت ۳ برابر جمعیت غیرسالمند بوده و این میزان با بالا رفتن سن سالمندان افزایش می‌یابد (عبدی زرین و اکبری، ۲۰۰۷). شواهد حاکی از آن است که عوامل مهمی هم چون سوگ فقدان‌های متعددی مانند مرگ همسر، فرزند، دوست و... تنها زندگی کردن، افت توانایی جسمی و تغییر وضعیت شغلی؛ منجر به ایجاد مسائل روانی در حدود ۲۵-۱۵ درصد سالمندان می‌گردد (بهرامی، ۲۰۰۵).

بر اساس یافته‌های پژوهشی، میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان از دامنه گسترده‌ای برخوردار بوده و میزان خودکشی در این دوره بیش از سنین دیگر گزارش شده است (یو-کان^۶، ۲۰۱۱). اما با وجود محدودیت‌های موجود در زندگی سالمندان، سپری کردن سال‌های اضافی عمر در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی، جزء مهمترین چالش‌های مراقبت سلامت در قرن حاضر بوده و به بیان دیگر، پیر شدن جمعیت و مسائل مراقبت سلامت آنان دو نگرانی عمده جهانی محسوب می‌شوند (روتاسالو^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). احساس تنهایی نیز به عنوان یک تجربه ناراحت کننده عاطفی شناختی از جمله مسائل قابل توجه در بین سالمندان می‌باشد. این احساس در واقع ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی انتظارات او را برآورده نکرده

5. Hall, Longhurst, Higginson

6. Yu-Kun

7. Routasalo et al

و زمانی به وجود می‌آید که میان روابط بین فردی مورد انتظار و روابطی که در حال حاضر دارد، فاصله وجود داشته باشد (ونگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان ۴۰-۱۰ درصد گزارش شده است (دادخواه، ۲۰۰۷؛ ونگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ آدامز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) و حتی نتایج مطالعه‌ای در چین نشان می‌دهد که ۷۸ درصد از سالمندان سطح متوسطی از احساس تنهایی را داشته‌اند (مک اینس و وایت^۳، ۲۰۰۱ به نقل از پاک پور و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع آنچه سالمندی را تهدید می‌کند نه بیماری و نه فقر، بلکه تنهایی است که افراد سالمند را نسبت به بیماری‌های روانی مستعدتر نموده و منشأ بسیاری از مسائل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی، ناامیدی شدید و حتی مرگ (لو^۴ و همکاران، ۲۰۱۲؛ هنریچ و گولون^۵، ۲۰۰۲) می‌باشد. معمولاً سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند با احساس خلأ، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه هستند و این احساس بر روی تعاملات اجتماعی، شیوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر گذاشته و نتایج کوتاه مدت و درازمدت در سلامت روانی آنان دارد (رید^۶ و همکاران، ۲۰۰۶).

به دیگر سخن، درمانگران تأکید دارند، احساس تنهایی به عنوان زمینه ساز بسیاری از ناپهنجاری‌ها، چنانچه به موقع درمان نشود و به طور طولانی مدت در زندگی فردی و اجتماعی افراد حاکم باشد، منجر به بسیاری از اختلالات روانی می‌شود (اجمال^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). درمانگران احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی ناخوشایند، کشنده و بازدارنده‌ای می‌دانند که افراد در مناسبات اجتماعی حس می‌کنند و این حالت منجر به اشتغال ذهنی، خستگی، دل‌مردگی و گریز از جمع می‌شود (استوکلی^۸، ۲۰۱۰)؛ به عبارت دیگر، احساس تنهایی بیانگر هوشیاری شناختی فرد از کاستی‌ها و نارسایی‌های خود در شبکه روابط بین فردی است که به احساس غمگینی، پوچی، دلهره و اضطراب منجر می‌شود (الهاگین^۹، ۲۰۰۴، مون^{۱۰}، ۲۰۰۹). محققان بر این باورند، احساس تنهایی از جمله متغیرهای مهم در پیش بینی بسیاری از ناپهنجاریها از جمله اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی، مشکلات خواب (بیسر، فلیت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳)، کشیدن سیگار، مواد مخدر، اعتماد به نفس پایین (الهاگین، ۲۰۰۴، اجمال و همکاران، ۲۰۱۱)، پرخاشگری، درونگرایی، تعاملات اجتماعی ضعیف، اضطراب اجتماعی، ابراز وجود ضعیف، خجالت و شرم (روتنبرگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴) است.

خواب نیز یکی از نیازهای بنیادین زندگی انسان می‌باشد که با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار آن ایجاد می‌شود و منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌شود (پاک پور و همکاران، ۱۳۹۵). خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه ریتم بیولوژیک تکرار می‌شود (لیند و هائوری^{۱۳}، ۲۰۱۲). بی‌خوابی یکی از انواع رایج اختلالات خواب است که با دشواری در به خواب رفتن یا تداوم خواب مشخص می‌گردد (ارای جو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۶). بی‌خوابی می‌تواند منجر به پریشانی یا مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، شغلی و دیگر حوزه‌های زندگی فرد شود (کرلین^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین افراد مبتلا به بی‌خوابی بیشتر از دیگر افراد، اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه

1. Wang et al
2. Adams et al
3. McInnis & White
4. Luo et al
5. Heinrich & Gullone
6. Reid et al
7. Ajmal et al
8. Stoeckli
9. Elhageen
10. Moon
11. Besser & Flett et al
12. Rotenberg et al
13. Linde & Hauri
14. Araujo et al
15. Kierlin et al

می‌نمایند (سیورتسن^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بیکسلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از فرح بخش و دهقانی، ۱۳۹۵) کیفیت خواب یک مفهوم عمده در امور بالینی و تحقیقات مرتبط با خواب است. این مفهوم به چگونگی تجربه خواب اشاره می‌کند. شاخص کیفیت خواب شامل احساس تجدید نیرو و نبود احساس خواب آلودگی پس از بیدار شدن می‌شود. (اسدنیا و همکاران، ۲۰۱۳). کاهش کیفیت خواب می‌تواند ناشی از برهم خوردن وضعیت منظم و آستانه واکنش فرد در خواب و یا نتیجه بی‌خوابی‌های پی در پی باشد (یارمچوک و روهرز^۳، ۲۰۱۲). از علل پائین آورنده کیفیت خواب می‌توان به عوامل درونی مانند درد، بیماری، داروها، اضطراب، پیری، چاقی و تغییرات روانشناختی ناشی از آن و عوامل بیرونی چون سروصدا، روشنایی، دمای محیط و مراقبت‌های پرستاری اشاره کرد (دیجک^۴، ۲۰۱۳).

تحقیقات نشان داده است که با افزایش سن، شیوع بی‌خوابی نیز فزونی می‌یابد (حشمتی و همکاران، ۲۰۱۳). زیرا تغییرات مربوط به سن منجر به داشتن خوابی سبک‌تر و کاهش توانایی در به خواب رفتن می‌شوند. (کوک و آنکولی^۵، ۲۰۱۱). مطالعات بیانگر آن است که تنها ۱۲ درصد از جمعیت سالمندان مشکلات خواب شاکی نیستند و بیش از ۵۷ درصد از سالمندان مشکل خواب خود را گزارش می‌کنند. همچنین آمارها نشان داده است که خواب با کیفیت ضعیف پس از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از شکایات شایع و دلایل مراجعه افراد پیر به پزشکان می‌باشد. نداشتن خواب کافی و مناسب پیامدهایی چون خستگی، ناامیدی، اختلالات شناختی، عملکرد فیزیکی ضعیف، سقوط و افزایش مرگ و میر را در سالمندان به دنبال دارد و از آنجایی که سالمندان اغلب این اختلالات را به سن خود ربط می‌دهند، به دنبال درمان آن نمی‌روند (عباسی و همکاران، ۲۰۱۲). طبق پژوهش‌های گذشته یکی از درمان‌های حال حاضر برای کاهش احساس تنهایی و بهبود کیفیت خواب که در سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است.

ذهن آگاهی یعنی آگاهی از زمان حال همراه با پذیرش. افراد با ذهن آگاهی بالا هنگام مواجهه با محرک‌ها به صورت غیرقضوتی پاسخ می‌دهند و افکار، باورها و هیجاناتی را که منجر به پریشانی و برانگیختگی می‌شوند، رها می‌کنند (لودویگ و کابات-زین^۶، ۲۰۰۸؛ کابات-زین، ۱۹۹۰). در درمان ذهن آگاهی روش‌هایی به فرد آموزش داده می‌شود که به او کمک می‌کند توجه اش را در زمان حال نگه دارد (سمپل و لی^۷، ۲۰۰۸). از آنجایی که افراد معمولاً تمایل دارند از تجارب درونی پریشان‌کننده اجتناب نمایند، تمرینات ذهن آگاهی جهت گیری متفاوتی را ارائه می‌دهد که در آن اضطراب عمدتاً مورد توجه قرار گرفته و به آن به صورت آشکار و پذیرفته شده پاسخ داده می‌شود. بنابراین تمرینات ذهن آگاهی تحمل پریشانی را افزایش داده، مانع از اجتناب از روی عادت شده و نهایتاً خود تنظیمی سازگارانه و عملکرد سالم ذهن-بدن را افزایش می‌دهد (گریسون و برانتلی^۸، ۲۰۰۹). در ابتدا درمان ذهن آگاهی جهت پیشگیری از عود اختلال افسردگی استفاده گردید، اما بتدریج در سایر زمینه‌ها از جمله اختلال اضطراب فراگیر، اختلال خلقی آمیخته، افسردگی مقاوم به درمان و بهبود سلامت روان بیماران سرطانی (بورک^۹، ۲۰۱۰) و همچنین مشکلات بی‌خوابی و افزایش کیفیت خواب بکار و کاهش احساس تنهایی گرفته شده است (اونگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴؛ گروس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱). بنظر می‌رسد اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی، مشکلات بیماران از جمله نشخوارهای ذهنی و نگرانی آنها را کاهش و میتواند به افزایش کیفیت خواب آنها و کاهش حس تنهایی کمک کند. در این راستا بساک نژاد و همکارانش (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه

1. Sivertsen et al
2. Bixler et al
3. Yaremchuk & Roehrs
4. Dijk
5. Cooke, Ancoli-Israel
6. Ludwig DS, Kabat-Zinn
7. Semple RJ, Lee J
8. Greeson J, Brantley
9. Burke
10. Ong et al
11. Gross et al

شهید چمران اهواز را بررسی کردند، نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنیداری کیفیت خواب دانشجویان را بهبود می‌بخشد. ناکامورا^۱ و همکاران (۲۰۱۱) نیز تاثیر دو جلسه آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیبی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از تاثیرگذاری آموزش بر بهبود کیفیت خواب بود اما از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری به دست نیامد. و همچنین خادمی و حسین زاد (۱۳۹۳) در بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان شهر تبریز نشان دادند که با کنترل پیش آزمون- پس آزمون- میانگین نمرات نشانه‌های عاطفی تنهایی، تنهایی ناشی از دوستان و روابط خانوادگی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بودند. لذا با توجه به مطالب عنوان شده، محقق درصدد است به این سوال پاسخ دهند که آیا آموزش ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و بهبود کیفیت خواب سالمندان تاثیرگذار است یا خیر؟

روش

این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی است و در زمره‌ی پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد، در این تحقیق از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. ابتدا نمرات آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه احساس تنهایی و کیفیت خواب در مرحله پیش آزمون بدست آمدند و بعد ذهن آگاهی به گروه آزمایش آموزش داده شد و دوباره احساس تنهایی و کیفیت خواب آزمودنی‌ها اندازه گیری شدند. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه سالمندان حاضر در مراکز نگهداری شبانه روزی و نیمه وقت سالمندان شهر بجنورد به تعداد ۱۵۰ نفر می‌باشد. از این تعداد ۴۰ نفر از سالمندانی که به تشخیص مشاوران مراکز نگهداری سالمندان در زمینه احساس تنهایی و کیفیت خواب دارای مشکل بودند به صورت در دسترس انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. روش گردآوری اطلاعات در این تحقیق میدانی است. به دلیل ماهیت موضوع تحقیق، اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری می‌گردد. به این صورت که پس از تعیین نمونه پژوهش، پژوهشگر آزمودنی‌ها را طی یک جلسه به صورت حضوری در مدارس مربوطه جمع می‌نماید و پس از انجام صحبت‌های لازم در خصوص اهداف پژوهش، محرمانه بودن نتایج پژوهش، پرسشنامه‌های مربوطه به آزمودنی‌ها داده می‌شود و از آنان خواسته شد که صادقانه به سئوالات پاسخ دهند. در پایان پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع آوری شدند. همچنین، جلساتی به شکل کارگاه مشاوره گروهی با رویکرد آموزشی نیز برگزار شد. پس از اجرای پیش آزمون، برای گروه آزمایش دوره مشاوره گروهی با رویکرد آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه آغاز شد و گروه آزمایش به سه کلاس تقسیم شدند و برای هر کلاس، جلسات مشاوره آموزشی جداگانه‌ای تشکیل شد و در هر جلسه به صورت ۲ ساعته، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد.

مقیاس تنهایی دهشیری و همکاران (۲۰۰۸) برای سنجش میزان تنهایی ابداع شده است و دارای ۳۸ گویه در سه خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاسها شامل "تنهایی ناشی از روابط خانوادگی" (۱۶ گویه)، "تنهایی ناشی از روابط با دوستان" (۱۲ گویه) و "نشانه‌های عاطفی تنهایی" (۱۰ گویه) می‌باشند: گویه‌های ۳۷، ۳۵، ۳۳، ۳۲، ۲۶، ۲، ۴، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵ مربوط به خرده مقیاس "تنهایی ناشی از روابط خانوادگی" و گویه‌های ۳۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۸ مربوط به خرده مقیاس "تنهایی ناشی از روابط با دوستان" و گویه‌های ۷، ۶، ۸، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۲۸، ۳۴، ۳۶ مربوط به خرده مقیاس "نشانه‌های عاطفی تنهایی" می‌باشند. شیوه نمره گذاری این مقیاس به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (صفر = خیلی زیاد تا ۴ = خیلی کم) بود و گویه‌های ۷، ۶، ۸، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۷ منفی می‌باشند که به صورت معکوس نمره دهی شدند. مجموع امتیازات ممکن برای مقیاس بین صفر تا ۱۵۲ است که نمرات بالاتر نشانگر احساس تنهایی بیشتر فرد می‌باشد. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۰ گزارش شده

است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۸). همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ای بر روی سالمندان با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش گردید (۳۹).

یکی از بهترین ابزارهایی که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتمسبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵، خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود.

محتوی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش حاضر برگرفته از پکیج آموزشی «درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی. باون، چاولا و مارلات (۲۰۱۱) است. و جلسات به شکل کارگاه مشاوره گروهی با رویکرد آموزشی برگزار می‌شود. پس از اجرای پیش‌آزمون، برای گروه آزمایش دوره مشاوره گروهی با رویکرد آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه آغاز می‌گردد و گروه آزمایش به سه کلاس تقسیم می‌شوند و برای هر کلاس، جلسات مشاوره آموزشی جداگانه‌ای تشکیل شد و در هر جلسه به صورت ۲ ساعته، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده می‌شود.

(جدول ۳-۱). آموزش ذهن آگاهی

جلسه	محتوی جلسات
اول	مرحله اول: معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها. ۳. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیتها
دوم	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره
سوم	۱. تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه؛ ۵- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می‌شود)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین سرسختی؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).
پنجم	۱. انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. آرایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
ششم	۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳. آرایه ی تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره
هفتم	۱. مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ ۳. آرایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای

خوشایند در آن باشد؛ ۴. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید

۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته اید؛ ۳. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ ۴. بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابل‌ه‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان سرسختی را ادامه دهند.

یافته‌ها

همان‌گونه که در فصل سوم اشاره شد، مطالعه حاضر روی نمونه‌ای شامل سالمندان شهر بجنورد انجام شد. اطلاعات توصیفی مربوط به نمونه مورد بررسی به شرحی که در جدول ۴-۱ ارائه شده می‌باشد.

(جدول ۲). اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت خواب	۱۳/۳۵	۲/۸۵	۱۳/۴۰	۲/۸۷
تنهایی ناشی از روابط خانوادگی	۴۸/۲۵	۶/۶۳	۴۷/۲۰	۳/۷۷
تنهایی ناشی از روابط با دوستان	۳۶/۱۰	۴/۴۲	۳۵/۴۵	۱/۷۴
نشانه‌های عاطفی تنهایی	۳۳/۶۵	۴/۳۱	۳۴/۰۰	۵/۱۰
نمره کل احساس تنهایی	۱۱۸/۰۰	۱۱/۱۲	۱۱۶/۶۵	۳/۷۴

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمرات کیفیت خواب و احساس تنهایی و مولفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون چشمگیرتر می‌باشد.

(جدول ۳). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (نرمال بودن داده‌ها) متغیر کیفیت خواب

متغیر	مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار	آماره کولموگروف-اسمیرنوف	معنی‌داری
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۳۵	۲/۸۵	۰/۹۷۷	۰/۲۹۵
	پس‌آزمون	۸/۴۰	۲/۸۷	۱/۰۹۴	۰/۱۸۲
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۳/۴۰	۳/۱۰	۱/۱۰۵	۰/۱۷۴
	پس‌آزمون	۱۳/۵۰	۳/۰۶	۰/۸۳۴	۰/۴۹۰

بر اساس نتایج درج‌شده در جدول فوق و با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می‌توان چنین استنباط کرد که توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع متغیرها نرمال می‌باشد. بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها جهت اجرای آزمون تحلیل کواریانس برآورده می‌شود. نتایج آزمون لوین جهت تعیین همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد با توجه به این که سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بود. پراکندگی داده‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت خواب همسان بود بنابراین پیش‌فرض یکسانی واریانسها جهت اجرای آزمون تحلیل کواریانس برآورده شد.

(جدول ۴). خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت خواب

منابع تغییرات	مکعب مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آزمون
پیش آزمون	۲۸۳/۳۹۹	۱	۲۸۳/۳۹۹	۱۹۲/۷۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۹	۱۹۲/۷۴۹
عضویت گروهی	۲۵۵/۴۲۸	۱	۲۵۵/۴۲۸	۱۷۳/۷۲۵	۰/۰۰۰	۰/۸۲۴	۱۷۳/۷۲۵

همان گونه که نتایج جدول ۵ نشان می دهد اثر عضویت گروهی در کیفیت خواب سالمندان معنادار است ($P < 0/05$). با توجه به نتایج جدول فوق، معنی داری $F(1, 173, 725, p < 0/05, \text{Partial } \eta^2 = 0, 824)$ نشان می دهد که پس از تعدیل میانگین های پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر کیفیت خواب آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان اتا ۰/۸۲ است ۸۲ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه ها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است.

(جدول ۵). نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (نرمال بودن داده ها)

متغیر	زمان	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		آماره کولموگروف-اسمیرنوف	معنی داری	آماره کولموگروف-اسمیرنوف	معنی داری
تنهایی ناشی از روابط خانوادگی	پیش آزمون	۰/۵۹۴	۰/۸۷۲	۰/۷۶۶	۰/۶۰۱
	پس آزمون	۱/۲۶۹	۰/۰۸۰	۰/۵۴۶	۰/۹۲۷
تنهایی ناشی از روابط با دوستان	پیش آزمون	۰/۷۴۹	۰/۶۲۹	۰/۴۱۰	۰/۹۹۶
	پس آزمون	۰/۸۳۱	۰/۴۹۴	۰/۴۶۷	۰/۹۸۱
نشانه های عاطفی تنهایی	پیش آزمون	۰/۸۱۵	۰/۵۲۰	۰/۶۷۱	۰/۷۵۹
	پس آزمون	۰/۸۷۱	۰/۴۳۴	۰/۴۶۱	۰/۹۸۴
نمره کل احساس تنهایی	پیش آزمون	۰/۹۳۷	۰/۳۴۳	۱/۱۳۹	۰/۱۴۹
	پس آزمون	۰/۴۲۵	۰/۹۹۴	۰/۶۸۰	۰/۷۴۴

بر اساس نتایج درج شده در جدول فوق و با توجه به اینکه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می توان چنین استنباط کرد که توزیع نمرات در پیش آزمون و پس آزمون توزیع متغیرها نرمال می باشد. بنابراین پیش فرض نرمال بودن داده ها جهت اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برآورده می شود.

(جدول ۶). نتایج آزمون لوین جهت تعیین همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	F	df1	df2	Sig
تنهایی ناشی از روابط خانوادگی	۰/۰۵۱	۱	۳۸	۰/۸۲۳
تنهایی ناشی از روابط با دوستان	۰/۲۸۴	۱	۳۸	۰/۵۹۷

۰/۸۳۲	۳۸	۱	۰/۰۴۶	نشانه‌های عاطفی تنهایی
۰/۷۶۰	۳۸	۱	۰/۰۹۵	نمره کل احساس تنهایی

همانگونه که از نتایج حاصل از اجرای آزمون لوین در جدول فوق مشاهده می‌شود با توجه به این که سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد پراکندگی داده‌های گروه آزمایش و کنترل در نمره کل احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن همسان می‌باشد. بنابراین پیش فرض یکسانی واریانسها جهت اجرای آزمون تحلیل کواریانس برآورده می‌شود.

(جدول ۷). خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس

منابع تغییرات	مکعب مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آزمون
۱- پیش آزمون	۴۳۶/۶۷۶	۱	۴۳۶/۶۷۶	۳۰/۲۹۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵۰	۳۰/۲۹۵
عضویت گروهی	۴۰۳۰/۳۸۶	۱	۴۰۳۰/۳۸۶	۲۷۹/۶۱۳	۰/۰۰۰	۰/۸۸۳	۲۷۹/۶۱۳
۲- پیش آزمون	۱۱۵/۱۷۱	۱	۱۱۵/۱۷۱	۸/۳۹۵	۰/۰۰۶	۰/۱۸۵	۸/۳۹۵
عضویت گروهی	۳۱۸۶/۶۵۹	۱	۳۱۸۶/۶۵۹	۲۳۲/۲۹۲	۰/۰۰۰	۰/۸۶۳	۲۳۲/۲۹۲
۳- پیش آزمون	۲۰۶/۳۰۴	۱	۲۰۶/۳۰۴	۱۴/۱۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	۱۴/۱۹۶
عضویت گروهی	۱۵۸۶/۷۴۲	۱	۱۵۸۶/۷۴۲	۱۰۹/۱۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۴۷	۱۰۹/۱۸۷
۴- پیش آزمون	۶۵۷/۴۳۷	۱	۶۵۷/۴۳۷	۱۸/۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۳۲۹	۱۸/۱۱۴
عضویت گروهی	۲۵۴۶/۱۱۸۴	۱	۲۵۴۶/۱۱۸۴	۷۰/۱۵۰۸	۰/۰۰۰	۰/۹۵۰	۷۰/۱۵۰۸

همان گونه که نتایج جدول شماره فوق نشان می‌دهد اثر عضویت گروهی در "تنهایی ناشی از روابط خانواده" از خرده مقیاس‌های احساس تنهایی معنادار است ($P < 0.05$). با توجه به نتایج جدول فوق، معنی داری $F(2=0.883, P < 0.05)$ نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود نمره تنهایی ناشی از روابط خانواده سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر احساس تنهایی تنهایی ناشی از روابط خانواده آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان اتا ۰/۸۸ است ۸۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است. همچنین اثر عضویت گروهی در متغیر "تنهایی ناشی از روابط دوستان" از خرده مقیاس‌های احساس تنهایی معنادار است ($P < 0.05$). با توجه به نتایج جدول فوق، معنی داری $F(2=0.863, P < 0.05)$ نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود نمره تنهایی ناشی از روابط دوستان سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر احساس تنهایی ناشی از روابط دوستان آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان اتا ۰/۸۶ است. ۸۶ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است.

همچنین اثر عضویت گروهی در متغیر "نشانه عاطفی تنهایی" از خرده مقیاس‌های احساس تنهایی معنادار است ($P < 0.05$). با توجه به نتایج جدول فوق، معنی داری $F(2=0.747, P < 0.05)$ نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود نمره نشانه عاطفی تنهایی سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر نشانه عاطفی تنهایی آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان اتا ۰/۷۴ است ۷۴ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است. همچنین اثر عضویت گروهی در متغیر "احساس تنهایی" معنادار است ($P < 0.05$). با توجه به نتایج جدول فوق، معنی داری $F(2=0.950, P < 0.05)$ نشان می‌دهد که پس از تعدیل میانگین‌های پیش

آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود نمره نشانه عاطفی تنهایی سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر نشانه عاطفی تنهایی آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان انا ۰/۹۵ است ۹۵ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروهها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که اثر عضویت گروهی در کیفیت خواب سالمندان معنادار است. نتایج نشان داد که پس از تعدیل میانگینهای پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان شده و تاثیر مطلوبی بر کیفیت خواب آنها به جا گذاشته است. همچنین با توجه به اینکه میزان انا ۰/۸۲ است ۸۲ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروهها به واسطه دریافت درمان و اجرای آزمون است. یافتههای فوق با تحقیقات ساعدی و همکاران (۱۳۹۶)، فرحبخش و دهقانی (۱۳۹۵)، حسین زاده (۱۳۹۴)، آقاجانی افجدی (۱۳۹۰)، بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۰)، هروی فجوریک، (۲۰۱۲) و ناکامورا و همکاران (۲۰۱۱) همسو می باشد.

در تبیین یافتههای این فرضیه می توان گفت اهمیت خواب در سلامتی و بیماری از زمان بقراط مورد توجه بوده است و اختلالات خواب به عنوان یک عامل مهم رنج و بیماری در هر سنی به شمار می رود (بایسی، ۱۹۸۹). اختلالات خواب یکی از مشکلات تاثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان می باشد (رضا و همکاران، ۲۰۱۰). با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و سیکل خواب و بیداری ایجاد می شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایت ناشی از آن می گردد (رید و همکاران، ۲۰۰۶). از علل بروز اختلالات خواب در سالمندان می توان به تغییرات بیولوژیک، اثر داروها، افسردگی و اضطراب و محدودیت حرکتی اشاره کرد (عشقی و همکاران، ۲۰۱۱). بی خوابی در سالمندان ممکن است آثار نامطلوبی از جمله کاهش قابل توجه در عملکرد فعالیتهای روزانه داشته باشد (دریک و همکاران، ۲۰۰۳). نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع ۷۹-۵۳ درصد اختلالات خواب در سالمندان، نشان داد. این اختلالات شامل مشکل در به خواب رفتن (۲۹-۱۰ درصد)، بیدار شدن زودهنگام در صبح (۲۳-۱۲ درصد) بیدار شدن در طول شب (۶۰-۱۸ درصد) و چرت زدن روزانه (۳۶-۱۸ درصد) است. (حسین آبادی و همکاران، ۲۰۰۸). آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می دهد که چگونه مهارت های عادت را از حالت خود خارج سازند و به وسیلهی تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند. بنابراین، در آموزش های ذهن آگاهی فرد یاد می گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند (پیت و هوگارد، ۲۰۱۱). افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می باشند تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی حال، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. ذهن آگاهی توجه به نشانه های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می دهد. در مجموع می توان گفت اساس درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار می باشد. این روش با تمرکز بر ریشهی اصلی بی خوابی منجر به بهبود خواب می گردد.

در تبیین یافته های این فرضیه می توان گفت که امروزه بسیاری از محققان بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی از جمله عواملی هستند که نقش حساس و مؤثری در سازگاری اجتماعی افراد دارند. این دسته از محققان بر این باورند، احساس تنهایی و کمرویی توجه غیرعادی و اضطراب آلود به خویشستن هستند که در موقعیتهای مختلف اجتماعی تجلی می یابند. به طوریکه از یکسو فعالیتهای فردی افراد را فلج می کنند و از سوی دیگر فعالیتهای اجتماعی افراد را مختل و موجب بروز رفتارهای خام، نسنجیده و واکنش های نامتناسب اجتماعی میشوند. (ترخان، ۱۳۹۵). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین

چالش‌های اقتصادی اجتماعی بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود. این چالش به موقعیت جمعیت شناختی کشورها نیز مربوط می‌گردد. بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و موثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می‌شود. علی‌رغم، رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه تمرکز نشده است (ادیب حاج باقری، ۲۰۰۷). به نقل از خادمی و حسین زاده، (۱۳۹۳). یکی از مهمترین مشکلات رنج بار که کمتر بدان توجه شده مسئله احساس تنهایی در سالمندان است، زیرا به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان در معرض خطر انزوا و تنهایی هستند شواهد نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را برحسب سن و جنس تحت تاثیر قرار می‌دهد (شرر، ۱۹۹۹).

یافته‌های پژوهش حاضر از اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود علائم احساس تنهایی (نشانه‌های عاطفی تنهایی، تنهایی ناشی از دوستان، تنهایی ناشی از روابط خانوادگی) و نمره کل احساس تنهایی روانشناختی سالمندان حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش احساس تنهایی و مشکلات روانشناختی سالمندان دارد.

آموزش ذهن آگاهی با کاهش استرس در روابط بین فردی به بهبود روابط بین فردی و تعاملات عاطفی بین افراد کمک می‌کند و رضایت بیشتری از زندگی بوجود می‌آورد. باتوجه به اینکه ذهن آگاهی با کنترل تنش موجود در بدن از طریق مداخلات رفتاری مانند آرمیدگی به افزایش هوشیاری از بدن و ادراک وجود تنش در آن کمک میکند (بارنز، ۲۰۰۷). لذا با آشنایی فرد از علایم جسمانی، عاطفی، و شناختی ناشی از احساس تنهایی در برنامه مداخله ذهن آگاهی توانایی خود کنترلی فرد افزایش می‌یابد. از آنجایی که علایم احساس تنهایی با گوشه گیری و افسردگی همراه است، لذا فرد در کنترل آن بهترین عمل می‌کند. از طرفی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق کاهش میزان تحریف‌های شناختی عود کننده، افکار منفی و کاهش مهارت مقابله‌ای ناکارآمد و منفعلانه، به کاهش افسردگی کمک می‌کند. (کارلسون، ۲۰۰۵). آموزش‌های ذهن آگاهی با تاثیر بر تنظیم هیجان بر سلامت روان موثر است (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۹). اساساً در تمرین‌های ذهن آگاهی افکار و احساسات انکار و یا سرکوب نمی‌شوند بلکه این افکار و احساسات لحظه به لحظه همان گونه که اتفاق می‌افتند به صورت غیر قضاوتی مورد توجه قرار گرفته و مشاهده می‌شوند تا اینکه وارد حوزه آگاهی شوند، به عبارت دیگر ذهن آگاهی باعث به وجود آمدن داشتن احساس (آرامش پایدار) در کنار تجارب جاری‌مان می‌شود. از آنجایی که احساس تنهایی بخشی از سازه افسردگی در دوران سالمندی می‌باشد، ذهن آگاهی، فرایند پردازش اطلاعات سوگیر را خنثی میکند و این توانایی را به افراد میدهد بجای رویکرد قضاوتی، محدود و اغلب منفی، برداشت روشن و شفافی از آنچه عملاً در حال حاضر درک میشوند، داشته باشند. چنین توانایی، این امکان را به افراد میدهد که قبل از واکنش به نگرانی و افکارهای غیرمنطقی مربوط به روابط اجتماعی مانند اجتناب از موقعیت‌های تهدیدکننده، رفتارهای سالم‌تر و منطقی‌تر داشته باشند. این حالت در شرایط مختلف، باعث افزایش اعتماد به نفس، خودباوری و در نهایت موجب کاهش غمگینی، احساس تنهایی، کمرویی و گوشه‌گیری افراد در ارتباطات اجتماعی میشود.

یکی از محدودیت‌های اجرایی عدم کنترل تغذیه دارویی سالمندان بود که احتمال افزایش درصد تاثیرگذاری آموزش ممکن است تغییر در برنامه دارویی آنها در دوره آموزشی باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های اجرایی شرکت سالمندان در کلاسهای آموزشی و ورزشی همچون یوگا در مرکز همراه کلاسهای آموزشی ذهن آگاهی بود که موجب افزایش درصد تاثیرگذاری آموزش ذهن آگاهی شده است. بر با توجه به اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و احساس تنهایی، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران به بررسی شناسایی عواملی که باعث بروز اختلال خواب در افراد می‌شود، بپردازند و با تکرار پژوهشی مشابه این پژوهش، نتایج را با این پژوهش مقایسه کنند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به شناسایی مداخلات درمانی دیگری همچون معنویت درمانی، تنظیم هیجان و ... بر احساس تنهایی و کیفیت خواب بپردازند. ۲- با توجه به اینکه یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم کنترل دارویی سالمندان می‌باشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با اثربخشی مداخلات درمانی به همراه مداخلات تغذیه‌ای همچون داروی گیاهی سنبل الطیب که آرام بخش است انجام شود. ۳- بهبود کیفیت خواب سالمندان، تأثیرات قابل توجهی بر ابعاد فردی، اجتماعی، خانوادگی، کیفیت زندگی و در نهایت، حضور فعالتر آنها در جامعه می‌گذارد. به پژوهشگران علاقمند توصیه میشود در

پژوهشهای آینده با گروههایی با نمونه بیشتر (به ویژه مردان) و درمانهای ترکیبی به ویژه درمان شناختی-رفتاری با لگوتراپی (معنادرمانی) و هنردرمانی با پیگیری بلندمدت تر (بیش از شش ماه یا حتی یکسال) در این زمینه به مطالعه بپردازند.

منابع

- آقاجانی افجدی، اعظم، (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران دارای کیفیت خواب نامطلوب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بساک نژاد سودابه؛ آقاجانی افجدی اعظم؛ زرگر یداله (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. دست آوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روان شناسی)، دوره ۱۸، شماره ۲، از صفحه ۱۸۱ تا صفحه ۱۹۸.
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۵). تاثیر مداخله های شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی و کمرویی دانشجویان. نشریه شناخت اجتماعی، شماره ۱۰
- حسین زاده، ایناز (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، خستگی و کیفیت خواب بیماران همودیالیزی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
- خادمی، علی؛ حسین زاد، آسیه (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان شهر تبریز. سومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران
- ساعدی، سارا؛ میرزایی معین، راضیه؛ قیاسی، معصومه؛ مقدسی، مرضیه (۱۳۹۶). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سردرد میگرن. چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری.
- فرحبخش عاطفه، دهقانی فهیمه. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان مبتلا به اختلال بی خوابی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه. ۴ (۳) : ۸-۱۵.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. برآورد امید زندگی و پیش بینی جمعیت ایران تهران ۱۳۸۵
- خوشبین س، عشرتی ب، عزیزآبادی فراهانی ع. گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور (سال ۱۳۸۱). تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۶.
- هروی کریموی، م، انوشه، م، فروغان، م، شیخی، م، ت، حاجزاده، ا، مداح، م، محمدی، ع، و احمدی، ف. (۱۳۸۶). تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. مجله سالمندی ۲(۶)، ۴۱۰-۴۲۰.
- بهبهانی، سرور؛ کریمی مریدانی، محمد (۱۳۹۲). اختلالات خواب؛ دستگاه های تشخیص و روش های درمان، مجله مهندسی پزشکی، شماره ۱۵۵.
- بلوچی انارکی، محمد؛ رحیمی، صادق (۱۳۹۴). اختلالات خواب و رویا: جنبه های روانشناسی و پاتوفیزیولوژی، مجله شفای خاتم، دوره سوم، شماره چهارم.
- سیدرسولی، الهه؛ ولیزاده، لیلا؛ نصیری، خدیجه؛ زمان زاده، وحید؛ گلجاریان، سکینه و قاسمی، امید (۱۳۹۲). تاثیر بازتاب درمانی بر کیفیت خواب سالمندان: کارآزمایی بالینی، فصلنامه پرستاری داخلی= جراحی، سال دوم، شماره ۲ و ۱، صفحات ۱۱-۱۸.
- شیخ الاسلامی فرزانه، رضاماسوله شادمان، خدادادی نعیم، یزدانی محمدعلی (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. پرستاری و مامایی جامع نگر (فصل نامه دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان): پاییز و زمستان ۱۳۹۰، دوره ۲۱، شماره ۲ (پی در پی ۶۶)؛ از صفحه ۲۸ تا صفحه ۳۴.
- احمدزاده وسطی، حغ حسینی، ز؛ و صنعتی، ح (۱۳۹۲). ارتباط عادات خوابیدن و زمان بندی خواب با کیفیت خواب دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۱، (۸۰)، ۲۸۳-۲۷۳.

عبدی کر؛ شادمان رضا ماسوله؛ ساقی موسوی و ناصر بهنام پور (۱۳۸۶). بررسی ارتباط شیوه زندگی و کیفیت خواب سالمندان مراجعه کننده به کانون های بازنشستگان شهر رشت در سال ۸۶-۱۳۸۵. دو فصلنامه دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان، سال ۱۷، شماره ۵۸، ۲۲-۱۵.

به پژوه، احمد؛ سلیمانی، سیمینی (۱۳۹۶). رابطه کیفیت خواب با کیفیت زندگی افراد سالمند در سه ناحیه شهر تهران، مجله روان شناسی پیری، دوره ۳، شماره ۲، ۱۱۴-۱۰۷.

حیدری، علیرضا؛ احتشام زاده، پروین؛ مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی-خوابی، کیفیت خواب، خواب آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۱ (۴)، ۶۵-۷۶.

خادمی، علی و حسین زاد، آسیه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان شهر تبریز. سومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران. انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

Reference

- Piet, J. and Hougaard, E. (2011) The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.
- Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitivebehavioral therapy in behavioral childhoodinsomnia. *Sleep Med* 2010 Aug; 11 (7): 686-91. doi: 10.1016/j. sleep. 2009.11.017.
- Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. 2000. A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*. 62(5): 613-22.
- Yook K, Lee SH, Ryu M, Kim KH, Choi TK, Suh SY, Kim YW, Kim B, Kim MY, Kim MJ. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196(6):501-3.
- Britton, W., Shapiro, S., Penn, P., & Bootzin, R. (2003). Treating insomnia with mindfulness-based stress reduction. *Sleep*, 26, 309-310.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*, 28 (2). 193-213.
- Chartier-kasler, E., & Davidson, K. (2007). Evaluation of quality of life and quality of sleep in clinical practice. *European urology supplements*, 6, 576-584.
- Espie, C. A., Inglis, S.J., Tessler, S., & Garvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice, *behaviour research and therapy*, 39, 45-60.
- Harvey, A. G. (2003b). Beliefs about the Utility of Presleep Worry: An Investigation of Individuals with Insomnia and Good Sleepers. *Cognitive Therapy and Research* 27(4):403-414.
- Hayashino Y, Yamazaki S, Takegami M, Nakayama T, Sokejima S, Fukuhara S. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey. *Sleep medicine*. 2010; 11(4):366-71.
- Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behav Ther*. 2008; 39(2):171-182.
- Morin CM, Barlow DH. *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993

- Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007; 30(11):1547.-1554.
- Morin C, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther*. 2002; 40(7):741-752.
- Sateia MJ, Pigeon WR. Identification and management of insomnia. *Med Clin North Am*. 2004; 88:567-96.
- Abbasi B, Kimiagar M, Shirazi M, Hedayati M, Sadeghniaat K, Taheri P, Et Al. (2012). Paper: [Effect of Magnesium Supplementation on Calorie Intake and Weight Loss of Overweight or Obese Insomniac Elderly Subjects: A Double-Blind Randomized Clinical Trial.]. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*; 7 (1): 31-40. Persian
- Abdi Zarin S, Akbarian M. (2007). Successful Aging under religious believes. *Salmand*; 2(2): 293-99. (Persian)
- Adams KB, Sanders S, Auth E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*; 8(6): 475-85.
- Adan A, Archer SN, Hidalgo MP, Di Milia L, Natale V, Randler C. (2012). Circadian typology: A comprehensive review. *Chronobiol Int*. 2012; 29(9): 1153-75.
- Adib-Hajbaghery M, Akbari H. (2009). The severity of old age disability and its related factors. *Feyz*; 13(3): 225-34. (Persian)
- Ajmal, M.; Butt, M.; Moosa, S. & Rahman, F. (2011). "Effects of shyness on the self-esteem of 9th grade female students". *International Journal of Business and Social Science*. 12: 150-156.
- Akbari Kamrani A. (2001). Prevalence of Complains and rehabilitation needs in 150 patients. *RJ*; 2(1and2): 46-50. (Persian)
- Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A.U. (2015). Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European Journal of Cancer Care*, 24, 553-559.
- Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. (2008). [Quality of life in elderly region Tehran]. *Iranian Journal of Ageing*; 3(3&4):75-83. (Persian)
- Ancoli-Israel, S. (2000). Insomnia in the elderly: A review for the primary care practitioner. *Sleep*, 1(23), 36-38.
- Andersson L. (1998). Loneliness research and intervention: A review of the Literature. *Aging Ment Health*.; 2(4):264-74.
- Araujo T, Jarrin DC, Leanza Y, Vallières A, Morin CM. (2016). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep medicine reviews*; 31: 58-69.
- Asadnia S, Sepehrianazar F, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S. (2013). Comparison of Sleep Quality and Migraine Headaches in People with Proper and Improper and Poor Sleep. *Urmia Medical Journal*. 23(7):799-806. Persian
- Bahrami F, Ramazani Farani A. (2005). The role of intrinsic and extrinsic religious beliefs in mental health and depression among elderly. *RJ*; 6(1): 42-7. (Persian)
- Barnes, s, brown, kW. (2007). the vole of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *J martial fam ther*, 33(4).482-500
- Besser, A.; Flett, G, L. & Davis, R, A. (2003). "Self-criticism, dependency, silencing the self, and lonliness: A test of a meditational model". *Personality and Individual Differences*, 35(8): 173-175.
- Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, VelaBueno A, Kales A. (2002). Insomnia in central Pennsylvania. *J. Psychosom. Res.*; 53(1):589-92.

- Burke CA., (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *J Child Fam Stud.*; 19(2):133-44.
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Carlson, I. E., & Brown, K. W. (2005). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 29-33
- Carskadon MA, Dement WC. (1989). Normal human sleep: an overview. W.B. Saunders, Philadelphia. p. 3-13.
- Charles M. (2002). The psychology of insomnia. 1st ed. Yazd University Publication. p. 52-3.
- Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. (2009). The effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry.*; 25(4):380-8.
- Christiansen, J., Larsen, F. B., & Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*, 152, 80-86.
- Cooke JR, Ancoli-Israel S. (2011). Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handbook of clinical neurology*/edited by PJ Vinken and GW Bruyn.; 98:653.
- Cotroneo, A., Gareri, P., Lacava, R., & Cabodi, S. (2004). Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Archives of Gerontology and Geriatrics Supplement*, 9, 93-96.
- Dadkhah A. Review of aged rendered services in USA and Japan and Guidelines for Iran aging strategic plan. *Salmand* 2007; 2(3): 166-76. (Persian)
- Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bogels SM. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*; 14:179-89.
- Dijk DJ. (2013). sensitive to sleep loss or not: Neurons, working memory, insomnia and the heart. *J Sleep Res.*; 22(3):237-8.
- Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depression and anxiety*. 2003; 18(4):163-76.
- Easley C, Schaller J. (2003). The experience of being oldold: Life after 85. *Geriatr Nurs*; 24(5): 273-7.
- Elhageen, A. A. M. (2004). Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feelings of loneliness among Deaf Children in egyptianschools. Doctoral thesis. Eberhard – Karls-university.
- Eliopoulos C. (2010). *Gerontological Nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eshaghi SR, Shahsanai A, Ardakani MM. (2011). Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*. 29(147).
- Greeson J, Brantley J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 171-188). New York: Springer.
- Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, Mahowald M, Cramer-Bornemann M. (2011). Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore: the journal of science and healing*; 7(2):76-87.

- Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. (2008). Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *IJN*; 21(53): 29-39. (Persian)
- Hall S, Longhurst S, Higginson I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing*; 38(4): 411-6.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J.T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year crosslagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, 25(1), 132-141.
- Heinrich LM, Gullone E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*; 26(6): 695-718.
- Hemati Alamdar G, Dehshiri GR, Shojaee S, Ha-kimirad E. (2009). [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families]. *Iranian Journal of Ageing*. 3(2):557-64. (Persian)
- Henrich LM, Gullone E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev.*; 26(6):695-718.
- Henrich, L. M & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 27 (6), 695-718.
- Hoffman, S. (2003). Sleep in the older adult, implications for nurses. *Geriatric Nursing*, 24(4), 210-216.
- Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. (2012). [The relationship between loneliness and life satisfaction of the elderly in Gorgan and Gonbad cities]. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwife-ry.*; 9(1); 61-8. (Persian)
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135- 142.
- Hood, B., Bruck, D., & Kennedy, G. (2004). Determinants of sleep quality in the healthy aged: The role of physical, psychological, circadian and naturalistic light variables. *Age and Ageing*, 33(2), 159-165.
- Hosseiniabadi R, Norouzi K, POURSMAEIL Z, KARIMLOU M, SADAT MS. Acupoint massage in improving sleep quality of older adults. 2008.
- Julsing, J. E., Kromhout, D., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2016). Loneliness and AllCause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6), 475-484
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte Press;
- Kierlin L, Olmstead R, Yokomizo M, Nicassio P, Irwin MR. (2012). Diagnostic and Statistical Manual criteria for insomnia related impairment in daytime functioning: Polysomnographic correlates in older adults. *Sleep medicine*; 13(7):958-60.
- Lange T, Dimitrov S, Born J. Effects of sleep and circadian rhythm on the human immune system. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1193: 48-59.
- Lee M. (2006). *Promoting mental health and well-being in later life: a first report from the UK inquiry into mental health and well-being in later life*: Mental Health Foundation;
- Linde Sh & Hauri P. (2012). *Sleep and sleepless*. Translate by Mehdi Gharachdagh. Tehran: Mosalas; (In Persian)

- Lowe P. Census of Population and Housing. Australian bureau of statistics forward work program 2010-11 to 2013-14. P. 51.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. *Jama*. 2008 300(11):1350-2.
- Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med*; 74(6): 907-14.
- Maftoun F, Nikpour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. (2002). Elderlies and medical services: Demand and utilization in Tehran. *Payesh*; 2(1): 51-5. (Persian)
- Maftoun F, Nikpour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. (2002). Elderlies and medical services: Demand and utilization in Tehran. *Payesh*; 2(1): 51-5. (Persian)
- Mahdavi SG. Sociological analysis of aging with emphasis on social welfare services for elderly of Iran. Tehran: Group of charitable women; 2000. (Persian)
- McInnis GJ, White JH. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Arch Psychiatr Nurs*; 15(3): 128-39.
- Michela JL, Peplau LA, Weeks DG. (1982). Perceived dimensions of attribution for loneliness. *J Pers Soc Psychol*; 43(5): 929-36.
- Mohamadi Shahbalaghi F. (2006). Self- Efficacy and caregiver strain in Alzheimer's caregivers. *Salmand*; 1(1): 26-33. (Persian)
- Moon, SH. (2009). Relationship of peer relationships, perceived parental rearing attitudes, self-reported attachment security, to loneliness in upper elementary school-age children. *Journal of KoreanAcadic Nursing*, 39(3): 401-8.
- Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landwardb, R., Kuhna, R., & Westb, G. (2011). Two sessions of sleep mind- body bridging improve self reportet symptom of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trail. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 335-345.
- Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Douvillier, Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Journal of the National Sleep Foundation, Sleep Health*, 3, 6-19.
- Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. (2006). Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*;14(10): 860-6.
- Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2006; 14(10):860-6.
- Reza H, Kian N, Pouresmail Z, Masood K, Bagher MSS, CheraghiMA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010; 16(2):81-5.
- Riahi ME. (2008). [Comparative study of the position and status of elderly people in the past and contemporary societies]. *Iranian Journal of Ageing*. 3(3&4):10-21. (Persian)
- Rotenberg, K, J. Makdonald, K. Keltie, K. Jing, V. & Emily, F. (2004). The relationship between loneliness and interpersonal trust during childhood. *Journal of Genetic Psychology*, 6: 16-20.
- Routasalo PE, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology*; 52(3): 181-7.
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of affective disorders*, 204, 59-69.

- Saydshohadai M, Heshmat S, Seidfatemi N, Haghani H, Mehrdad N. (2013)., [The Spiritual Health of Seniors Living in Sanitarium and Home Residents]. I J N.; 26(81):11-20. Persian
- Schlarb AA, Reis D, Schröder A. Sleep characteristics, sleep problems, and associations to quality of life among psychotherapists. *Sleep Disord.* 2012; 2012: Article ID 806913: 1-7.
- Schredl M. Dream content analysis: basic principles. *Int J Dream Res.* 2010; 3(1): 65-73.
- Seiple RJ, Lee J. (2008)., Treating anxiety with mindfulness: Mindfulness-based cognitive therapy for children. In S. C. Hayes, & L. A. Greco, *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: a practitioner's guide.* Oakland CA: Context Press/New Harbinger Publications;
- Shearer R, Davidhizar R. Loneliness and the spouse of the geriatric patient. *Geriatric Nursing,* 1993; 14 (6): 307-310.
- Sivertsen B, Krokstad S, Overland S, Mykletun A. (2009). The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental Health: The HUNT-2 study. *J. Psychosom. Res.;* 67(2):109-16.
- Stoeckli, G. (2010). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research,* 103: 28-39.
- Sugden A, Hanson B, Pennisi E, Culotta E. (2009). A Celebration and a Challenge. *Science;* 323(5911): 185.
- Theeke L. (2009). Predictors of Loneliness in U.S. Adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs.;* 23(5):387-96.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of psychiatric nursing,* 23(5), 387-396.
- Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of health psychology,* 21(6), 1137-1144.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology,* 10(04), 407-417.
- Wang G, Zhang X, Wang K, Li Y, Shen Q, Ge X, et al. (2011). Loneliness among the rural older people in Anhui, China: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry;* 26(11): 1162-8.
- Yaremchuk K, Roehrs T. (2012)., Does perioperative sleep disruption impact pain perception? *The Laryngoscope.* 122(12):2613-4.
- Yu-Kun C. (2011). Transition to day care for older people in Taiwan: A grounded theory study. Australia: Queensland University of Technology.
- Zhang, B., GAO, Q., Fokkema, M., Alterman, V., & Liu, Q. (2015). Adolescent interpersonal relationships, social support and loneliness in high schools: Mediation effect and gender differences. *Social science research,* 53, 104-117.

The Effectiveness of Mindfulness on Sleep Quality and Loneliness in the Elderly

Hossein Mehdian ¹, Azam Alidadian ², Nabiullah Rezaei³, Mehdi Bagherian⁴

Purpose: Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sleep quality and loneliness of the elderly in Bojnourd in 2016-2017.

Method: The present study was applied in terms of quantitative method and in terms of data collection among quasi-experimental studies with pre-test and post-test design with a control

1. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran mahdian_hossein@yahoo.com

2. Master of Educational Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd Branch, Bojnourd, Iran

3. PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran

4. Graduate of Master of Management, Tehran, Iran

group. The statistical population included 150 elderly people in Bojnourd, 40 of whom were selected by convenience sampling. For data collection, Dehshiri et al. (2008) Loneliness Scale and Pittsburgh Sleep Quality Scale (1989) were used. Mindfulness training sessions taken from the training package of mindfulness-based cognitive therapy (Bowen, Chaula and Marlat, 2011) were conducted in 8 2-hour sessions for the experimental group. Data analysis was analyzed at both descriptive and inferential levels using SPSS software.

findings: The results showed that mindfulness training had a significant effect on sleep quality and loneliness in the elderly. **Conclusion:** In mindfulness exercises, thoughts and feelings are not denied or suppressed, but these thoughts and feelings are observed and observed non-judgmentally from moment to moment as they occur until they enter the realm. Be aware. Mindfulness creates lasting peace alongside current experiences

Keywords: Mindfulness, Sleep Quality, Loneliness