

مقاله اصلی

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم سراهای نگهداری

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۹/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم سراهای سالمندان بود.

روش کار: تعداد ۵۰ مرد سالمند، به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. جهت سنجش متغیرهای وابسته از دو پرسشنامه DASS-42 و کیفیت زندگی لیپاد استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

نتایج: نتایج این تحقیق نشان داد در مرحله پس آزمون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فقط بر متغیرهای استرس و عملکرد شناختی اثر داشته و در مرحله پیگیری معناداری عملکرد شناختی از بین رفته و فقط در مورد متغیر استرس معنادار بود. همچنین در مرحله پیگیری افسردگی در گروه آزمایش کاهش داشته هر چند که به لحاظ آماری معنادار نبود.

نتیجه گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کوتاه مدت می تواند استرس را کاهش داده و در بلند مدت باعث بهبود نسبی افسردگی در سالمندان گردد. لذا استفاده از این درمان برای اهداف کوتاه مدت و بلند مدت به متولیان بهداشت و سلامت سالمندان پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی، سالمندان.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

محسن رفیعی^۱

پرویز صباحی^{۲*}

شاهرخ مکوند حسینی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم

تربیتی مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

مهدیشهر، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

Email: P_sabahi@semnan.ac.ir

مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است. امروزه جمعیت مسن ۷٪ از کل جمعیت را در بسیاری از مناطق جهان شامل می‌شود. پیش بینی می‌شود که تعداد افراد مسن در ۱۵ سال آینده به ۶۰٪ افزایش یابد. همچنین در سال ۲۰۳۰ شاهد ۱ میلیارد سالمند در سراسر جهان خواهیم بود. تا سال ۲۰۵۰ پیش بینی می‌شود که جمعیت مسن فقط ۳۳ کشور کم تر از ۷٪ باشد (۱). سالمندی پدیده‌ای اجتناب ناپذیر و غیر قابل برگشت است که با ضعف در کارکردها همراه است (۲). به موازات افزایش جمعیت سالمندان مشکلات حوزه سلامتی به ویژه سلامت روانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است حدود ۱۵ تا ۲۵٪ افراد مسن دچار مشکلات روانی مهمی هستند (۳). اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روانی در سالمندان به شمار می‌روند که اغلب به صورت اختلالات همبود خود را نشان می‌دهند (۴). در سال ۲۰۰۰ افسردگی چهارمین رتبه را در بین بیماری‌ها به خود اختصاص داد و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ به رتبه اول در تمامی سنین و دو جنس در کشورهای با درآمد بالا صعود کند (۵). در بسیاری از کشورها شیوع افسردگی در مراکز نگهداری سالمندان بالاتر از سالمندانی است که در خانه زندگی می‌کنند (۶). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سالمندانی که اضطراب را تجربه می‌کنند در قیاس با سالمندانی که اضطراب کمتری دارند احتمالاً اختلالات بیشتری در بخش‌های مختلف عملکرد شناختی نشان خواهند داد (۷). از مفهوم استرس، تعابیر بسیار متفاوتی شده است. برخی از پژوهشگران استرس را به عنوان حالتی از محیط تعریف کرده‌اند. طبق این تعریف مفهوم استرس بیانگر مجموعه‌ای از عوامل محیطی است که فرد یا گروهی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. دیدگاهی دیگر استرس را واکنش فیزیولوژیک و روانشناختی درون فرد یا گروه به هنگام مواجهه با محیط تهدید آور و چالش انگیز می‌دانند. در واقع استرس نه یک محرک است و نه یک پاسخ بلکه برآیندی تعاملی است که هم فرد و هم محیط را تحت تاثیر

قرار می‌دهد. در دیدگاه تعاملی، استرس به عنوان یک مفهوم ارتباطی بین فرد و محیط تعریف می‌شود که در شناخت فرد معنا می‌یابد (۸). در مطالعه‌ای نتایج نشان داد ۱/۳٪ سالمندان مقیم مراکز نگهداری دچار استرس شدید، ۳/۱٪ دچار اضطراب شدید و ۱/۳٪ افسردگی شدید هستند (۹). کیفیت زندگی یک وضعیت رفاهی است که مشتمل بر دو بخش است: ۱- توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره که همان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است، ۲- رضایت از سطوح عملکرد، کنترل و درمان بیماری (۱۰). همچنین در تحقیقی نشان داده شده است که سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی مطلوب تری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان خصوصی و دولتی در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی بودند (۱۱). نتایج پژوهش دیگر نشان داد که سالمندان ایرانی کیفیت زندگی متوسطی دارند و نیاز به برنامه ریزی‌ها و مداخلات اثر بخش در زمینه ارتقای کیفیت زندگی سالمندان حس می‌شود (۱۲). در مورد افسردگی و اضطراب سالمندی درمان‌هایی همچون معنا درمانی (۱۳) درمان شناختی رفتاری (۱۴) مورد استفاده قرار گرفته است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی نسبتاً جدید به روان درمانی است. این درمان از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این مدل بیان می‌کند بیمارانی که چندین دوره افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند یک آسیب پذیری شناختی زیادی به عود افسردگی دارند (۱۵). این درمان شامل تکنیک‌هایی همچون یوگای کشیده، وارسی بدن و تنفس ذهن آگاهانه است که به کاهش علائم بیماران کمک می‌کنند. به علت نبود تحقیقی منسجم در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در سالمندان ایران، تحقیق حاضر تلاش می‌کند تا تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه کنترل است که جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی سالمندان صورت گرفت. برای اجرای پژوهش پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان و اخذ معرفی نامه، انجام هماهنگی های لازم با مسئولان مراکز سراهای سالمندان انجام شد و در شرایطی کاملاً مناسب، محقق خود را معرفی کرده و توضیحی کامل از نحوه انجام پژوهش، مزایا و عوارض احتمالی به سالمندان داده شد و رضایت نامه کتبی (مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه) آگاهانه اخذ شد. در گام بعدی به نمونه گیری و مشخص کردن آزمودنی های پژوهش پرداخته شد و آزمودنی ها به تصادف در دو گروه قرار داده شدند که بعد از دادن توضیحاتی از آنان خواسته شد که در مرحله پیش آزمون به مقیاس های مربوطه پاسخ دهند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مردان سالمند ۶۵ تا ۷۵ سال مقیم مراکز نگهداری شهر نیشابور و مشهد می باشد که در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۷ از بین مراکز ۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شده و به تصادف یک مرکز به عنوان گروه آزمایش و مرکز دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. شرکت کنندگان به صورت در دسترس با توجه به ملاک های ورود (میانگین سنی ۶۵-۷۵ و حداقل تحصیلات سیکل) و ملاک های خروج (غیبت بیش از دو جلسه، مشکلات شناختی، مشکلات سایکوتیک، مشکلات قلبی و عروقی، فشار خون و دیابت، مشکلات مربوط به کنترل ادرار و مدفوع، دریافت داروهای ضد افسردگی یا آرام بخش، مشکلات تیروئیدی، تجربه سوگ طی یک سال گذشته و شرکت همزمان در سایر مداخلات روانشناختی و پزشکی) انتخاب شدند. همچنین رضایت آگاهانه از تمام شرکت کنندگان اخذ شد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

شرکت کنندگان به وسیله پرسشنامه های کیفیت زندگی لیپاد و DASS 42 در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج داده های پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس سالمندان DASS-42، مقیاس سنجش کیفیت زندگی سالمندان لیپاد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه به وسیله محققان ساخته و طراحی شد و شامل سوالاتی درباره خصوصیت های فردی که شامل سن، جنس، درآمد، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، مدت اقامت، و سطح تحصیلات می باشد است.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس سالمندان (DASS-42): این مقیاس از ۴۲ آیتم خود گزارشی تشکیل شده است که توسط لایباند و لایباند در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. همچنین مجموعه ای از ۳ مقیاس خود گزارشی ۱۴ آیتمی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی، اضطراب و استرس است. کاربرد اصلی این مقیاس اندازه گیری شدت نشانه های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار [۱۳۸۶] مورد بررسی قرار گرفت که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نمودند (۱۶).

پرسشنامه لیپاد: پرسشنامه لیپاد برای ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است- این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط Leo و همکاران تهیه و در سه شهر لیدن در هلند، یادوآ در ایتالیا و هلسینکی در فنلاند

و به افکار و احساسات منفی اجازه جولان بیشتر را می‌دهد بدون این که از اتفاق افتادن آن آگاه باشند. هدف اصلی این درمان کمک به افرادی است که در گذشته از افسردگی رنج می‌برند تا بتوانند مهارت‌های لازم برای پیشگیری از افسردگی را پشت سر بگذارند. تنها زمانی که یک فرد از این جنبه‌ها آگاه شده است، احتمالاً از MBCT برای تغییر حالت خلق و خوی استفاده می‌کند، سپس به حرکت در می‌آید، تا آن‌ها را اداره کند. همچنین تغییرات خلق و خوی شامل مرحله دوم MBCT است و در جلسات ۵-۸ مورد بحث قرار می‌گیرد (۲۱).

نتایج

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار به تفکیک برای شرکت کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه گردیده است. به عنوان نمونه در رابطه با افسردگی میانگین برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۶/۲۰، ۶/۸۰، ۴/۵۶، ۷/۴۴، ۴/۵۶، ۶/۷۲ می‌باشد.

به منظور مقایسه دو گروه در مرحله پس آزمون با کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و پیش فرض‌های توزیع نرمال، همگنی ماتریس واریانس‌ها، کوواریانس‌ها و برابری واریانس‌ها مورد بررسی و تایید قرار گرفت. چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود. پیش فرض توزیع نرمال (با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنف)، پیش فرض همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لون)، پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس‌ها (با استفاده از آزمون باکس) و پیش فرض کرویت بارتلت مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. با توجه به نتایج جدول ۲ استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع می‌باشد.

مورد پژوهش قرار گرفت (۱۷). پرسشنامه خالی از بار فرهنگی است و در ایران ترجمه و هنجار یابی شده است و روایی و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است [آلفای کرونباخ-۰/۸۷۴] (۱۸). این پرسشنامه ۳۱ سوال دارد که هفت بعد کیفیت زندگی را اندازه گیری می‌کند و هر آیتام در این ابزار از بدترین شرایط تا بهترین شرایط نمره گذاری می‌شود. در این تحقیق زیر مقیاس‌های عملکرد فیزیکی، خودمراقبتی، عملکرد شناختی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی مورد بررسی قرار گرفت (۱۹).

برای جلسات درمانی پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مورد استفاده قرار گرفت. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله گروهی است که هشت هفته طول می‌کشد. در طول این هشت هفته، یک دوره هفتگی، دو ساعت طول می‌کشد و یک کلاس روزانه بعد از هفته پنجم. با این حال، اکثر تمرینات خارج از کلاس انجام می‌شود، جایی که شرکت کننده از تفکر راهنمایی و تلاش برای پرورش ذهنیت در زندگی روزمره خود استفاده می‌کند (۲۰). توانایی گسترش و حفظ توجه بر روی یک موضوع خاص هسته مرکزی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یادگیری این که چگونه بر روی هدف در هر لحظه و بدون قضاوت توجه کنیم را در اولویت قرار می‌دهد. یادگیری اصول ذهن آگاهی تمرکز بر جلسات ۱ تا ۴ است. اول، شرکت کنندگان از این که چگونه معمولاً به زندگی روزانه توجه کمتری می‌شود، آگاه شوند. آن‌ها آموزش داده می‌شود تا بدانند چگونه ذهن از یک موضوع به سوی دیگر حرکت می‌کند. دوم، متوجه شده است که ذهن سرگردان است، آن‌ها یاد می‌گیرند که چگونه آن را به تمرکز بر یک چیز بیاورند. این، اول، با اشاره به قسمت‌های بدن و تنفس تدریس می‌شود. سوم شرکت کنندگان یاد می‌گیرند از این موضوع آگاه بشوند که چگونه این ذهن سرگردان می‌شود

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	آزمایش		کنترل		آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۶/۲۰	۲/۵۴	۶/۸۰	۲/۸۴	۴/۵۶	۱/۲۹
اضطراب	۴/۱۶	۲/۶۰	۷/۵۲	۲/۳۲	۴/۵۶	۱/۷۰
استرس	۷/۲۰	۲/۳۰	۷/۸۴	۲/۱۷	۴/۹۲	۱/۸۰
وضعیت فیزیکی	۷/۴۰	۱/۶۸	۶/۴۴	۱/۹۸	۷/۱۲	۱/۵۳
خودمراقبتی	۷/۱۲	۲/۱۲	۶/۶۰	۲/۳۲	۸/۴۰	۱/۸۰
وضعیت شناختی	۴/۳۶	۱/۸۴	۴/۵۶	۱/۸۹	۶/۲۸	۱/۹۶
رضایت از زندگی	۳/۲۴	۱/۶۶	۳/۶۰	۲/۳۴	۲/۹۲	۱/۸۰
وضعیت جنسی	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۸۶	۱/۲۸	۰/۸۹

جدول ۲- پیش فرض‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری به منظور مقایسه دو گروه

متغیر	آزمون توزیع نرمال (کلموگروف-اسمیرنف)		آزمون لون		آزمون باکس		آزمون کرویت بارتلت	
	آماره	معناداری	F	معناداری	F	معناداری	مقدار خی دو	معناداری
افسردگی	۰/۱۲۰	۰/۰۵۲	۱/۶۳	۰/۱۷۲				
اضطراب	۰/۱۱۰	۰/۱۸۲	۱/۸۴	۰/۱۸۱				
استرس	۰/۱۲۵	۰/۰۵۰	۰/۰۸۳	۰/۷۷۴	۰/۱۲۸	۰/۲۴۳	۱۳/۵۲	۰/۰۰۳
عملکرد فیزیکی	۰/۱۱۷	۰/۰۸۵	۰/۰۰۴	۰/۹۴۸				
خودمراقبتی	۰/۱۱۱	۰/۱۷۴	۰/۰۸۳	۰/۷۷۵				
عملکرد شناختی	۰/۱۲۴	۰/۰۵۴	۰/۰۳۵	۰/۸۵۲				
عملکرد جنسی	۰/۱۰۵	۰/۱۵۴	۰/۳۲۷	۰/۵۷۰				

جدول ۳- نتایج آزمون‌های چند متغیره

مرحله	آزمون	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	نسبت مجزورات	توان
پس آزمون	اثر پیلاپی	۰/۷۲	۹/۰۰۹	۹/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
پیگیری	اثر پیلاپی	۰/۵۱	۳/۵۸	۹/۰۰	۳۱/۰۰	۰/۰۰۴	۰/۵۱	۰/۹۶

طبق نتایج آزمون چند متغیره در جدول ۳ تفاوت‌های معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین دو گروه در مرحله پس از آزمون و مرحله پیگیری وجود دارد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره به منظور مقایسه دو گروه از لحاظ متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره

منبع تغییر	مرحله	متغیر	مجموع مجذورات	df	مقدار F	سطح معناداری	نسبت مجذورات	توان
		افسردگی	۶/۵۲	۱	۲/۸۰	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۳۷
		اضطراب	۴/۶۵	۱	۱/۲۳	۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۹
		استرس	۴۰/۶	۱	۱۴/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۵
	پس آزمون	عملکرد فیزیکی	۵/۱۵	۱	۲/۹۸	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۳۹
		خودمراقبتی	۰/۹۳	۱	۰/۴۶	۰/۴۹	۰/۰۱	۰/۱۰
		عملکرد شناختی	۳۸/۰۴	۱	۱۴/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۵
		رضایت از زندگی	۲/۲۱	۱	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۵
		عملکرد جنسی	۲/۳۲	۱	۲/۲۵	۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۳۱
	گروه	افسردگی	۱۲/۱۰	۱	۳/۲۶	۰/۰۷۹	۰/۰۷۷	۰/۴۲۱
		اضطراب	۳/۹۷	۱	۱/۵۴	۰/۲۲۱	۰/۰۳۸	۰/۲۲۸
		استرس	۹/۲۵	۱	۴/۳۰	۰/۰۴۵	۰/۰۹۹	۰/۵۲۵
	پیگیری	عملکرد فیزیکی	۸/۱۰	۱	۳/۲۳	۰/۰۸۰	۰/۰۷۷	۰/۴۱۸
		خودمراقبتی	۹/۷۷	۱	۲/۱۹	۰/۱۴۷	۰/۰۵۳	۰/۳۰۳
		عملکرد شناختی	۶/۲۵	۱	۱/۶۷	۰/۲۰۴	۰/۰۴۱	۰/۲۴۳
		رضایت از زندگی	۵/۶۲	۱	۰/۹۲	۰/۳۴۱	۰/۰۲۳	۰/۱۵۶
		عملکرد جنسی	۰/۲۱	۱	۰/۱۳	۰/۷۲۰	۰/۰۰۳	۰/۰۶۴

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت‌ها بین دو گروه در پس آزمون در متغیر استرس [$F=14/24$ و $P<0,001$] و وضعیت شناختی [$F=14/17$ و $P<0,001$] با کنترل اثر پیش آزمون در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای اضطراب، عملکرد شناختی، رضایت از زندگی و عملکرد جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد اما تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر استرس [$F=4/30$ ، $P<0,045$] وجود دارد.

عملکرد شناختی اثر داشته است و در مرحله پیگیری معناداری بر عملکرد شناختی از بین رفته و فقط در مورد متغیر استرس معنادار می‌باشد. همچنین در مرحله پیگیری افسردگی در گروه آزمایش کاهش داشته هر چند که به لحاظ آماری معنادار نشد. در مورد تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های فروستداتر و درجی (۲۲) در مورد استرس و قدس پور و همکاران (۲۳) در مورد عملکرد شناختی همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که از طریق تمرین‌هایی مانند ترغیب فرد به ماندن در زمان حال که در طول درمان بارها این عامل بنیادی در طی تکالیف مختلف به بیماران آموزش داده می‌شود. افراد از توجه و نگرانی نسبت به آینده و مشغولیت ذهنی نسبت به آن دور می‌شوند و همین کار مقوله بسیار مهمی در کاهش شدت علائم این افراد محسوب می‌شود. از طرف دیگر، بیماران در این درمان نقش فعالی دارند و از

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی سالمندان مرد مقیم سراهای سالمندان صورت گرفت. همان‌طور که نتایج این تحقیق نشان داد در مرحله پس آزمون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فقط بر متغیرهای استرس و

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی سالمندان مرد مقیم سراهای سالمندان صورت گرفت. همان‌طور که نتایج این تحقیق نشان داد در مرحله پس آزمون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فقط بر متغیرهای استرس و

وضعیت شناختی که شامل توجه، تمرکز و حافظه است اثر گذار بوده است. یافته‌های کویکن و همکاران (۲۵) و شارما و همکاران (۲۶) نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افسردگی را کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر که با یافته‌های تحقیقات بالا ناهمخوان است، نشان می‌دهد که در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری در افسردگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود ندارد با این حال شایان ذکر است که افسردگی در مرحله پیگیری یک ماهه کاهش یافته است اگرچه این کاهش از لحاظ آماری معنادار نبود. به نظر می‌رسد درمان افسردگی در سالمندان متفاوت است، مانند شروع و سیر افسردگی در سالمندان. همچنین به نظر می‌رسد که کاهش افسردگی در سالمندان به دوره‌های درمانی طولانی‌تر و زمان بیشتر بر رخ دادن تغییرات ناشی از مداخلات درمانی نیاز است. این که چرا این درمان بر اضطراب، وضعیت اجتماعی، رضایت از زندگی و وضعیت جنسی اثربخش نبوده، احتمالاً به دلیل است که از لحاظ شرایط فرهنگی یا اقتصادی مشکلی نداشتند یا زمان بیشتری برای اثر بخش بودن لازم بوده است. همچنین در رابطه با این که چرا کیفیت زندگی این افراد تغییری نداشته به این علت بوده است که این دو مرکز از سطح اقامتی و رفاهی خوبی برخوردار بوده‌اند که بر کیفیت زندگی این افراد موثر بوده، و به نظر می‌رسد که اگر کیفیت زندگی قرار است تحت تاثیر قرار بگیرد در سنین بالاتر از ۷۵ سالگی این اتفاق می‌افتد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کوتاه مدت می‌تواند استرس را کاهش داده و در بلند مدت باعث بهبود نسبی افسردگی در سالمندان گردد. لذا استفاده از این درمان برای اهداف کوتاه مدت و بلند مدت به متولیان بهداشت و سلامت سالمندان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان گرفته شده است. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره (IR.SEMUMS.REX.1397.234) از کمیته اخلاقی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد. از کلیه

همان آغاز درمان و از جلسه اول تمرین‌های مختلف را به طور عملی و فعالانه انجام می‌دهند و در واقع درگیر فرایند درمان می‌شوند. علاوه بر تمریناتی که در طول جلسه انجام می‌دهند، آن‌ها را توسط تمرین‌های منزل به فعالیت بیشتر و همکاری بیشتر سوق می‌دهیم. در واقع از همان آغاز درمان، به بیماران آموزش می‌دهیم که باید در بهبودی خود نقشی فعال داشته باشند و این کار ممکن نخواهد شد جز با حضور فعال در جلسات و خارج از جلسه، به همین دلیل این فاکتور نیز کمک زیادی به بهبود و کاهش علائم آن‌ها می‌کند. فاکتور مهم دیگر که تأثیرپذیری این درمان را بالا برده است، وجود جلسات مقابله با عود بیماری و ممانعت بروز علائم اختلال و مقابله با آن‌هاست. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اولین قدم آن است که فرد نحوه توجه کردن به طور هدفمند، لحظه به لحظه و بدون قضاوت را یاد بگیرد و از پرسش سریع از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شود و بتواند ذهن خود را بر نقطه‌ای واحد متمرکز کند. همچنین در ادامه به درمانجویان نحوه شناسایی تغییرات خلقی و اداره کردن آن‌ها در کوتاه مدت و چالش کشیدن آن‌ها در بلند مدت آموزش داده می‌شود. در درمان به افراد آموزش داده می‌شود که از رویارویی با افکار و احساسات خود فرار نکنند و آن‌ها را تجربه کنند. در این درمان برای آرام کردن حس‌های بدنی ناخوشایند از تکنیک تنفس استفاده می‌شود (۲۴). تمرین‌های شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از قبیل واریسی بدن، تمرین نشستن و تنفس می‌توانند موجب حالت آرمیدگی در فرد شوند اگرچه هدف این درمان القا آرمیدگی به افراد نیست با این حال انجام این تمرین‌ها تا حد زیادی به کاهش علائم اضطراب افراد کمک می‌کند. استفاده از مهارت‌های واریسی بدن، تنفس ذهن آگاهانه و تمرین آگاهی از بدن به کاهش علائم رفتاری و فیزیکی اضطراب می‌انجامد- بنابراین این درمان در بهبود نشانه‌های استرس اثر گذار است. اثربخشی بالای مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه تاثیر بر ابعاد جسمانی و روانی در درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در پژوهش حاضر در رابطه با کیفیت زندگی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در مرحله پس از آزمون تنها بر روی

مسئولین و کارکنان و سالمندان مقیم مراکز اقامت سالمندان که در این پژوهش به ما کمک کردند، سپاسگزار می‌شود.

References

1. He W. Aging Trends. Goodkind D, Kowal PR. An aging world: 2015. U.S. Government Publishing Office; 2016; 10-110.
2. Karpagavalli N, suresh R. Perceived stress and depression among elderly people residing at old age home. international journal of scientific research 2016;7(6):11608-11.
3. BaBamiri M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nemati M, Darvishi M. The Relationship between Coping Styles, Negative Automatic Thoughts, and Hope with Happiness in Addicts of Ahvaz Drug Abuse Rehabilitation Clinics in 2011. Journal of Zanjan University of Medical Sciences 2013;21(84):82-91.
4. Charney DS, Reynolds CF, 3rd, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Archives of general psychiatry 2003;60(7):664-72.
5. Otte C. Incomplete remission in depression: Role of psychiatric and somatic comorbidity 2008. 10(4): 453-60.
6. Dow B, Lin X, Tinney J, Haralambous B, Ames D. Depression in older people living in residential homes. International psychogeriatrics 2011;23(5):681-99.
7. Kizilbash AH, Vanderploeg RD, Curtiss G. The effects of depression and anxiety on memory performance. Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists 2002;17(1):57-67.
8. Meichenbaum D. Stress Inoculation Training. New York: Pergamon Press; 1985.
9. Babazadeh T, Sarkhoshi R, Bahadori F, Moradi F, Shariat F, Sherizadeh Y. Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). Journal of Analytical Research in Clinical Medicine 2016;4(2):122-8.
10. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD. Quality of life assessment in cancer treatment protocols, research issues in protocol development. national cancer institute 1992;84(8):575-9.
11. hesamzade ali, seyedmadah sadat bagher, mohammadi shah bolaghi frahnaz, falahi khoshknab masood, rahgozar mehdi. Comparison of the quality of life of the elderly living with the elderly living in private and public nursing homes in Tehran. iranian Journal of Ageing 1388;4(14):74-66.
12. Erfani Khanghahi M, Ebadi Fard Azar F. Systematic Review and Meta-Analysis of the Quality of Life in Iranian Elderly People Using LEIPAD Questionnaire. Payavard Salamat 2018;11(5):588-97.
13. khaledian M, Sohrabi F, Asghari ganji A, Karami Z. Comparison of the effectiveness of two cognitive-behavioral group therapy and group semantic therapy on reducing depression and increasing life expectancy in Empty Nest Syndrome. Journal of Clinical Psychology Studies 1393;4(15):74-104.
14. Palazzolo J. Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in the Elderly. Annals of Depression and Anxiety 2015; 2(6):1063.
15. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. New York: Taylor & Francis Library; 2008.
16. fathi ashtiani a. Psychological tests, First Volume: Evaluation of the Personality and the Mental Health. Tehran: besat; 1395.
17. Bailey C. Designing a life of wellness: Evaluation of the demonstration program at the wilder Humboldt campus. Minnesota: Wilder Research Center; 2003.
18. Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderlys "quality of life" living at homes and in private or public nursing homes. iranian journal of ageing; 2010;4(4): 0-0.
19. De Leo D, Diekstra RF, Lonqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. Behavioral medicine [Washington, DC]. 1998;24(1):17-27.
20. Felder JN., Dimidjian S., Segal Z. "Collaboration in Mindfulness-Based Cognitive Therapy". Journal of Clinical Psychology. (2012); 68 (2): 179-186.
21. Segal ZV. The Eight-Session Program: How and Why. Williams JMG., Teasdale, J. D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2th ed. New York: Guilford Press, 2013;78-94.
22. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. Frontiers in psychology. 2019;10.
23. Ghodspour Z, Najafi M, Rahimian I. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Psychological Aspects of Quality of Life, Depression, Anxiety, and Stress Among Patients With Multiple Sclerosis. Practice in Clinical Psychology. 2018; 6(4) 215-222.

24. Mohammadi a, Zargar f, Omodi a, Mehrabi a, Akbari m, Bagholi h, et al. An Introduction The Third Generation of Cognitive-Behavioral Therapy. Tehran: Arjmand; 1394.
25. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. C., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Haulibers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalqesh, T.. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 2016,73(6),565-574.
26. Sharma, M. P., Sudhir, P. M., & Narayan, R.. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in persons with depression: A preliminary investigation. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2013, 39(1), 43-50.

Original Article

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life in Elderly Men Living in Nursing Homes

Received: 01/12/2019 - Accepted: 20/02/2020

Mohsen Rafee¹

Parviz Sabahi^{2*}

Shahrokh Makvand Hosseini³

¹Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mahdshahr, Semnan University, Semnan, Iran.

²Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mahdshahr, Semnan University, Semnan, Iran.

³Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Mahdshahr, Semnan University, Semnan, Iran.

Email: P_sabahi@semnan.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression, anxiety, stress and quality of life in elderly men living in nursing homes.

Materials and Methods: 50 elderly men were selected and randomly assigned to experimental and control groups. for measuring the dependent variables from two DASS-42 questionnaires and lipid quality of life. The data were analyzed using multivariate covariance analysis.

Results: The results of this study showed that in the post-test, mindfulness-based cognitive- therapy had only effects on stress and cognitive functions, and in the follow-up phase, cognitive function was significant and only in the stress variable was significant. Also, in step The follow up of depression in the experimental group decreased, although it was not statistically significant.

Conclusion: The results of this study showed that in the post-test, mindfulness-based cognitive therapy had only effects on stress and cognitive functions, and in the follow-up phase, only the stress was significant. Also, in the follow up phase, depression in the experimental group decreased, although it was not statistically significant.

Key words: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Depression, Anxiety, Stress, Quality of Life, Elderly.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.