

ذهن آگاهی شاخصی موثر در کیفیت زندگی جانبازان نابینا

وحید نجاتی^{۱*}، رضا امینی^۲، عباس ذبیح زاده^۳، مهدی معصومی^۴، قیصر ملکی^۲، فاطمه شعاعی^۵

^۱استادیار دانشگاه شهید بهشتی، ^۲پزشک عمومی، MPH سالمندی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ^۳کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی، ^۴پزشک عمومی، مرکز جانبازان گروه های خاص، بنیاد شهید و امور ایثارگران، ^۵ مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*نویسنده پاسخگو: Email: Nejati@sbu.ac.ir

چکیده

مقدمه: ذهن آگاهی یک سازه شناختی قابل پایش و مداخله در روان شناسی است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با ذهن آگاهی است.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی - مقایسه ای در ۹۳ جانباز نابینای دو چشم کشور انجام شد. ابزارهای مورد استفاده، پرسش نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی و مقیاس ذهن آگاهی می باشد. از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین داده ها استفاده شد.

یافته ها: ذهن آگاهی با ابعاد نشاط و سلامت روانی در سطح ۰.۰۱ و با ابعاد درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی در سطح ۰.۰۵ ارتباط معنی دار داشت و با ابعاد فعالیت فیزیکی، فعالیت اجتماعی و درد جسمی رابطه معنی دار نداشت (آماره پی بزرگتر از ۰.۰۵).

بحث و نتیجه گیری: ذهن آگاهی شاخص مهمی در کیفیت زندگی در جانبازان نابینا است. می توان به کمک پژوهش های مداخله ای آتی پیشنهاد نمود برای ارتقاء کیفیت زندگی در جانبازان نابینا از تمرینات تقویتی ذهن آگاهی بهره گرفت.

کلید واژه: کیفیت زندگی، ذهن آگاهی، جانبازان نابینا.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۰

مقدمه

ذهن‌آگاهی^I شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می‌باشد (۱). افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (۱ و ۲). این سازه شناختی را باید از خودآگاهی^{II} و یا توجه معطوف به خود متمایز کرد. تشابه این سازه‌ها در توجه فزون‌یافته به تجربه‌های ذهنی است اما تفاوت اصلی در جنبه شناختی آن‌ها است؛ بدین معنا که جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری‌های تفکر خودمحور بوده و با قضاوت راجع به خود همراه است اما ذهن‌آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه‌های خود است. ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد، درحالی‌که خودآگاهی با میزان پایین بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است (۴-۲). یکی از دلایل افزایش پژوهش‌های روان‌شناختی و پزشکی پیرامون ذهن‌آگاهی، این است که می‌تواند ابعاد جدیدی از رابطه ذهن و بدن را مشخص سازد. اکثر پژوهش‌ها بر ارزیابی کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی متمرکز شده‌اند (۷-۵).

با توجه به ماهیت مفهوم ذهن‌آگاهی می‌توان کیفیت بهره‌مندی از این سازه شناختی را به عنوان یک عامل مؤثر در کیفیت زندگی افراد در نظر گرفت. معادل دانستن سلامتی با رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فراتر از عدم وجود بیماری یا معلولیت آنچنان که در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی آمده، مفهومی تحت عنوان بهزیستی بدست می‌دهد که دارای دو جزء ذهنی و پویا (عینی) است (۸). ذهنی به معنی تعریف آن توسط خود فرد و نه براساس نظر فرد جایگزین می‌باشد و پویا به معنی آن است که در طول زمان تغییر می‌یابد و لذا ضروری است که در طول زمان اندازه‌گیری گردد (۱۰ و ۹). با توجه به آنچه که در تعریف سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی آمده، این موضوع کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نمی‌باشد و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار می‌باشد. به عبارت دیگر، به بعد ذهنی بهزیستی، کیفیت زندگی

اطلاق می‌گردد و این امر بیانگر وجود شباهات متعددی در تعریف مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی می‌باشد؛ گرچه ذهنی‌بودن ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه برخی صاحب‌نظران کافی نیست، چنانچه مطابق با استدلال این گروه، کیفیت زندگی باید این قابلیت را دارا باشد که هم به صورت ذهنی و هم بصورت عینی قابل اندازه‌گیری باشد (۱۱ و ۸).

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان یک شاخص مهم در ارزیابی‌های گوناگون، مورد توجه قرار می‌گیرد. دامنه مفهوم کیفیت زندگی گسترده‌ای زیادی داشته و دارای ابعاد متعددی است که هر یک از آن‌ها می‌توانند، اختلالی در روند زندگی عادی افراد ایجاد نمایند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند با بررسی متغیرها و عوامل محتمل، جهت‌گیری مناسبی را برای طراحی مداخلات و مؤثرترین خدمات سلامت که بصورت مقطعی و یا درازمدت به عمل درمی‌آیند، تدوین و اجرا نماید (۱۲). امروزه در مقایسه اثربخشی و ارزش نسبی درمان‌های متفاوت، تحقیقات، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، ارزیابی خدمات بهداشتی، درمان بیماران و بهبود رابطه پزشک و بیمار می‌توان کیفیت زندگی را به عنوان یک پیامد پراهمیت اندازه‌گیری نمود. لذا می‌توان گفت که کیفیت زندگی به واقع هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌نماید. بر این اساس یک خدمت بهداشتی، تنها زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه کمیت زندگی در فرد تحت مراقبت، افزایش دهد.

از دست دادن بینایی یکی از لطمات جبران‌ناپذیر پدیده جنگ می‌باشد که ممکن است در یک یا هر دو چشم به وجود آید. نابینایی، خود به تنهایی از عواملی است که بر کیفیت زندگی افراد تأثیرگذار است. هر قدر سن فرد در زمان نابیناشدن کمتر باشد، قدرت تطابق و کنار آمدن با آن بیشتر در وی قوت می‌گیرد و سریع‌تر به روند عادی زندگی باز می‌گردد (۱۳). به عبارت دیگر، کودکان خیلی بهتر با نابینایی خود کنار می‌آیند تا افراد بزرگسال و می‌توان نتیجه‌گرفت که در مقایسه با نابینایی در هنگام کودکی، نابینایی در بزرگسالی مشکلات فیزیکی و روانی گسترده‌تری را ایجاد می‌کند (۱۲). سن اغلب جانبازان نابینا در زمان بروز حادثه و ابتلا به نابینایی در حدود ۱۸ سال بوده‌است (۱۲). مبرهن است، استفاده از کیفیت زندگی، در تعیین کارآمدی خدمات درمانی و توانبخشی

^I Mindfulness^{II} Self awareness

ابزار

۱. مقیاس ذهن‌آگاهی^I

این مقیاس یک آزمون ۱۵ سوالی است که براون و ریان^{II} ریان^{III} (۲۰۰۳) آن را به منظور سنجش سطح هشیاری^{IV} و توجه^{IV} نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سوال‌های آزمون سازه ذهن‌آگاهی^V را در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (از نمره یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره شش برای «تقریباً هرگز») می‌سنجد. این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن‌آگاهی به دست می‌دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده ذهن‌آگاهی بیشتر است. همسانی درونی^{VI} سوال‌های آزمون بر اساس ضریب آلفای کرونباخ کرونباخ از ۰.۸۰ تا ۰.۸۷ گزارش شده است (۱۴ و ۱۵). روایی مقیاس با توجه به همبستگی منفی آن با ابزارهای سنجش افسردگی و اضطراب و همبستگی مثبت با ابزارهای سنجش عاطفه مثبت و حرمت‌خود، کافی گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز در فاصله زمانی یک‌ماهه ثابت گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نسخه فارسی این مقیاس در مورد یک نمونه ۷۲۳ نفری از دانشجویان ۰.۸۱ محاسبه شده است (۱۵).

۲. آزمون ۳۶ سوالی کیفیت زندگی

این آزمون با ۳۶ سوال کیفیت زندگی را در هشت بعد فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه یا نیروی حیاتی، سلامت روانی و درد جسمی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روایی و پایایی این ابزار برای جمعیت ایرانی در مطالعه‌ای قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶).

روش

مطالعه به صورت ارزیابی چهره به چهره انجام شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در مطالعه، ضمن تشریح نوع و هدف آزمون برای شرکت‌کنندگان، رضایت نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه اخذ و در صورت عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از آزمون، از مطالعه خارج می‌شدند.

بسیار سودمند بوده و با اکتساب داده‌هایی از سطح اولیه کیفیت زندگی جانبازان نابینا در مقاطع زمانی مختلف، امکان بررسی روند تغییرات با در نظر داشتن وضعیت ارایه خدمات موجود فراهم می‌شود. با توجه به اینکه مشکلات و بیماری‌های روان‌شناختی علاوه بر مسأله نابینایی، خود یکی از عوامل عمده در کاهش سطح کیفیت زندگی می‌باشد و با نظر به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در بین جانبازان نابینا بررسی کنش‌های شناختی تأثیرگذار بر ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند پیشنهاداتی در قلمرو توانبخشی و درمان مشکلات جانبازان نابینا به منظور ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. یکی از متغیرهای شناختی عمده‌ای که طی سالیان اخیر به عنوان مبنای پاتولوژیک طیفی از اختلالات روان‌شناختی مورد بحث قرار گرفته، ذهن‌آگاهی می‌باشد. بررسی کیفیت بهره‌مندی این گروه از جانبازان از سازه شناختی ذهن‌آگاهی و تعیین سطح پایه آن در این گروه و بررسی ارتباط آن با ابعاد کیفیت زندگی، با توجه به شواهد پژوهشی زیادی که حامی راهبردهای درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب بوده، می‌تواند توصیه‌های درمانی در رفع و کاهش مشکلات روان‌شناختی جانبازان نابینا و بالطبع افزایش سطح سلامت روانی آن‌ها داشته باشد. لذا هدف عمده این مطالعه بررسی ارتباط بین ذهن‌آگاهی با ابعاد کیفیت زندگی در جانبازان نابینا می‌باشد.

مواد و روش‌ها

جامعه و نمونه

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است و در ۹۳ جانباز نابینای دو چشم انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه جانبازان نابینای دو چشم کشور بودند (۶۷۰ نفر)، که در اردوی تفریحی درمانی بنیاد شهید و امور ایثارگران در تابستان سال ۱۳۸۷ در مشهد مقدس شرکت نموده بودند. معیار نابینایی کامل دو چشم پرونده‌ی کمیسیون پزشکی جانبازان بود. نمونه‌گیری به صورت دردسترس بود و جانبازان شرکت‌کننده در اردو در صورت رضایت در مطالعه شرکت داده می‌شدند. کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه مرد بودند و هیچ‌گونه سابقه اعتیاد، بیماری عصب‌زاد، ضربه به سر، درد جسمی و مصرف داروهای روان‌پزشکی نداشتند.

^I Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)^{II} Brown & Ryan^{III} Awareness^{IV} Attention^V Mindfulness^{VI} Internal consistency

روش آماری

آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی و ارتباط داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه در ۹۳ جانباز نابینای دو چشم انجام شد. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه 43.86 ± 8.46 سال با دامنه سنی ۱۸ الی ۶۵ سال بود. تحصیلات نمونه‌های مورد بررسی ۱۰۱۳ سال تحصیلات رسمی بود. جدول شماره ۱ همبستگی اجزاء کارکردهای اجرایی شناختی را با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: همبستگی بین ابعاد کیفیت زندگی و ذهن‌آگاهی*

ذهن‌آگاهی		متغیرها
ضریب پیرسون	سطح معنی‌داری	ابعاد کیفیت زندگی
۰.۲۱۲	۰.۰۵۰	فعالیت فیزیکی
۰.۲۶۱	۰.۰۱۵	درک کلی از سلامتی
۰.۲۱۹	۰.۰۴۲	ایفای نقش جسمی
۰.۱۸۲	۰.۰۹۴	فعالیت اجتماعی
۰.۲۵۹	۰.۰۱۶	ایفای نقش عاطفی
۰.۳۰۶	۰.۰۰۴	نشاط
۰.۳۵۴	۰.۰۰۱	سلامت روانی
۰.۲۰۸	۰.۰۵۵	درد جسمی
۰.۳۰۶	۰.۰۰۴	شاخص ابعاد جسمی
۰.۳۳۷	۰.۰۰۲	شاخص ابعاد روانی
۰.۳۶۲	۰.۰۰۱	جمع ابعاد

* مواردی که یک خط زیر آنها کشیده شده است در سطح ۰.۰۵ معنی‌دار است و مواردی که دو خط زیر آنها کشیده شده است در سطح ۰.۰۱ معنی‌دار است.

همان‌گونه که در جدول آمده‌است؛ ابعاد درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی و درد جسمی در سطح ۰.۰۵ با ذهن‌آگاهی ارتباط دارد. ابعاد ایفای نقش عاطفی، نشاط، سلامت روانی، شاخص ابعاد جسمی، شاخص ابعاد روانی و مجموع ابعاد در سطح ۰.۰۱ با ذهن‌آگاهی ارتباط دارد.

بحث

نابینایی عارضه‌ای است که به هر دلیلی می‌تواند رخ دهد و این عارضه به‌عنوان یک نشانگان، موجب افت کیفیت زندگی در افراد می‌شود. با توجه به شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی در جانبازان نابینا، استفاده از راهبردهای درمانی و توانبخشی مؤثر در جهت کاهش این مشکلات

می‌تواند بهبود و ارتقای سطح کیفیت زندگی جانبازان نابینا را به همراه داشته‌باشد. هدف عمده این مطالعه بررسی توانایی ذهن‌آگاهی جانبازان نابینا و ارتباط آن با ابعاد کیفیت زندگی این گروه از جانبازان بوده‌است. شکل کلاسیک تأکید بر ذهن‌آگاهی بعنوان یک عنصر اساسی، با قدمتی طولانی در چندین مکتب تفکر فلسفی گزارش شده‌است، ولیکن تنها طی دو دهه گذشته شاهد شکل‌گیری یک خط و سیر پژوهشی در زمینه ذهن‌آگاهی و تأثیرات مداخله‌ای مبتنی بر آن بوده‌ایم (۱۷). یافته‌های مطالعه حاضر ضمن نشان دادن ارتباط قوی بین این سازه شناختی با ابعاد کیفیت زندگی، از مطالعات پیشینی که بر پیامدهای مثبت درمان‌های شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأکید داشته‌اند، حمایت می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین ذهن‌آگاهی با ابعاد کیفیت زندگی انجام شده‌است و نتایج این مطالعه حاکی از ارتباط معناداری بین سازه‌شناختی ذهن‌آگاهی با شاخص‌های کلی ابعاد روانی و جسمانی کیفیت زندگی بوده‌است. ابعاد درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمانی و درد جسمی از جمله ابعاد موجود در کیفیت زندگی بوده که با سازه ذهن‌آگاهی ارتباط معنادار داشته‌است. این یافته‌ها با نتایج مطالعه کارمودی^۱ و همکاران (۲۰۰۸) همسو بوده‌است.

نتایج مطالعه مؤلفین نام‌برده حاکی از ارتباط معناداری بین نمره ذهن‌آگاهی با آشفستگی و پریشانی روان‌شناختی و علایم پزشکی بوده‌است چنانکه نمرات ذهن‌خوانی پایین‌تر با آشفستگی روان‌شناختی و گزارش علایم پزشکی بیشتر همراه بوده‌است (۱۸). این نتایج با شواهد تحقیقاتی اخیر که در حوزه ارتباط ذهن‌آگاهی و بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی انجام گشته، همسو می‌باشد (۱۹-۲۱). با این وجود اشاره به این نکته ضروری است که مطالعات پیشین بیشتر بر خاصیت شفاف‌بخش راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی معطوف بوده و سنجش کیفیت زندگی در این مطالعات صرفاً به عنوان معیاری برای ارزیابی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز یافته‌است. اما این مطالعه به طور مستقیم به ارتباط سازه ذهن‌آگاهی با ابعاد کیفیت زندگی پرداخته و ضمن همسویی با نتایج مطالعات پیشین، ارتباط بین آن‌ها را برجسته ساخته‌است. از دیگر یافته‌های این مطالعه، ارتباط معنی‌دار بین نمرات ذهن‌آگاهی با ابعاد نشاط،

^۱ Carmody

نقش عاطفی و سلامت روانی بوده که با نتایج مطالعات پیشین در یک راستا می‌باشد. نتایج چندین مطالعه حاکی از آن بوده که ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی و روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۴-۱۲). همچنین پژوهش‌ها رابطه مثبت ذهن‌آگاهی را با ارزش‌های درونی (که در جهت رشد شخصی، ارتباطات و مشارکت عمومی گرایش دارند)، خودتنظیمی انطباقی و میزان پایین مادی‌گرایی (گرایش به مصرف کمتر) نشان داده‌اند (۴۲۲).

در پژوهش گیلک (۲۰۰۹) نیز مشخص شد که ذهن‌آگاهی با پنج عامل بزرگ شخصیت به ویژه روان‌رنجوری، عاطفه منفی و وظیفه‌شناسی ارتباط معنادار دارد (۲۲). از سوی دیگر حجمی از مطالعات صورت‌گرفته در دو دهه اخیر، داده‌های فراوانی را در جهت حمایت از سودمندی و کارایی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، علایم افسردگی، بهبود کارکردهای اجرایی شناختی مغز و حتی بیماری‌های جسمانی چون درد مزمن و سرطان فراهم آورده‌اند (۲۴ و ۲۳ و ۱۷). گزارش این نکته نیز ضروری است که سیر پژوهشی جدید در زمینه کشف مبانی پاتولوژی اختلالات روان‌شناختی که با تمرکز بر سنجش و ارزیابی توانایی ذهن‌آگاهی صورت‌گرفته، از نقصان این توانایی در طیفی از بیماران روان‌شناختی حکایت دارد و دلیل سودمندی و کارایی راهبردهای درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز در کاهش تخفیف علایم افسردگی و اضطراب، از نقصان این توانایی در این بیماران پرده برمی‌دارد. مؤلفین اخیر با قراردادن توانایی ذهن‌آگاهی به عنوان یکی از توانایی‌های شناخت اجتماعی مغز، استفاده از راهبردهای ارزیابی و آموزش شناخت اجتماعی را در درمان بیماران افسرده و مضطرب ضروری دانسته‌اند. سیر فزاینده‌ای از تحقیقات صورت‌گرفته پیرامون سلامت روانی جانبازان، حاکی از آن است که جمعیت قابل‌توجهی از این افراد از افسردگی، اختلالات طولانی مدت خلقی و اختلالات اضطرابی پس از سانحه رنج می‌برند. نابینایان جنگ، علاوه بر بیماری‌های جسمانی که مزید بر نابینایی آن‌ها بوده از مشکلات روانی هم که سبب ناتوانی در دیدن و همچنین مشکل کناره‌آمدن و تطابق با ناتوانی بر آن‌ها مستولی شده‌است، رنج می‌برند. بیشترین مشکل روانی آن‌ها افسردگی است (۲۶ و ۱۲). مشکلات روانی، اثرات گسترده‌ای بر کیفیت زندگی داشته و برخی از پژوهش‌های انجام‌شده اثرات

آن‌ها را بیش از مشکلات جسمانی دانسته‌اند. لذا با ارزیابی کیفیت زندگی جانبازان نابینا و بررسی ارتباط آن با سایر متغیرها علاوه بر اینکه توصیفی از وضعیت موجود آنان ارائه می‌نماید، یک سطح پایه و اولیه را نیز به دست می‌دهد که در پی آن می‌توان تأثیر خدمات و برنامه‌های جاری و نیز اقدامات و مداخلات ویژه را بررسی و ارزیابی نمود. مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی رویکرد سیستمی و فشرده‌است که به منظور اکتساب انواع جدیدی از کنترل و خردمندی بر پایه توانمندی‌های درونی برای آرمیدگی، توجه کردن، آگاهی و بینش به کار می‌رود. نتایج نشان داده‌است که این نوع مداخله برای درمان هر دو دسته علائم روان‌شناختی و فیزیکی مؤثر بوده‌است (۷-۵). پست و وید (۲۰۰۹) معتقدند که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی به دلیل دخالت دادن باورهای معنوی یا مذهبی مراجعان در فرایند درمان است. این پژوهشگران، به طور کلی آن دسته از تکنیک‌های روان‌درمانی که با رویکرد مذهبی، ذهن‌آگاهی، دعا و آموزش مفاهیم معنوی یا مذهبی همراه هستند را مؤثر می‌دانند (۲۵). برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به نحو معناداری موجب افزایش ذهن‌آگاهی و بهزیستی و نیز کاهش استرس و علائم فیزیکی و روان‌شناختی آن می‌شود. زمان صرف شده در تمارین مراقبه رسمی مانند یوگا نیز با ارتقاء ذهن‌آگاهی و بهزیستی مرتبط است. بنابراین می‌توان ذهن‌آگاهی را یک عامل میانجی برای افزایش عملکرد روان‌شناختی و کاهش علائم استرس حاصل از تمارین مراقبه در نظر گرفت. این درمان در افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن خصوصاً پراشتهایی و تغییر خلق بیماران سرطانی تأثیر مثبتی داشته‌است (۱۸). اثربخشی این روش درمانی در مبتلایان به اختلال دوقطبی نیز تأیید شده‌است (۲۷). به‌طورکلی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی، درد مزمن و استرس مؤثر بوده‌اند (۲۸).

نتیجه‌گیری

ارزیابی کیفیت زندگی قبل و پس از هر مداخله درمانی و توانبخشی و نیز خدمات سلامت راهکاری مناسب برای اندازه‌گیری تغییرات ناشی از مداخلات و برنامه‌ها خواهد بود. با توجه به اینکه بیماری‌ها و مشکلات روان‌شناختی عامل مهمی در کاهش کیفیت زندگی جانبازان نابینا

اساس تغییرات ایجاد شده در سطح کیفیت زندگی جانبازان نابینا، پیشنهاد می‌گردد.

می‌باشد، مطابق با نتایج این مطالعه استفاده از راهبردهای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بالابردن کیفیت زندگی آنان و ارزیابی کارایی این نوع درمان‌ها بر

منابع

1. Ryan Richard M, Brown Kirk W. Why We Don't Need Self-Esteem: on Fundamental Need, Contingent Love, and Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2003; 14: 27-82.
2. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2007; 18:272-281.
3. Brown KW, Kasser T. Are Psychological and Ecological Well-Being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Social Indicators Research*. 2005; 74: 349-368.
4. Falkenstrom F. Studying Mindfulness in Experienced Meditators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48: 305-310.
5. Kabat-Zinn Jon. Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Personal, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10:144-156.
6. Kabat-Zinn Jon. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind To Face Stress, Pain, and Illness. 2005; Newyork: Delta Trade Paperback.
7. Shapiro S L, et al. Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62: 373-386.
8. Olive J, Peter H, Keith B. Quality of life and mental health services. First edition. 1997: Routledge.
9. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicator Research*. 2001; 55: 1-7
10. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*. 2005; 49: 699-706
11. Burckhardt CB, Anderson KL. The QOLS: Reliability, Validity and utilization. *Health and quality of life outcomes*. 2003; 264-269.
12. Amini R, Haghani H, Masoumi M: Quality of life in the Iranian Blind War Survivors in 2007: a cross-sectional study. *BMC International Health and Human Rights* 2010, 10:21.
13. A.E. Fletcher; L. B. Ellwein; S. Selvaraj; V. Vijaykumar; R. rahmathullah; R. D. Thulasiraj. Measurement of vision function and quality of life in patients with cataracts in southern India. *Journal of Intellectual disability research*. 2005; 49: 699-706
14. Linda E, Carlson, Kirk Warren Brown. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005; 58: 29-33
15. Ghorbani N, Watson P J, Bart L Weathington. Mindfulness in Iran and the United States: Cross-Cultural Structural Complexity and Parallel Relationships with Psychological Adjustment. *Curr Psychol*. 2009; 28:211-224.
16. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A. Pooya A. Validity and Reliability of the Short Form 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *American Journal of Applied Sciences*. 2006; 3: 17631766.
17. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*. 2010; 10: 4-19
18. Carmody James, Baer Ruth A. Relationships between Mindfulness Practice and Levels of Mindfulness, Medical and Psychological Symptoms and Well-Being in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Behavioral Medicine*. 2008; 31: 23-33.
19. Schutte N, Malouff J. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*. 2011; 10: 23-40.
20. Howell A, Digdon N, Buro K. Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010; 48:419-424.
21. Carmody James, Reed G, Kristeller Jean, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008; 64: 393-403.
22. Giluk TL. Mindfulness, Big Five Personality, and Affect: A Meta-Analysis. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47, 805-811.
23. Weinstein Netta, Brown Kirk, Ryan R. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43: 374-385.
24. Hollis-Walker Laurie, Colosimo Kenneth. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50: 222-227.
25. Post Brian C, Wade Nathaniel G. Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology: in Session*. 2009; 65: 131-146.
26. Amini R, Haghani H, Masoumi M. Quality of life in the Iranian Blind War Survivors in 2007: a

cross-sectional study. BMC International Health and Human Rights 2010, 10:21

27. Weber B. et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Trial. European Psychiatry. 2010; 53: 123-134.

28. Kozak Arnold. Mindfulness in the Management of Chronic Pain: Conceptual and Clinical Considerations. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2008; 12:115-118.