

مقاله‌ی پژوهشی**بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان‌شناختی****و سلامت روانی سالمندان**

مهرا آسا افرادی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه
آزاد اسلامی واحد ساری، ایران**خلاصه**

مقدمه: شیوع بالای اضطراب و افسردگی در دوره سالمندی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این دوره از زندگی بسیار چشمگیر است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی سالمندان بود.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش بالینی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد را کلیه سالمندان شهرستان بابل تشکیل دادند. نمونه به تعداد ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمون و ۱۰ نفر به عنوان گروه شاهد به شیوه تصادفی ساده انتخاب گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف و سلامت روان گلدبرگ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی (کوواریانس) استفاده گردید.

یافته‌ها: پس از انجام درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان به شکل معنی‌داری افزایش یافت. هم‌چنین در تمامی مؤلفه‌های این متغیر شامل عواطف مثبت، عواطف منفی، استرس-افسردگی، نوروژ، اراده و سرزندگی نیز تفاوت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار بوده و سلامت روان سالمندان در گروه آزمون نیز به شکل معنی‌داری افزایش داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان و مؤلفه‌های سلامت روانی سالمندان موثر است.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، درمان شناختی، ذهن، سلامت روان

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ایران
mehrasaafraadi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۱۲/۲۵

مقدمه

انسان همواره فرایند سالمندی را در صورت وجود شرایط مناسب زیستی به عنوان روند طبیعی گذر عمر پشت سر می گذارد. سالمندی مرحله ای از رشد است که با کاهش قابل ملاحظه ای در فعالیت های حسی و حرکتی و حافظه ظاهر می شود. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی از سالمندی افراد بالای سن ۶۰ سال را می توان جزء جامعه سالمندان به حساب آورد. پدیده سالمندی همراه خود چالش های بسیار از جمله اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را به وجود آورده که نیاز به بررسی همه جانبه دارند. تقریباً ۶۰ سال پیش سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن تعریف کرد (۱). از نداشتن بیمار روانی به عنوان معیار سلامت روانی انتقاد های زیادی شده و به جای آن معیارهای چندگانه ای برای سلامت روانی ارائه گردیده است (۲).

سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی^۱ را نیز دربر می گیرد. اغلب روان پزشکان، روان شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه های مثبت سلامت را نادیده می گیرند. تلاش هایی که در جهت گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته گرچه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت نیز به طور عمده بر ویژگی های منفی تأکید دارند و در آن ها ابزارهای اندازه گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحریک^۲، درد^۳، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی^۴، اضطراب^۵ و نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سر و کار دارند. در دهه گذشته ۶ الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه شد. براساس این الگو بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل تشکیل می شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به

خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط). این الگو به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه گردیده و اظهار شده مؤلفه های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه گیری کرد (۳).

پژوهش های دیگر نیز چگونگی بهزیستی روانی در سالمندان را مورد بررسی قرار داده اند برای مثال در پژوهشی با عنوان اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان، نتایج نشان داد آموزش هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان تأثیر مثبتی داشته است (۴).

سلامت روانی دارای ۱۳ نشانه است که ۲ نشانه مرتبط با بهزیستی هیجانی ۵ نشانه مرتبط با بهزیستی اجتماعی و ۶ نشانه مرتبط با بهزیستی روانشناختی است. بهزیستی روانشناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد های فرد است و دارای مؤلفه های ۱- خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و ...)، ۲- رشد شخصی (داشتن رشد مداوم و ...)، ۳- روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم و ...)، ۴- هدفمندی در زندگی (داشتن هدف در زندگی)، ۵- پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود و ...)، ۶- تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب و ...) می باشد. هم چنین سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه مؤثر می باشد. سازمان بهداشت جهانی^۶ سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آن ها به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف

^۱Well-being^۲Mobility^۳Pain^۴Depression^۵Anxiety^۶World Health Organization

روش کار

جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان شهرستان بابل تشکیل دادند. نمونه به تعداد ۱۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۰ نفر به عنوان گروه شاهد گواه به شیوه تصادفی ساده انتخاب گردید. افراد گروه آزمایش و شاهد از نظر جنسیت و سن تقریباً یکسان بودند. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و سلامت روان گلدبرگ (GHQ) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها از دو روش آمار توصیفی و آمار استنباطی (کوواریانس) استفاده گردید.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال (۱۹۸۹) ساخت و دارای ۶ عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود میباشد، ضمن اینکه مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه میشود. این آزمون در یک پیوستار ۶ درجه ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" (یک تا شش) پاسخ داده میشود. از بین کل سوالات ۴۴ سوال به طور مستقیم و ۴۰ سوال به شکل معکوس نمره گذاری میشوند (۸).

ب- پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ). پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیر روان گسسته، طراحی شده است. این پرسشنامه برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار استفاده می شود. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سوال می باشد، اما فرم های کوتاه شده ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین فرم های مختلف این پرسشنامه از روایی و

می کند. به طور کلی بهداشت روانی ایجاد سلامت روان به وسیله ی پیشگیری از ابتلا به بیماری های روانی، کنترل عوامل مؤثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (۵).

سالمندان از جمله اقشار آسیب پذیر جامعه محسوب می شوند که در مقایسه با دیگر گروه جامعه هزینه های درمانی و بهداشتی بیشتری را متحمل می شوند. اختلال های روانشناختی متعددی در طول دوران سالمندی ایجاد می شود. ترس از مرگ، احساس تنهایی، ناکامی، خستگی، استرس، افکار خودکشی، تغییر در الگوی خواب از علایم اختلال در سلامت روانی سالمندان محسوب می شود. اختلال های خلقی و اضطراب از شایع ترین اختلال های سالمندان محسوب می شوند (۶).

اختلالات روانی سالمندان از تعامل پیچیده عوامل عضوی، روان شناختی و اجتماعی ناشی می شود. طبق آمار انستیتو ملی بهداشت روانی شایع ترین اختلالات سالمندان افسردگی و اختلال شناختی است و فوبیا، الکلیسم و خطر خودکشی با افزایش سن بالا می رود، به طوری که حدود ۲۰ درصد خودکشی ها را افراد بالای ۶۵ سال مرتکب می گردند. بسیاری از اختلالات روانی سالمندان قابل پیشگیری است. اگر چنین حالاتی به موقع تشخیص و به درستی درمان نشوند، ممکن است به حالت برگشت ناپذیر که بستری شدن را ایجاد می کند، مبدل گردد.

هدف سلامت روان فقط منحصر به تشریح علل اختلالات رفتار نبوده بلکه هدف آن به وجود آمدن عواملی که مکمل زندگی سالم و بهنجار باشد و نیز درمان اختلالات جزئی رفتار به منظور جلوگیری از وقوع بیماری های شدید روانی و به طور کلی هدف سازمان بهداشت روانی پیگیری است (۷). حال با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در دوره سالمندی و کاهش بهزیستی روانشناختی در این دوره از زندگی، هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهبود بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی سالمندان است.

پایایی بالایی برخوردارند. در تحقیق حاضر از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است. این فرم توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بروی فرم بلند آن طراحی شده است. سوالهای این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می پردازد و شامل نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تاکید دارد. این پرسشنامه از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سوال می باشد. تمامی گویه های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و شیوه نمره گذاری آن بصورت لیکرت است، نمره گذاری هریک از سوالات ۴ درجه ای آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) می باشد و در نتیجه نمره کل یک فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود (۹).

مداخله

برنامه درمانی طبق پروتکل کابات- زین و همکاران (۱۰) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سازگاری روانشناختی است (۱۱) اجرا شد:

جلسه اول: تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات.

جلسه دوم: شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، رانها، شکم، سینه، شانه ها، گردن، لب، چشمها و پیشانی است.

جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دستها و بازوها، پاها و رانها، شکم و سینه، پیشانی و لبها و تکلیف خانگی تن آرامی است.

جلسه چهارم: آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب.

جلسه پنجم: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حسهای فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن.

جلسه ششم: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها.

جلسه هفتم: ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.

جلسه هشتم: بازنگری مطالب گذشته و جمعبندی.

نتایج

در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیره و تحلیل کوواریانس یک متغیره استفاده گردیده است. سپس با بهره گیری از تکنیک های آماری و تصمیم گیری که با روش پژوهش و نوع متغیرها سازگاری دارند، داده های جمع آوری شده، تحلیل شدند.

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضات تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و آزمون لون نشان داد برای متغیر بهزیستی و مؤله های آن، پیش فرض یکسانی واریانس گروه ها برقرار است و لذا می توان برای آزمون فرضیه پژوهش، از نتایج تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۱- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون - اندازه	F	Df ₁	Df ₂	Sig.	مجدور
----------------	---	-----------------	-----------------	------	-------

گروه	اثر	اتای سهمی
لامبدا و یلکز	۱	۰/۰۳۰
اثر پیلا	۰/۰۰۰۱	۰/۰۳۰

با توجه به جدول ۱، تفاوت مؤلفه های بهزیستی روانی بین دو گروه آزمایش و گواه ($F_{1,7}=74,664$ ، $P=0,030$) معنادار می باشد.

جدول ۲- نتایج آزمون تعامل بین گروه ها

متغیرها	مجموع مجذورها	df	مجذور	F	Sig.	مجذور اتای سهمی
بهزیستی روانی	۲۹۶۵/۴۷۷	۱	۲۹۶۵/۴۷۷	۳۴/۷۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
عواطف مثبت	۴۹۱/۶۴۳	۱	۴۹۱/۶۴۳	۱۷/۲۵۵	۰/۰۰۴	۰/۷۱۱
عواطف منفی	۱۸۱۰/۷۳۸	۱	۱۸۱۰/۷۳۸	۴۷/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۲
گروه استرس / افسردگی	۲۵۲/۶۸۳	۱	۲۵۲/۶۸۳	۲۰۰/۱۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۶
نوروز	۶۰۶/۷۴۶	۱	۶۰۶/۷۴۶	۱۹/۶۸۲	۰/۰۰۳	۰/۷۳۸
اراده	۷۲/۴۶۳	۱	۷۲/۴۶۳	۵/۷۵۱	۰/۰۴۸	۰/۴۵۱
سرزندگی	۱۰۸/۵۲۲	۱	۱۰۸/۵۲۲	۱۹/۸۳۲	۰/۰۰۳	۰/۷۳۹
بهزیستی روانی	۲۶۶/۹۸۱	۱	۳۸/۱۴۰			
عواطف مثبت	۱۹۹/۴۵۵	۱	۲۸/۴۹۴			
عواطف منفی	۸/۸۳۶	۱	۱/۲۶۲			
خطا استرس / افسردگی	۲۱۵/۷۹۷	۱	۳۰/۸۲۸			
نوروز	۸۸/۲۰۸	۱	۱۲/۶۰۱			
اراده	۳۸/۳۰۵	۱	۵/۴۷۲			
سرزندگی	۵۹۸/۱۰۴	۱	۸۵/۴۴۳			

باشد. بنابراین می توان گفت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر بهزیستی روان شناختی سالمندان موثر است. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس نیز ابتدا مفروضات تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و آزمون لون نشان داد برای متغیر سلامت روان، پیش فرض یکسانی واریانس گروه ها برقرار است و لذا می توان برای آزمون فرضیه پژوهش، از نتایج تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

با توجه به جدول ۲ نتایج زیر به دست می آید: تفاوت بهزیستی روانی در دو گروه ($P=0,001$ ؛ $df=1$)؛ عواطف مثبت ($F=34,707$ ؛ $P=0,004$ ؛ $df=1$)؛ عواطف منفی ($F=17,255$ ؛ $P=0,001$ ؛ $df=1$)؛ استرس / افسردگی ($F=47,476$ ؛ $P=0,004$ ؛ $df=1$)؛ نوروز ($F=200,187$ ؛ $P=0,003$ ؛ $df=1$)؛ تفاوت اراده ($F=5,751$ ؛ $P=0,048$ ؛ $df=1$) و تفاوت سرزندگی ($F=19,832$ ؛ $P=0,003$ ؛ $df=1$) معنادار می

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه

مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	P	گروه
۲۰۹۱/۹۵۳	۱	۲۰۹۱/۹۵۳	۲۵۷/۴۳۲	۰/۰۰۰۱	گروه
۱۰۵/۶۴۱	۱۳	۸/۱۲۶			خطا
۱۶۵۵۴/۰۰۰	۱۶				کل

فرض یکسانی واریانس گروه‌ها برقرار است و لذا می‌توان برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از نتایج تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

مطابق جدول ۳، P گزارش شده برابر ۰/۰۰۰۱ می‌باشد که از ۰/۰۵ کوچکتر است به عبارت دیگر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر سلامت روان سالمندان موثر است. در اینجا نیز آزمون لون نشان داد برای همه متغیرهای پژوهش، پیش

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون - گروه	اندازه اثر	F	df ^۱	df ^۲	Sig.	مجدور اتای سهمی
لامبدا ویلکز	۰/۰۱۵	۹۷/۱۴۰	۴	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۵
اثر پیلای	۰/۹۸۵	۹۷/۱۴۰	۴	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۵

با توجه به جدول ۴، تفاوت مؤلفه‌های سلامت روان بین دو گروه (P=۰,۰۰۰۱؛ F_{۴,۹۷}=۹۷,۱۴۰) معنادار می‌باشد.

جدول ۵ - نتایج آزمون تعامل بین گروه‌ها

منبع	متغیرها	مجموع مجدورها	df	مجدور میانگین	F	Sig.
گروه	افسردگی	۱۶۳/۶۸۳	۱	۱۶۳/۶۸۳	۷۸/۸۶۲	۰/۰۰۰۱
	نشانه جسمانی	۱۲۰/۶۱۸	۱	۱۲۰/۶۱۸	۶۱/۴۸۸	۰/۰۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۱۹/۲۳۳	۱	۱۹/۲۳۳	۱۷/۵۳۰	۰/۰۰۰۲
خطا	اضطراب خواب	۲۱۵/۱۱۶	۱	۲۱۵/۱۱۶	۲۳۸/۱۰۸	۰/۰۰۰۱
	افسردگی	۱۸/۷۵۱	۹	۲/۰۸۳		
	نشانه جسمانی	۱۷/۶۵۵	۹	۱/۹۶۲		
	عملکرد اجتماعی	۹/۸۷۴	۹	۱/۰۹۷		
	اضطراب خواب	۸/۱۳۱	۹	۰/۹۰۳		

سرزندگی نیز تفاوت‌های پیش آزمون و پس آزمون معنادار بوده و تغییرات تنها در گروه آزمایش وجود داشته است. نتایج و یافته‌های این فرضیه با پژوهش گلدفرین و هیرینگ^۱ که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افسردگی را مورد بررسی قرار می‌داد همسو و مشابه بوده است (۱۲).

همچنین آزمون تحلیل کواریانس یک راه نشان داد که پس از انجام درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، سلامت روان سالمندان در گروه آزمایش و در مرحله پس آزمون به شکل معناداری بیشتر از پیش آزمون بوده است.

در ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد که ۵۲٪ آن در کشورهای آسیایی و ۴۰٪ در کشورهای پیشرفته به سر خواهند برد (۱۳).

کشور ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این قاعده مستثنی نیست؛ به طوریکه روند پیرشدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد (۱۴).

با توجه به جدول ۵ نتایج زیر به دست می‌آید:

تفاوت مؤلفه افسردگی (P=۰,۰۰۱؛ df=۱؛ F=۷۸,۸۶۲)، نشانه جسمانی (P=۰,۰۰۱؛ df=۱؛ F=۶۱,۴۸۸)، عملکرد اجتماعی (P=۰,۰۰۲؛ df=۱؛ F=۱۷,۵۳۰) و اضطراب خواب (P=۰,۰۰۱؛ df=۱؛ F=۲۳۸,۱۰۸) در دو گروه معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر مؤلفه‌های سلامت روان سالمندان نیز مؤثر است.

بحث

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که پس از انجام درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، بهزیستی روان شناختی سالمندان در گروه آزمایش و در مرحله پس آزمون به شکل معناداری بیشتر از پیش آزمون بوده است و این تغییرات در گروه شاهد وجود نداشته است. هم چنین در تمامی مؤلفه‌های این متغیر شامل عواطف مثبت، عواطف منفی، استرس - افسردگی، نوروژ، اراده و

^۱Goldfrine and Hearing

براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۶ میلیون (۸/۲ درصد) نفر از جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. براساس برآوردهای بین‌المللی، جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ نسبت به دیگر مناطق جهان، رشد سریعتری خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴، از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت (۱۵).

تحقیقاتی که در ایران در زمینه سالمندی انجام شده، بسیار محدود بوده و براساس آن، پیری در یک مفهوم تنگاتنگ از سلامت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته و در چارچوب محدود پزشکی محبوس شده است (۱۶). با وجود رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز روی نیازهای سالمندان در همه ابعاد آن، به عنوان گروهی آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است (۱۷). لذا پیشنهاد میشود با توجه به رشد جمعیت سالمند در کشور پژوهش‌های روانی در این زمینه نیز هدفمندتر و پرتعدادتر صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پس از انجام درمان شناختی-مبتنی بر حضور ذهن، بهزیستی روان‌شناختی سالمندان در تمامی مؤلفه‌ها شامل عواطف مثبت، عواطف منفی، استرس-افسردگی، نوروژ، اراده و سرزندگی افزایش یافته و همچنین سلامت روان سالمندان بعد از مداخله نیز افزایش معنادار نشان داده است.

References

1. World Health Organization. 2001, 2004.
2. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol* 2005; 9(8): 111-31.
3. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 14-23.
4. Zamani N, Bahrainis, AM, Ashraf A. [Quality of life and psychological well-being of institutionalized elderly spiritual intelligence in Bandar Abbas]. *Journal of geriatric nursing* 2015; 1: 4. (Persian)
5. Milanifar, B., mental health, Eighth Edition, Tehran, publishing Ghomes, 1386. (Persian)
6. Sadock V, Sadock B. [Summary of clinical Psychology, psychiatry and behavioral sciences]. Sobhanian K. (translator). Tehran; 2008. (Persian)
7. Shamloo S. [Mental health]. Tehran: Roshd; 2003. (Persian)
8. Michaeli Manee F. [Check the status of Urmia University undergraduates psychological well-being]. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services* 2010; 16: 4. (Persian)
9. Taghavi MR. [Validity and credibility of the General Health Questionnaire (GHQ)]. *Journal of psychology* 2001; 20: 382. (Persian)
10. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 1994.
11. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* 2010; 25(10): 83-91.
12. Goldfrine KA, Hearing C. The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010; 48: 738-46
13. World Health Organization. *Ageing and life course*. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/ageing/en>.
14. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH. [Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5(2): 351-6. (Persian)
15. Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. [Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976- 2006]. *Iranian journal of ageing* 2007; 2(5): 326-31. (Persian)
16. Moradi SH. *Study of the relationship between social participation and quality of life of Ageing centers of Tehran*. MS. Dissertation. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2012. (Persian)
17. Herawi-Karimoi M. [Expressed views about the feeling lonely Iran ageing: A phenomenological qualitative research]. *Iranian journal of ageing* 2006; 2(4): 111-23. (Persian)