

اثر آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی فردی و سلامت روان سالمندان زن

صفورا قانع^۱، دکتر جوانشیر اسدی^۲، دکتر فیروزه درخشانیپور*^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس بهداشت روان مرکز بهداشت استان گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ۲- دکتری روانشناسی عمومی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. ۳- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: جمعیت سالمندی با سرعت چشمگیری در سراسر دنیا در حال افزایش است. یکی از معیارهای سنجش نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آن، شاخص کیفیت زندگی است. ذهن آگاهی نوعی هشیاری است و زمانی پدیدار می‌شود که ما با تجربیاتمان به گونه‌ای دقیق‌تر و با جزئیات حاضر در زمان حال و بدون قضاوت مواجه شویم. این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی فردی و سلامت روان سالمندان زن انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه شبه تجربی ۴۶ زن سالمند بالای ۶۰ سال مرکز نگهداری روزانه کانون جهانگردان گرگان به صورت غیرتصادفی در دو گروه ۲۳ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله در هشت جلسه دو ساعته آموزش ذهن آگاهی شرکت نمودند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ (GHQ-28) و پرسشنامه بهزیستی شخصی بزرگسالان (PWI-A) (personal well-being index - adult) بود که در ابتدا و انتهای مطالعه توسط سالمندان تکمیل گردید.

یافته‌ها: در گروه مداخله آموزش ذهن آگاهی سبب افزایش آماری معنی‌دار خرده مقیاس بهزیستی شخصی در پس‌آزمون (۵۷/۴±۵/۳) در مقایسه با پیش‌آزمون (۴۳/۲±۱۰/۶) و نیز خرده مقیاس سلامت روان و مولفه‌های آن در پس‌آزمون (۱۳/۴۷±۵/۳) در مقایسه با پیش‌آزمون (۳۵/۶±۱۰/۹) گردید ($P < 0/05$). خرده مقیاس‌های بهزیستی شخصی و سلامت روان و مولفه‌های آن در ابتدا و انتهای مطالعه گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش ذهن آگاهی سبب بهبود خرده مقیاس‌های بهزیستی شخصی و سلامت روان در زنان سالمند می‌گردد.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، سالمندی، بهزیستی شخصی، کیفیت زندگی

* نویسنده مسؤول: دکتر فیروزه درخشانیپور، پست الکترونیکی f.derakhshanpour@yahoo.com

نشانی: گرگان، خیابان پنجم آذر، مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، تلفن ۰۱۷-۳۲۴۲۴۰۰۴، شماره ۳۲۴۵۱۷۲۱
وصول مقاله: ۱۳۹۶/۲/۹، اصلاح نهایی: ۱۳۹۶/۷/۳، پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱

مقدمه

می‌گیرد و بر احساسی که مردم از زندگی خود دارند؛ تاکید می‌کند. این شاخص متغیرهایی مانند رضایت، عدم وجود افسردگی و اضطراب و خلق و خو و احساسات مثبت را دربرمی‌گیرد (۵). کیفیت زندگی مفهومی پیچیده بوده و بسیاری از اوقات کیفیت زندگی، سلامت و رضایت از زندگی به صورت مترادف مورد استفاده قرار می‌گیرند. از نظر یکی از صاحب‌نظران در این حیطه، کیفیت زندگی عبارت از شادی، ارضای تمایلات، دستیابی به اهداف شخصی، مفید بودن به حال جامعه و توان فیزیکی روحی است (۶). ذهن آگاهی توجه کردن دقیق و لحظه به لحظه به آنجا که فرد هم اکنون در حال تجربه آن و تفکیک واکنش‌های خود از رخداد‌های حسی خام است (۷). ذهن آگاهی یک روش جدید برای کاهش تنهایی است و باعث کاهش خطر ابتلا به بیماری در

جمعیت سالمند جهان به دنبال افزایش طول عمر و کاهش تعداد موالید در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در حال افزایش است (۱). براساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، جمعیت افراد بالاتر از ۶۰ سال بالغ بر پنج میلیون و یکصد هزار نفر بوده است (۲). سالمندان بیشترین مصرف کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی در یک کشور بوده و روز به روز به میزان تقاضای این خدمات افزوده می‌شود. هزینه‌های درمانی آنها نیز دو برابر این هزینه‌ها در جوانان است (۳). کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی فرد می‌تواند زمینه حضور مشکلات روانی در سالمندان را فراهم آورد (۴). بر اساس تعریف Graham و Shier بهزیستی شخصی مقیاس یا مفهومی است که از علوم اجتماعی یا مراقبتی نشأت

بزرگسالان می‌شود. مداخلات مبتنی بر این روش در افراد مبتلا به سرطان (۸)، بیماری‌های مزمن (۹)، اختلالات روانشناختی (۱۰) و کاهش نشانه‌های افسردگی (۱۱) کارایی داشته است. همچنین کارایی و ثبات این روش در پیشگیری از بازگشت افسردگی، کاهش اضطراب و بی‌خوابی گزارش شده است (۱۴-۱۲). این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی فردی و سلامت روان سالمندان زن مرکز نگهداری روزانه کانون جهانگردگان گرگان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه شبه‌تجربی روی ۴۶ زن سالمند بالای ۶۰ سال در مرکز نگهداری روزانه کانون جهانگردگان گرگان (تنها مرکز روزانه) انجام شد. آزمودنی‌ها با نمونه‌گیری در دسترس و به صورت غیرتصادفی در دو گروه ۲۳ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند.

آزمودنی‌ها فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه را تکمیل نمودند. زنان سالمند در مراجعه روزانه به مرکز از برنامه‌های آموزشی متعدد از قبیل آموزش پیشگیری از دیابت، تغذیه صحیح، چگونگی مصرف داروها و عوارض آن، نقش ورزش در پیشگیری از افسردگی استفاده می‌نمودند.

معیار ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر و اخذ رضایت‌نامه برای تکمیل پرسشنامه‌ها بود. معیار عدم ورود به مطالعه شامل مصرف داروهای روانپزشکی و ضعف شدید جسمی نظیر ناشنایی شدید بود.

پرسشنامه GHQ-28 مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند؛ مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس است که شامل مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، مشکلات در ارتباطات اجتماعی و افسردگی وخیم است. این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال است که هر ۷ سوال، یک خرده‌مقیاس را می‌سازد. چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه شامل نشانه‌های جسمانی (شامل مواردی درباره احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود، احساس خستگی آنها همراه با نشانه‌های جسمانی)، اضطراب و اختلال خواب (شامل موارد مرتبط با بی‌خوابی و اضطراب)، اختلال در کارکرد اجتماعی (شامل سنجش توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره و همچنین آشکار ساختن احساس افراد در کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی) و نشانه‌های افسردگی (شامل موارد افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی) است که با روش لیکرت (نمرات صفر تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط پالاهانگ (سال ۱۳۷۵) اعتباریابی شده و اعتبار آن ۰/۹۱ درصد گزارش شده است. مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۴ درصد،

جدول ۱: شرح جلسات برگزار شده ذهن آگاهی

جلسات	موضوع مورد بحث در هر جلسه
اول	آشنا کردن افراد با برنامه کلاس؛ معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ وضع قوانین و مقررات گروهی؛ آشناسازی عملی شرکت‌کنندگان با مفهوم ذهن آگاهی و درک چگونگی کارکرد آن؛ از یک تمرین ساده تحت عنوان «تمرین خوردن کشمش»؛ بحث در مورد تجربیات بیماران در آن تمرین تا مفهوم بودن در لحظه حال و تمرکز و توجه به فعالیتی که هم اکنون در حال انجام است تا برای افراد به‌طور ملموس قابل درک و تجربه شود؛ تمرین و آرسی بدنی؛ آرایه تمرین خانگی
دوم	آموزش تکنیک و آرسی بدنی و تمرین کردن آن؛ شناساندن افکار و احساسات و ارتباط بین آن دو به بیماران و آموزش ثبت رخدادهای مطلوب زندگی روزمره
سوم	تمرین تکنیک «دیدن» و «شنیدن» و نشستن به حالت مراقبه برای ذهن آگاهی از بدن تنفس و نیز احساسات بدنی قوی و تمرین این مهارت‌های آموزش داده شده؛ تمرین تنفس؛ آموزش توجه به حرکات بدنی به‌صورت ذهن آگاهانه؛ راه‌رفتن ذهن آگاهانه و تهیه جدول رخدادهای نامطلوب و آرایه تکالیف خانگی جدید
چهارم	اجزایی مانند تمرین «دیدن» و «شنیدن» و نشستن به حالت مراقبه برای ذهن آگاهی به صداها و افکار، مشابه جلسه؛ شناساندن قلمرو افسردگی به بیماران مانند افکار خودآیند منفی و نیز علائم افسردگی و ملاک‌های لازم برای تشخیص آن؛ تمرین تنفس در انتهای جلسه؛ آرایه جزوه افسردگی
پنجم	نشستن به حالت مراقبه و آگاهی به بدن، صداها و افکار و توجه به این نکته که ما چگونه با تجربیاتمان از طریق عکس‌العمل به افکار، احساسات و حواس بدنی مان ارتباط برقرار می‌کنیم و این سبک برخورد با تجربیات چه دشواری‌هایی را برای ما به ارمغان می‌آورد و چه اثری بر بدن دارد.
ششم	مراقبه به حالت نشسته که هدف آن برخورد با افکار صرفاً به عنوان فکر و نه واقعیت است؛ تمرین‌هایی برای تغییر در افکار و حالات خلقی برای باطل کردن حلقه معیوب خلق و فکر و یافتن راهی متفاوت برای ارتباط برقرار کردن با افکار و نه صرفاً پاسخگویی مستقیم به آنها
هفتم	مراقبه نشسته و مرور تمرین‌های قبل، تمرین‌هایی برای کشف ارتباط بین فعالیت و خلق، تدوین فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند و چگونگی گنجاندن این فعالیت‌ها در برنامه روزانه
هشتم	تمرین و آرسی بدنی؛ مرور کل دوره و بحث پیرامون دست آوردهای گروه و آنچه یاد گرفته شده؛ بحث پیرامون روش‌هایی که می‌توان به‌وسیله آنها این دست آوردها را به بهترین وجه حفظ کرد و بسط آنچه که در طول هفت هفته گذشته آموخته شده در قالب تمرین‌های رسمی و غیررسمی

یک ماه پس از زمان اتمام جلسات، مجدداً پرسشنامه GHQ-28 و پرسشنامه (PWI-A) توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیروف و برای ارزیابی اثر آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی شخصی و سلامت روان از روش تحلیل کوواریانس (MANCOVA) چند متغیره استفاده گردید. یکی از شرایط اجرای این آزمون بررسی مفروضه همگونی کوواریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون M باکس استفاده شد. برای بررسی مقایسه میانگین دو گروه مداخله و کنترل در زمان نرمال نبودن داده‌ها از آزمون من ویتنی و برای مقایسه میانگین دو گروه مداخله و کنترل در زمان نرمال بودن داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و برای برابری واریانس و همگنی شیب رگرسیون از طریق خطوط رگرسیون از آزمون لون استفاده شد. سطح معنی داری تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کنترل $73/39 \pm 8/38$ سال و گروه مداخله $65/61 \pm 4/45$ سال بود. دو گروه از این نظر تفاوتی با یکدیگر نداشتند. دو گروه در متغیرهای دیگر همچون تحصیلات و تاهل نیز تفاوتی نداشتند. اغلب زنان در گروه مداخله (۱۹ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) خانه‌دار بودند.

نتایج آزمون بهزیستی شخصی و سلامت روان در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

خرده مقیاس بهزیستی شخصی گروه کنترل در ابتدای مطالعه $(33/13 \pm 3/4)$ در مقایسه با انتهای مطالعه $(32/9 \pm 3/5)$ از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین مقایسه خرده مقیاس سلامت روان و مولفه‌های آن در ابتدای مطالعه $(35/6 \pm 1/7)$ و انتهای مطالعه $(36/7 \pm 1/7)$ گروه کنترل از نظر آماری معنی دار نبود.

در گروه مداخله آموزش ذهن آگاهی سبب افزایش آماری

اضطراب و اختلال خواب $78/0$ درصد، کارکردهای اجتماعی $79/0$ درصد، افسردگی $81/0$ درصد و وضعیت سلامت روانی $91/0$ درصد برآورد شده است. براساس مطالعه پالاهنگ در هر خرده مقیاس نمرات بالای ۶ و در مقیاس کلی سلامت روان نمرات بالای ۲۲ بیمار تلقی می‌شوند (۱۷).

پرسشنامه (PWI-A) دارای ۷ مقیاس است که هر یک با سطح کیفی زندگی مطرح می‌شوند و شامل استانداردها و شرایط زندگی، تندرستی، آنچه در زندگی به دست آمده، روابط با دیگران، احساس امنیت و آرامش، احساس بستگی و عضویت در میان دیگران و امنیت در آینده است. این هفت حوزه از لحاظ نظری با هم ارتباط دارند. این نشانگر شامل دو بخش است. بخش اول در مورد رضایت کلی از زندگی و بخش دوم شامل هفت ماده از شاخص بهزیستی روانشناختی بوده و دربرگیرنده حوزه‌های خاص رضایت فرد در زندگی (میزان رضایت از استاندارد زندگی) است. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط آقاییوسفی در سال ۱۳۸۴ محاسبه و پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بین $0/70$ تا $0/85$ تعیین شد (۱۸).

پس از غربالگری اولیه، تعداد ۴۶ نفر از زنانی که نمره آنان در آزمون‌ها، بالای نقطه برش بود؛ انتخاب شدند و به صورت غیرتصادفی در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند.

گروه مداخله در هشت جلسه دو ساعته آموزش ذهن آگاهی شرکت نمودند و برای گروه کنترل آموزشی صورت نگرفت. سپس متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. مدرس کارگاه با درجه کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، در کارگاه‌های آموزشی ذهن آگاهی دوره دیده بود.

در جلسات آموزشی از روش‌های پرسش و پاسخ و کار عملی برای جلوگیری از خستگی و کسالت آزمودنی‌ها استفاده شد. در هر جلسه زمانی به مرور مطالب جلسه قبل و کار در منزل اختصاص داده شد (جدول یک).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده مقیاس‌های بهزیستی شخصی و سلامت روان و مولفه‌های آن در دو گروه مداخله و کنترل از زنان سالمند

متغیرها	گروه مداخله (n=23)		گروه کنترل (n=23)		p-value
	میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون	میانگین و انحراف معیار ابتدای مطالعه	میانگین و انحراف معیار انتهای مطالعه	
استاندارد زندگی	$5/18 \pm 2/8$	$7/9 \pm 1/4$	$4/12 \pm 1/2$	$4/12 \pm 1/2$	$> 0/05$
بهداشت	$4/4 \pm 0/5$	$6/18 \pm 1/6$	$3/15 \pm 1/1$	$3/15 \pm 1/1$	$> 0/05$
خرده مقیاس بهزیستی شخصی	$5/18 \pm 2/5$	$8/12 \pm 1/2$	$5/9 \pm 0/9$	$5/9 \pm 0/9$	$> 0/05$
روابط با دیگران	$7/18 \pm 2/6$	$9/0 \pm 1/3$	$5/11 \pm 1/1$	$5/11 \pm 1/1$	$> 0/05$
امنیت و آرامش	$6/5 \pm 2/5$	$8/7 \pm 1/1$	$4/7 \pm 0/7$	$4/7 \pm 0/7$	$> 0/05$
احساس عضویت	$7/4 \pm 2/3$	$8/8 \pm 1/2$	$4/9 \pm 1/0$	$4/9 \pm 1/0$	$> 0/05$
امنیت در آینده	$5/7 \pm 2/3$	$8/0 \pm 1/3$	$4/8 \pm 0/8$	$4/8 \pm 0/8$	$> 0/05$
خرده مقیاس سلامت روان	$10/5 \pm 3/6$	$12/3 \pm 2/3$	$9/8 \pm 3/5$	$10/0 \pm 0/5$	$> 0/05$
اضطراب و بی‌خوابی	$11/18 \pm 4/9$	$12/3 \pm 2/3$	$9/18 \pm 4/0$	$10/2 \pm 2/7$	$> 0/05$
عملکرد اجتماعی	$7/12 \pm 2/3$	$7/4 \pm 1/3$	$9/3 \pm 3/7$	$10/9 \pm 3/1$	$> 0/05$
افسردگی آن	$6/0 \pm 5/3$	$1/2 \pm 3/1$	$6/3 \pm 4/5$	$5/5 \pm 3/4$	$> 0/05$

معنی دار خرده مقیاس بهزیستی شخصی در پس آزمون ($57/4 \pm 5/3$) در مقایسه با پیش آزمون ($43/2 \pm 10/6$) گردید ($P < 0/001$). همچنین خرده مقیاس سلامت روان و مولفه‌های آن در پس آزمون ($13/47 \pm 5/3$) گروه مداخله در مقایسه با پیش آزمون ($35/6 \pm 10/9$) از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی شخصی و سلامت روان سالمندان گردید.

نتیجه این مطالعه با دیگر مطالعات (۱۲ و ۲۲-۱۹) مشابه و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت حضور ذهن به معنی توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است. یعنی ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت‌ها، هیجانات یا احساسات اما بدون این که نسبت به خوبی یا بدی حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم و مهم یا بی‌اهمیت بودن آنها قضاوت و ارزیابی شود. این روش می‌تواند به کاهش انواع شرایط مشکل‌زا از جمله استرس، اضطراب، عود افسردگی و اختلال خوردن منجر شود و سلامت روان افراد را حفظ نماید. همچنین در مطالعه آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش بهزیستی شخصی سالمندان گردید که مشابه دیگر مطالعات (۲۱ و ۲۳ و ۲۴) است.

در مطالعه ما آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش رضایت از زندگی در سالمندان شد که با دیگر مطالعات (۲۰ و ۲۲) مشابه است. این آموزش موجب ایجاد مهارت‌هایی شامل اثر در روابط بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل فشار و ناراحتی است. مراجعان در گروه، این مهارت‌ها را به همراه درمانگر خود تمرین می‌کنند تا این که بتوانند به زندگی روزمره تعمیم دهند و باعث تنظیم عاطفه و خلق می‌گردند.

در مطالعه ما آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش استاندارد زندگی شد که همسو با مطالعه Godfrin و van Heeringen (۱۹) بود. ذهن آگاهی موجب رضایت از زندگی در سالمندان شده؛ به طوری که باعث حالات هیجانی مثبت و افزایش دید سالمند از استانداردهای زندگی می‌گردد. در مطالعه حاضر، آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش بهداشت و تندرستی سالمندان شد که مشابه مطالعات دیگر (۱۹ و ۲۰) بود. ذهن آگاهی منجر به افزایش توجه آگاهانه، انعطاف‌پذیری روانی، کاهش شکایات جسمانی، افسردگی و اضطراب می‌شود (۲۵).

در مطالعه حاضر آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش دستاوردهای زندگی سالمندان شد. ذهن آگاهی در حیطه کسب تجارت، پیشنهاد کننده افزایش میزان خلاقیت و کاهش فرسودگی شغلی است. ذهن آگاهی در محیط‌ها، از قابلیت مطلوب‌تری برای

استفاده خلاقانه از اشیاء در هنگام نیاز به استفاده ابتکاری از موضوعات برخوردار بوده و سبب بهبود سطح توجه و علاقه آنان به تکلیف و بهبود حافظه می‌گردد (۲۶).

در مطالعه ما آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش روابط با دیگران گردید که با دیگر مطالعات (۲۰ و ۲۴) مشابه بود. مهارت‌های ذهن آگاهی و رفتار درون فردی همراه با پذیرش بدون قضاوت فرد باعث کاهش اضطراب و هیجان‌های فرد در محیط‌های اجتماعی شده و فرد عزت نفس بیشتری پیدا کرده که منجر به افزایش عملکرد اجتماعی فرد می‌گردد (۲۶).

در مطالعه حاضر، آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش امنیت آرامش سالمندان شد. در مطالعه McCracken و همکاران (۲۷) و Cho و همکاران (۲۵) نیز نتایج مشابهی به دست آمد. به طوری که ذهن آگاهی در روش ایمن‌سازی شخص را آماده می‌سازد تا گام به گام با عامل تهدیدکننده مقابله نماید. با انجام چنین شیوه‌ای، راهبردهای عینی برای مهار وضعیت به فرد آموخته می‌شود. به نظر می‌رسد افرادی که قبل یا در حین مواجهه فشار آور از ایمن‌سازی آموزش دیده‌اند؛ بیش از دیگران با شرایط اضطراب‌آمیز و بحرانی کنار می‌آیند.

در مطالعه ما آموزش ذهن آگاهی موجب ارتقاء سلامت روان گردید. زیرا ذهن آگاهی موجب افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات، تمایلات عملی، هماهنگی شدن رفتارهای سازگاران و حالت‌های روان‌شناختی مثبت، بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود که مشابه نتایج مطالعه Godfrin و van Heeringen (۱۹) بود. به طور خلاصه، آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه‌های بدنی اضطراب همانند دیگر مطالعات (۱۰ و ۲۸ و ۲۹)، کاهش اضطراب همانند مطالعه Hofmann و همکاران (۱۰)، کاهش اختلال عملکرد اجتماعی مانند مطالعات دیگر (۲۱ و ۲۴) و کاهش افسردگی مانند مطالعات دیگر (۱۰ و ۱۹) شد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش ذهن آگاهی سبب بهبود خرده مقیاس‌های بهزیستی شخصی و سلامت روان در زنان سالمند می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم صفورا قانع برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات گرگان بود. بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

References

1. Shah A. The relationship between population growth and elderly suicide rates: a cross-national study. *Int Psychogeriatr*. 2009 Apr;21(2):379-83. doi: 10.1017/S1041610208007953
2. Karbassi AR, Abduli MA, Abdollahzadeh EM. Sustainability of energy production and use in Iran. *Energy Policy*. 2007; 35(10): 5171-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enpol.2007.04.031>
3. Malhotra R, Chan A, Malhotra C, Østbye T. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. *Hypertens Res*. 2010 Dec; 33(12): 1223-31. doi: 10.1038/hr.2010.177
4. Ganji K, Zabihi R, Khodabakhsh R. [Preliminary study of the clock drawing pattern in children with and without dyscalculia]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 19(3): 211-22. [Article in Persian]
5. Graham JR, Shier ML. The social work profession and subjective well-being: The impact of a profession on overall subjective well-being. *Br J Soc Work*. 2010; 40(5): 1553-72. doi: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp049>
6. Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs*. 1990 Nov; 6(4):248-54.
7. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2007; 18: 211-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598298>
8. Shennan C, Payne S, Fenlon D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology*. 2011 Jul; 20(7): 681-97. doi: 10.1002/pon.1819
9. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2010 Jun; 68(6): 539-44. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.005
10. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Apr; 78(2): 169-83. doi: 10.1037/a0018555
11. Sattarpour F, Ahmadi E, Sadegzadeh S. [Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students]. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2015; 17(3): 81-88. [Article in Persian]
12. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, et al. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: a randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med*. 2010 Sep-Oct; 16(5):30-8.
13. Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore (NY)*. 2011 Mar-Apr; 7(2):76-87. doi: 10.1016/j.explore.2010.12.003
14. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2011 May; 187(3):441-53. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.011
15. Shayan Z, Pourmovahed Z, Najafipour F, Mohammad Abdoli A, Mohebpour F, Najafipour S. Factor structure of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) from infertile women attending the Yazd Research and Clinical Center for Infertility. *Int J Reprod Biomed (Yazd)*. 2015 Dec; 13(12): 801-808.
16. Agha Yousefi AR, Alipour A, Sharif N. Reliability and validity of the "personal well-being index - adult" in mothers of mentally retarded students in North of Tehran-Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2011; 5(2): 106-13.
17. Palahang H, Nasr M, Brahani MN, Shahmohammadi D. [Epidemiology of mental illnesses in Kashan city]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1996; 2(4): 19-27. [Article in Persian]
18. Agha Yousefi AR, Alipour A, Sharif N. [Psychometric properties indicating personal welfare - the scale of cognitive disabilities]. *Research on Exceptional Children*. 2009; 9(2): 145-54. [Article in Persian]
19. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2010 Aug; 48(8):738-46. doi: 10.1016/j.brat.2010.04.006
20. Creswell JD, Irwin MR, Burklund LJ, Lieberman MD, Arevalo JM, Ma J, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain Behav Immun*. 2012 Oct; 26(7): 1095-101. doi: 10.1016/j.bbi.2012.07.006
21. Behnam Vashani H, Vahedian Shahroudi M, Jafarzade Fakhari M. [The quality of life on the elderly in Sabzevar, Iran]. *J Sabzevar Uni Med Sci*. 2010; 17(3): 213-17. [Article in Persian]
22. Ghasemipour Y, Ghorbani N. [Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 154-62. [Article in Persian]
23. Demeyer I, De Lissnyder E, Koster EH, De Raedt R. Rumination mediates the relationship between impaired cognitive control for emotional information and depressive symptoms: A prospective study in remitted depressed adults. *Behav Res Ther*. 2012 May; 50(5):292-7. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.012
24. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Jun; 48(2): 198-208. doi: 10.1037/a0022062
25. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Lee SM, Moon DE. Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *J Pain*. 2010 Aug; 11(8):789-97. doi: 10.1016/j.jpain.2009.12.006
26. Mollazadeh J, Ashoori A. [Effectiveness of cognitive - behavioral group therapy in preventing recurrence and improving the mental health of addicted people]. *Daneshvar Raftar*. 2009; 16(34): 1-12. [Article in Persian]
27. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007 Sep; 131(1-2):63-9. doi: 10.1016/j.pain.2006.12.013
28. Khanjani Z, Mohammadi F, Hashemi T, Bakhshipour A, Bairami M. The effect of brain-behavioural systems and affects on dimensional obsessive-compulsive signs. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014; 18(2):80-91.
29. Metcalf CA, Dimidjian S. Extensions and mechanisms of mindfulness - based cognitive therapy: a review of the evidence. *Australian Psychologist*. 2014; 49(5): 271-79. doi: 10.1111/ap.12074

Original Paper

Effect of mindfulness training on individual well-being and mental health of elderly women

Safoora Ghane (M.A)¹, Javanshir Asadi (Ph.D)², Firoozeh Derakhshanpour (M.D)^{*3}

¹M.A in General Psychology, Mental Health Expert Health Center of Golestan, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ²Ph.D in General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. ³Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Professor of Psychiatry, Golestan Psychiatric Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: The elderly population is rising rapidly in the world and one of the criteria for assessing the needs and health of the elderly is life quality. Mindfulness is a kind of consciousness, and it comes about when we encounter our experiences with a more precise and detailed in the present and without judgment. This study was done to determine the effect of mindfulness training on personal well-being and mental health in elderly women.

Methods: This quasi-experimental study was done on 46 elderly women over 60 years of age who displaced in the only daily nursing home in Gorgan, northern Iran. The subjects were non-randomly divided into the intervention and control groups. The intervention group participated in eight sessions of two-hour mental education training. Personal information questionnaire, general health questionnaire-28 (GHQ-28) and personal well-being index – adult (PWI-A). PWI-A and mental health questionnaires were completed by the elderly at the beginning and the end of the study.

Results: In the intervention group, mindfulness education significantly increased the subscale of personal well-being in the post-test (57.4 ± 3.5) compared to the pre-test (43.2 ± 10.6), and the subscale of mental health and its components in the post-test (13.47 ± 5.5) compared to the pre-test (35.6 ± 10.9) ($P < 0.05$). In the control group, the subscales of personal well-being and mental health and its components at the prior and the end of the study was not different.

Conclusion: Mental education improves subscales of personal well-being and mental health in elderly women.

Keywords: Mindfulness, Elderly, Personal well-being, Quality of life

*** Corresponding Author: Derakhshanpour F (M.D), E-mail: f.derakhshanpour@yahoo.com**

Received 29 Apr 2017

Revised 25 Sep 2017

Accepted 23 Oct 2017