

The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women

Ziba Barghi Irani  

Payame Noor University, Tehran

Leila Dehghan Saber 

Payame Noor University, Tehran

Abstract

Receive: 29.11.2020

Acceptance: 19.01.2021

Keywords: Mindfulness based therapy, spiritual therapy, irrational beliefs, anxiety, elderly

How to cite this article: Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2020). The Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and spiritual therapy on irrational beliefs and anxiety in the older women. *Aging Psychology*, 6(4), 321-339.

People in the old age are increasingly exposed to mental disorders such as anxiety and depression, due to the prevalence of numerous losses such as spouse, relatives, friends, occupation, social and economic status, beliefs, and suchlike. Therefore, the aim of the current study was to compare the effectiveness of mindfulness-based therapy (MBT) and spiritual therapy (ST) on irrational beliefs and anxiety in the older women. This was a semi-experimental study with pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population included all the elderly women who were the member of Jahandidegan center, Tehran among whom 45 (three groups containing 15 people) with the mean age of 60-70 (SD=4.58) were selected using convenience sampling method along with inclusion and exclusion criteria and assigned randomly into two experimental and one control group. Participants underwent Kabat's MBT and Gallanter and Siegel's ST in 90-minute sessions twice a week, and a follow-up test was performed one month after the posttest. Used to collect data were Jones's Irrational Belief and Spielberger's Overt and Covert Anxiety scales. The obtained data were analyzed by univariate analysis of covariance altogether with Bonferroni post-hoc. The results showed that both treatments were effective in reducing irrational beliefs and overt and covert anxiety, and this effect was persistent during the follow-up period ($P < 0.001$). The comparison of MBT and ST showed that although there is no difference between the effectiveness of the two kinds of therapy on irrational beliefs, MBT is more effective than ST in reducing overt and covert anxiety ($P < .001$). According to the results, mindfulness-based and spiritual therapy can be used as effective interventions for reducing irrational beliefs and anxiety when it comes to designing programs regarding the promotion of mental health in the elderly.

Ziba Barghi Irani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Payame Noor University of Tehran, Iran; Leila Dehghan Saber, Master of Art in General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Ziba Barghi Irani, Associate Professor of General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: dr.zirani1@gmail.com



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند

لیلا دهقان صابر

دانشگاه پیام نور، تهران

زیبا برقی ایرانی

دانشگاه پیام نور، تهران

چکیده

دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۳۰

در سنین سالمندی به دلیل شیوع از دست دادن‌ها و فقدان‌های متعدد نظیر همسر، اقوام، دوستان، شغل، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، باورها و اعتقادات و غیره، افراد بیش از پیش در معرض زمینه‌های ابتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی قرار دارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند کانون جهان‌دیدگان تهران بود که ۴۵ نفر (سه گروه ۱۵ نفره) از سالمندان زن با میانگین سنی ۷۰-۶۰ سال (انحراف معیار ۴/۵۸) با روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. آموزش ذهن آگاهی کابات زین و معنویت درمانی گالاتر و سیگل در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار شد و پس از گذشت یک ماه از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به عمل آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی جونز و اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر استفاده شد و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری با آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان تأثیرگذار بودند و این تأثیر در دوره پیگیری ماندگار بود ($P \leq 0/001$). مقایسه دو روش درمانی نشان داد که بین آموزش ذهن آگاهی و معنویت درمانی در متغیر باورهای غیرمنطقی تفاوتی وجود ندارد. ولی ذهن آگاهی نسبت به معنویت درمانی دارای تأثیرگذاری بیشتری بر کاهش اضطراب آشکار و پنهان است ($P \leq 0/001$)؛ طبق نتایج می‌توان در طراحی برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت روان سالمندان از آموزش ذهن آگاهی و معنویت درمانی به عنوان مداخلات مؤثر در کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب سالمندان استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، معنویت درمانی، باورهای غیرمنطقی، اضطراب سالمند

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

برقی ایرانی، ز، و دهقان صابر، ل. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۴)، ۳۳۹-۳۲۱.

زیبا برقی ایرانی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران؛ لیلا دهقان صابر، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به زیبا برقی ایرانی، دانشیار روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: dr.zirani1@gmail.com

اضطراب پنهان و آشکار سنجیده می‌شوند. اضطراب پنهان نشان دهنده اضطراب شخصیتی فرد است و بعضی از افراد نسبت به دیگران استعداد بیشتری برای ابتلا به آن را دارند و وقتی افراد با محرک استرس‌زا روبرو می‌شوند ایجاد می‌شود درحالی‌که اضطراب آشکار در موقعیت ویژه‌ای بروز می‌کند، شخص احساس تنش و تعارض در برابر آن دارد و بر خود کنترل ندارد (اشپیل برگر، ۱۹۸۹؛ به نقل از هوروات و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعات نشان دادند که اضطراب با تغییرات الگوی خواب (مینر و گرایگر، ۲۰۱۷؛ لای و همکاران، ۲۰۱۸)، تغییرات وزن، خوردن، مشکلات گوارشی و همبودی اضطراب و افسردگی در سالمندان (ژاو و همکاران، ۲۰۲۰)، خستگی، گوشه‌گیری، اختلال در زندگی اجتماعی، مشکلات حافظه، اختلالات خلقی، استرس (بابازاده و همکاران، ۲۰۱۶؛ تاپ و همکاران، ۲۰۲۰) و انزوای سالمندان (کوران و همکاران، ۲۰۲۰) ارتباط دارد.

از جمله عواملی که می‌تواند سطوح اضطراب را در سالمندان تشدید کند باورهای غیرمنطقی است. باورهای غیرمنطقی، طرح‌واره‌ها و ساختارهای پیچیده‌ای هستند که مفاهیم ساختاریافته فرد را بر اساس واقعیت و پاسخ‌های رفتاری به آن واقعیت نشان می‌دهند. باورهای منطقی به‌عنوان باورهای انعطاف‌پذیر، غیر مفرط و عقلانی و باورهای غیرمنطقی به‌عنوان باورهای خشک، افراطی و نامعقول تعریف شده‌اند. به نظر آلیس (۱۹۹۹) رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها، اعتقادات و طرز تفکر او است. اضطراب، افسردگی، غم، خشم و ترس همگی ناشی از طرز فکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است. وی نام این باورهای را باورهای غیرمنطقی گذاشت. منظور از باورهای غیرمنطقی خواست‌ها و اهدافی است که به‌صورت ترجیحات ضروری در می‌آیند به‌طوری‌که اگر برآورده نشوند تبدیل به اضطراب و آشفتگی می‌شوند. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که باورهای غیرمنطقی با باورها و نگرش‌ها و پذیرش بدون قید و شرط دوران سالمندی رابطه منفی دارد (واسیل، ۲۰۱۲). های‌اسلیپ و همکاران (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ارتباط باورهای غیرمنطقی با علائم افسردگی در سالمندان نشان دادند که باورهای شناختی-هیجانی وابستگی/انعطاف‌ناپذیری به‌طور مثبت و باور کنترل درونی/سازگاری به‌طور منفی با علائم بدنی و عاطفی افسردگی مرتبط می‌باشند. نعیمی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف تحلیل کانونی رابطه

سالمندی از مراحل حساس در تحول روانی انسان است که تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی را به همراه دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود (صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۵). افراد در دوره سالمندی با مجموعه‌ای از ناتوانی‌های جسمی، روانی و محرومیت‌های اجتماعی مواجه می‌شوند که باید با آنها کنار بیایند (کرین، ۲۰۱۶). سالمندی در جهان امروز و به‌ویژه در کشورهای صنعتی به‌عنوان پدیده قرن تجلی یافته است؛ زیرا ارتقای استانداردهای رفاهی و کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی را تا مرز ۸۰ سال و بیشتر موجب شده است (قادری و مصطفایی، ۱۳۹۳). به‌طوری‌که سازمان ملل در سال ۲۰۰۹ جمعیت سالمند جهان را ۷۵۰ میلیون نفر برشمرد است و پیش‌بینی می‌کند این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید (کوشیار و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت هر فرد بالای ۶۵ سال سالمند تلقی می‌شود (ایرانی و همکاران، ۱۳۹۶). طبق جدیدترین آمارهای سرشماری مرکز آمار ایران (۱۳۹۵)، جمعیت سالمند ایران به‌طور تقریبی ۵ میلیون نفر گزارش شده است و طی مدت ۳۰ سال، نسبت جمعیت سالمند ایران به کل جمعیت دو برابر شده است و این رشد جمعیت سالمند همچنان نیز با شیب تندی ادامه دارد؛ بنابراین افزایش جمعیت سالمندان، توجه متخصصان را به نیازهای اولیه آنان از جمله نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی جلب کرده است که برطرف کردن چنین نیازهایی، مستلزم شناخت بهتر سالمندان و تمام ابعاد زندگی آنان است (احدی و جمهری، ۱۳۹۰).

یکی از اختلالاتی که موجب درد و رنج سالمندان می‌شود، اضطراب است. اضطراب یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قرن حاضر است که می‌توان گفت اغلب افراد را در جامعه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین وجود سطح معینی از اضطراب نه‌تنها لازمه بقا، بلکه برای انجام امور زندگی نیز ضروری است اما در صورت بیشتر شدن از سطح معینی، این اضطراب، نقش سازگاری خود را از دست می‌دهد و منجر به رفتارهای غیر انطباقی می‌شود که در این صورت می‌توان آن را بیمارگونه تلقی کرد (لیدوکس و فین، ۲۰۱۶). اضطراب می‌تواند یک متغیر چندبعدی باشد که دو بعد اصلی آن تحت عنوان اضطراب آشکار و پنهان شناخته شده است که در پرسش‌نامه

معنویت به‌عنوان زیربنای باورها، یک جنبه مهم از زندگی سالمندان است و به‌نظر می‌رسد در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها نقش دارد (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین یکی از راه‌های کاهش اضطراب معنویت درمانی است که نقش اساسی در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان دارد (لی و سلمان، ۲۰۱۸). معنویت اشاره به شیوه‌ای دارد که افراد معنی و هدف زندگی خود را جستجو و بیان می‌کنند و در آنها اتصال با خود، دیگران، طبیعت و روحانیت یا تقدس را تجربه می‌کنند (پوچالسکی و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس با توجه به جمعیت رو به افزایش سالمند و شیوع مشکلات عاطفی و روانی در بین آنان و کمبود خدمات ویژه‌ی سالمندان توجه به معنویت و ایمان، برای مقابله با این شرایط، ضروری به‌نظر می‌رسد. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که در ابعاد متعالی (و نه جسمانی) زندگی وجود دارد و انسان را در ارتباط خصوصی و صمیمی با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد (سلیگمن، ۱۹۹۲؛ به نقل از خالقی پور و همکاران، ۱۳۹۵). مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت درمانی یکی از روش‌های درمانی است که می‌کوشد تا با استفاده از مفاهیم و فنون شناخت درمانی جهت اصلاح انحرافات، خطاها و باورهای شناختی که مانع پرداختن واقع‌گرا و اصیل به اضطراب‌های وجودی نظیر پیش‌بینی‌ناپذیری و غیرقابل‌کنترل بودن امور، مرگ و بی‌معنایی و تنهایی می‌شود، عمل کرده و در نهایت با کمک به پذیرش رنج و معنی آفرینی مثبت برای آن‌که از طریق تصحیح باورها و تصورات انسان واره افراد از خدا ممکن خواهد شد به سازگاری بهتر رنج‌دیدگان کمک کند (دهخدا، ۱۳۹۲؛ به نقل از رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که معنویت درمانی در سال‌های گذشته برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب افسردگی سالمندان (عسگری و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش افسردگی (لی و سلمان، ۲۰۱۸)، افزایش کیفیت زندگی، سلامت معنوی شادکامی و سرسختی زنان سالمند (صدرمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷)، امید به زندگی، رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی (وو و کو، ۲۰۱۶) مؤثر است. نتایج مطالعات آلوستانی و ممشلی (۱۳۹۹) با هدف تأثیر گروه درمانی معنوی بر اضطراب مرگ سالمندان حاکی از آن است که معنویت درمانی بر کاهش اضطراب مرگ

بین جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی در سالمندان نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بیرونی ۰/۶۲ باورهای غیر منطقی را تبیین می‌کنند. همچنین بین متغیرهای باور غیرمنطقی، جهت‌گیری مذهبی درونی، درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی رابطه معنی‌دار منفی دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری مذهبی درونی ۰/۴۲ باورهای غیر منطقی را تبیین می‌کنند. همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین باورهای غیرمنطقی و امنیت روانشناختی و کیفیت زندگی، افزایش فرسودگی، سلامتی و سلامت روانی، اضطراب و موقعیت‌های پرسترس، اختلالات عاطفی، استرس، افسردگی و خلق افسرده، نگرش به مرگ رابطه معنی‌دار وجود دارد (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند در کاهش اضطراب سالمندان مؤثر باشد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹). ذهن‌آگاهی یکی از مفاهیم اصلی است که در طول دهه گذشته نظر پژوهشگران را به خود جلب کرده است و به‌عنوان یک موضوع مهم در ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تصویب شده است (کانگان سیمی و همکاران، ۲۰۱۴). در این درمان مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای مقابله با استرس‌های زندگی و پرورش آگاهی از لحظه حاضر آموزش داده می‌شود و شامل مراقبه‌های مربوط به فکر، آرامش و هاتا یوگا است (برنتلی، ۲۰۱۱). ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (فورتی، ۲۰۱۲). یکی از اهداف اصلی این برنامه، ارتقای سلامتی و کاهش استرس است (لنگاچر و همکاران، ۲۰۱۱). در روانشناسی معاصر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک رویکرد برای افزایش آگاهی و پاسخ‌دهی ماهرانه به فرایندهای ذهنی که در آشفتگی‌های هیجانی و رفتار ناسازگارانه نقش دارند پذیرفته شده است (آرچ و همکاران، ۲۰۱۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات روان‌شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گرفته که می‌تواند به کاهش افسردگی زنان (کاکاوند، ۱۳۹۵)، کاهش افسردگی و نگرش صمیمانه (جوانمردی و همکاران، ۲۰۲۰)، ارتقای توجه (لاروچی و همکاران، ۲۰۱۷) و اضطراب، افسردگی و تعادل عملکردی ایستا (کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹) سالمندان اشاره کرد.

ذکر شده در خصوص ارتباط ذهن، گذشته‌نگری یا آینده‌نگری و تأثیر آن بر اضطراب، همچنین درگیر شدن ذهن و شناخت با مسائل و تأثیر آن بر سلامت روان‌شناختی سالمندان، همچنین در خصوص اضطراب و ارتباط آن با توجه به مسائل مختلف روان، سؤال‌هایی مطرح می‌شود؛ از جمله اینکه کدام مداخله برای بهبود این مؤلفه‌ها مفیدتر است. بنابراین، انجام مطالعاتی با رویکرد بررسی تأثیر و مقایسه مداخلات روان‌شناختی و معنویت محور در یک روش پژوهش آزمایشی جهت مشخص کردن اندازه اثر هر کدام از آنها بر کاهش اضطراب و باورهای غیرمنطقی در دوران سالمندی ضروری به نظر می‌رسید. از سوی دیگر، به دلیل آنکه اضطراب و باورهای غیرمنطقی متغیر کلیدی در زندگی افراد به‌ویژه سالمندان محسوب می‌شود و تاکنون پژوهش‌های در این زمینه انجام شده است؛ ولی پژوهشی که به‌طور مستقیم ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی را بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان مورد بررسی قرار داده باشد صورت نگرفته است. بنابراین در این پژوهش هدف بررسی و مقایسه تأثیر درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی بر کاهش اضطراب و باورهای غیرمنطقی سالمندان بود تا مشخص شود که کدام یک از این درمان‌ها تأثیر معنادار و پایدارتری در طی زمان دارد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از اینکه (۱) بین آموزش ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر باورهای غیرمنطقی زنان سالمند تفاوت وجود دارد و (۲) بین ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر اضطراب زنان سالمند تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند کانون جهان دیدگان تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از سالمندان بالای ۶۰ سال با روش نمونه‌گیری هدفمند و با دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش ۶۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد. از بین افرادی که واجد معیارهای ورود پژوهش بودند و همچنین مورد غربالگری (با مقیاس اضطراب آشکار و پنهان) قرار گرفتند، ۴۵ نفر با توجه به نمره مقیاس اضطراب به صورت هدفمند انتخاب و

سالمندان مؤثر است. تیواری و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی با موضوع معنویت و بهزیستی روان‌شناختی در ۲۰۰ سالمند نتیجه گرفتند سالمندانی که سطوح بالاتری از معنویت را دارند بهزیستی بالاتر خواهند داشت. دشت‌بزرگی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان مؤثر است.

نتایج مطالعه ملاجعفر و همکاران (۱۳۹۶) که در زمینه تأثیر پروتکل مبتنی بر یکپارچه شده (ترکیب سه درمان شناختی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی) بر کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان انجام شد، نشان داد که این درمان بر کاهش آلام و مشکلات سالمندان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس مؤثر است. رستمی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌زدگی وجودی سالمندان نشان دادند که هر دو روش درمانی بر کاهش دل‌زدگی وجودی تأثیرگذار بودند و این تأثیر در دوره پیگیری ماندگار بود مقایسه دو روش درمانی نشان داد که روش معنویت درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تأثیرگذاری بیشتری بر کاهش دل‌زدگی وجودی است. حدادی‌کوهسار و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. به عبارت دیگر اثربخشی مداخله‌های درمانی در هر دو گروه یکسان می‌باشد.

مطالعات انجام شده در حوزه سالمندی نشان داده است که درمان‌های مختلف تأثیرهای متفاوت و گاه معناداری بر کاهش مشکلات و افزایش توانمندی سالمندان داشته‌اند که از جمله این درمان‌ها می‌توان به آموزش ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی اشاره کرد که به دلیل استفاده گسترده از آنها در مطالعات مختلف و در گروه‌های سنی متفاوت، جزء درمان‌های نوین و کاربردی محسوب می‌شوند (رستمی، ۱۳۹۷؛ عسگری، ۱۳۹۵). این درمان‌ها همچنین به دلیل مبنای نظری و محتوای برنامه درمانی آنها برای گروه‌های بزرگسال و سالمند انطباق بیشتری دارد. با توجه به بررسی و مطالعه روش‌های مختلف بر بهبود اضطراب و باورهای غیرمنطقی سالمندان و همین‌طور با توجه به پژوهش‌های

احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان هم شامل بیست گویه است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. ده عبارت مقیاس اضطراب آشکار و یازده عبارت مقیاس اضطراب پنهان، بر این اساس نمره‌گذاری می‌شوند که دامنه نمرات برای اضطراب آشکار و پنهان ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، ۳۲ تا ۴۲ متوسط و پایین، ۴۳ تا ۵۳ متوسط به بالا، ۴۶ تا ۵۶ به نسبت شدید، ۶۵ تا ۷۵ شدید و ۷۶ و بالاتر اضطراب بسیار شدید است (مهرام، ۱۳۷۲). نتایج نشان می‌دهد که همبستگی بین دو فرم اضطراب بسیار بالا است (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه‌ای اضطراب اشپیل برگر و مقیاس‌های دیگر که سازه اضطراب را می‌سنجد بالا است. همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه اضطراب^۵ بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۷ درصد، و با مقیاس اضطراب تیپور^۶ از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ برآورد شده است (اشپیل برگر، ۱۹۸۳، به نقل از مهرام، ۱۳۷۲). پایایی این پرسش‌نامه در تحقیقات مختلف ۸۷ درصد محاسبه شده است. در مطالعه مقدماتی روحی و همکاران (۱۳۸۴) میزان پایایی آزمون را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود. در پژوهش حاضر اعتبار همزمان پرسش‌نامه اضطراب آشکار با اضطراب پنهان ($r=0/78, P \leq 0/001$) بود که نشان دهنده روایی همزمان پرسش‌نامه اضطراب آشکار است. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای اضطراب آشکار ۰/۷۸ و برای پنهان ۰/۷۶ بود.

روش اجرا

پس از هماهنگی با مسئولان کانون جهان دیدگان شهر تهران از آنان خواسته شد تا سالمندان زن با نشانگان اضطراب را به پژوهشگر معرفی کنند. در مجموع تعداد ۶۰ سالمند زن پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. همچنین، معیارهای حذف شرکت‌کنندگان (۱) ابتلا به اختلالات شناختی و بیماری‌های جسمی در میانه درمان که مانع شرکت فرد در جلسات شود، (۲) عدم رضایت فرد به ادامه درمان و (۳) غیبت در حداکثر ۳ جلسه درمانی می‌شدند. گروه آزمایش معنویت درمانی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲) و ذهن‌آگاهی ۸ جلسه

به روش تصادفی در سه گروه (ذهن‌آگاهی، معنویت و گروه کنترل) گمارش شدند. ملاک‌های ورود عبارت از (۱) دامنه سنی ۶۰-۷۰ سال، (۲) نمره بالا در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بودند و ملاک‌های خروج عبارت از (۱) معلولیت یا بیماری جسمانی و روانی خاص دیگر، (۲) ابتلا به اختلال عصبی-شناختی و بیماری آلزایمر، (۳) شرکت همزمان در برنامه درمانی یا مداخلات مددکاری اجتماعی.

ابزار

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی^۱. این آزمون برای اندازه‌گیری و سنجش عقاید غیرمنطقی در سال ۱۹۶۸ توسط جونز تهیه شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۰۰ عبارت و از ۱۰ خرده مقیاس ساخته شده است که به صورت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره کمتر نشان دهنده منطقی‌تر بودن فرد است نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ است. در پایان نمرات فرد را در هر خرده مقیاس جمع کرده تا نمره کل فرد به دست آید. جونز (۱۹۶۸) اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ گزارش کرد و پایایی هر یک از مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آورد. میانگین پایایی همه زیر مقیاس‌های آن نیز ۰/۷۴ گزارش شده است. نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار همزمان پرسش‌نامه با اضطراب آشکار ($r=0/001, P \leq 0/001$) و با اضطراب پنهان ($r=0/61, P \leq 0/001$) به دست آمد که نشان‌دهنده روایی همزمان این پرسش‌نامه است. همچنین پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای نیاز به تأیید دیگران ۰/۷۲، انتظارات بالا از خود ۰/۷۶، تمایل به سرزنش ۰/۷۰، واکنش نسبت به ناکامی ۰/۶۸، بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۴، نگرانی زیاد توأم با اضطراب ۰/۷۸، اجتناب از مشکل ۰/۶۸، وابستگی ۰/۷۴، درماندگی نسبت به تغییر ۰/۷۴، کمال‌گرایی ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان^۲. این پرسش‌نامه که توسط اشپیل برگر (۱۹۸۹) تنظیم شد یک ابزار خودسنجی برای سنجش اضطراب آشکار^۳ و پنهان^۴ است. مقیاس اضطراب آشکار شامل بیست گویه است که

^۱ irrational beliefs test (IBT)

^۲ Spielberger state- trait anxiety inventory (STAI)

^۳ state anxiety

^۴ trait anxiety

^۵ anxiety scale questionnaire (ASQ)

^۶ Taylor's manifest anxiety scale

۹۰ دقیقه‌ای بر طبق راهنمای آموزشی کابات زین (۲۰۱۳) در کانون جهان دیدگان به صورت گروهی اجرا شد. همچنین گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در انتهای آموزش‌ها و پس از جمع‌آوری

پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیگیری جهت رعایت اصول اخلاقی برنامه‌های آموزش به صورت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه کنترل نیز آموزش داده شد و جزوات و کار برگ‌های مورد نظر نیز در اختیار شرکت‌کنندگان قرار

جدول ۱

برنامه معنویت درمانی (معنوی طراحی شده توسط وزیر و لطفی کاشانی، ۱۳۹۲)

جلسه	محتوا
اول	هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه؛ فرایند: اعضا خود را معرفی می‌کنند. قوانین گروه مبتنی بر محرمانه ماندن، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم تا انتهای درمان مطرح می‌شود.
دوم	هدف: آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا. فرایند: طرح سؤال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می‌دهید؟ اعمالی که انجام می‌دهید چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ نام ببرید. این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چگونه به شما کمک می‌کند؟ آیا تا به حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
سوم	هدف: خود مشاهده گری و توضیح مراقبه؛ فرایند: آن چیزی که در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام دادید و احساسات را بیان کنید یادداشت برداری درمانگر از موارد مشترک مانند دعا، بخشیدن، تأمل، صبر و، بیان احساسات و هیجانات ناشی از این اعمال و تأکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها. آموزش تکنیک مراقبه و تمرین روزانه آن تا انتهای درمان
چهارم	هدف: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات آن؛ فرایند: مراقبه چه احساسی در شما ایجاد کرد؟ هدف: ارائه مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال؛ فرایند: آیا کسی را که دوست داشتید، از دست داده‌اید؟ احساسات در حال حاضر نسبت به آن فرد چیست؟ آیا کسی در اطرافتان هست که در سنی باشد که ممکن است از دست بدهید؟ این از دست دادن چه معنایی برایتان دارد؟ آیا دیدگاهی معنوی یا مذهبی در رابطه با این از دست دادن دارید؟ از نظر معنوی یا مذهبی چه توضیحی دارید؟ از دست دادن‌ها چه تأثیری بر ما می‌گذارد؟ تأکید بر اینکه هفته بعد از بخشش خود و دیگران و احساس معنوی که در این حس داریم، صحبت خواهیم کرد.
پنجم	هدف: فهم بخشودگی؛ فرایند: چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است بخشیم؟ بخشش کسانی که با آنها رابطه‌ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه داریم. بخشش چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ بخشش چه احساسی را در دیگران ایجاد می‌کند؟ طلب بخشش از کسی که در رابطه با او خطایی مرتکب شدیم و اینکه بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد می‌کند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید چه کارهایی انجام می‌دهید؟ موارد مانند دعا و غیره توسط درمانگر یادداشت و جمع‌بندی می‌شود (توضیح دهید کدامیک را تا هفته بعد انجام دهیم؟)؛ تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم: خدایا من در پیشگاه تو آنهایی را که مرا اذیت کرده‌اند یا آسیبی متوجه من ساخته‌اند، می‌بخشم. تو قادر مطلق، من آنها را به تو واگذار نمی‌کنم و از تو هم برای آنها طلب بخشش می‌کنم. خدایا من آنهایی را که نسبت به من بدی کرده بودند بخشیدم و از تو برای آنها طلب بخشش کردم. از تو هم می‌خواهم تا مرا مورد عفو خود قرار دهی. من اطمینان دارم که توسط تو بخشوده خواهم شد چون تو بخشنده‌ترین بخشندگانی؛ تکلیف: خواندن این دعا هر روز بعد از مراقبه تا انتهای درمان
هفتم	هدف: بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم؛ فرایند: توضیح در مورد اهمیت بیان نیروی آزارنده خشم به دیگران و درخواست کمک. هدف: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی فرایند: بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی: انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می‌توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی وجود دارد که ما را در این راه کمک می‌کند؟ تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم: خدایا ما دعا می‌کنیم تا فکر و عمل ما را در مسیر تجربه جدیدی که کسب کرده‌ایم هر روز بیشتر از روز قبل در مسیر خود پایدار نگه‌داری. خدایا از اینکه چشم‌های مرا به خودم و پیرامونم باز کردی از تو سپاسگزارم؛ تکلیف: هر روز بعد از تمرین مراقبه و دعای بخشش این دعا را تکرار کنند.
نهم	هدف: شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنا دهی به تجربیات سخت؛ فرایند: نام بردن نعمت‌هایی که در زندگی فرد وجود دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آن چیزی که ناخوشایند درک می‌کنند و شکرگزاری.

اتفاق نیفتاد. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

گرفت. هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نظر اضطراب آشکار و پنهان و باورهای غیرمنطقی مورد ارزیابی قرار گرفتند و ریزشی در نمونه‌های

جدول ۲

ساختار جلسات آموزش ذهن‌آگاهی (کابات زین، ۲۰۱۳)

جلسه	محتوا
اول	معرفی شرکت‌کنندگان، شرح مختصری از ۸ جلسه برای آن. پس از آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره این احساسشان بحث کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن انجام می‌شود (هم‌زمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدنشان جلب می‌کنند). برای تکلیف خانگی از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود آن چیزی را که در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند.
دوم	در ابتدای جلسه دوم، شرکت‌کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن می‌شوند و پس از آن بحث در مورد تجربه انجام تکلیف خانگی‌شان و موانع انجام تمرین (مثل بی‌قراری و پرسه زدن ذهن) و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم). سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث می‌شود، با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی‌کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می‌کند. پس از آن، انجام مدیتیشن در حالت نشسته، برای هفته آینده نیز این تکالیف داده می‌شود: انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
سوم	بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی با تمرین دیدن و شنیدن آغاز می‌شود. در این تمرین شرکت‌کنندگان باید به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می‌شود؛ که تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی شامل ۳ مرحله: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن است. پس از آن یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه بدن انجام می‌شود. تکالیف منزل عبارت‌اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن‌آگاهی یک رویداد ناخوشایند.
چهارم	شروع جلسه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار. در ادامه در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین می‌شود. تکالیف منزل عبارت‌اند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).
پنجم	در ابتدای جلسه مدیتیشن نشسته انجام می‌شود. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا می‌شود. تکالیف جلسات بعد عبارت‌اند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	جلسه ششم با تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای آغاز می‌شود. تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی بحث می‌شوند. بعد تمرینی با این مضمون ارائه می‌شود که: محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند. پس از آن چهار تمرین مدیتیشن به مدت ۱ ساعت، پی‌درپی ارائه شد. تکالیف جلسه بعد عبارت‌اند از: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به‌علاوه انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
هفتم	جلسه هفتم با مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آن چیزی که در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، آغاز می‌شود. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ در ادامه تمرینی ارائه می‌شود که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه‌ای انجام می‌شود. تمرین خانگی عبارت می‌شوند از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.
هشتم	مضمون این جلسه: استفاده از آن چیزی که تاکنون یاد گرفته‌اید. این جلسه با مدیتیشن آغاز می‌شود. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام می‌شود. سپس در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث می‌شود. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست‌یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در مراحل

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان سه گروه در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمایش ذهن‌آگاهی			گروه آزمایش معنویت درمانی			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پس‌آزمون		
	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)
نیاز به تأیید دیگران	۳۶/۶۰	۳۱	۳۰/۱۴	۳۴/۴۰	۳۰/۲۳	۳۰/۱۵	۹۳/۳۵	۳۵/۴۶	۳۵/۶۶
انتظارات بالا از خود	۲۶/۹۲	۲۶/۴۲	۳۰/۴۲	۳۴/۷۳	۳۰/۰۷	۳۱/۰۷	۳۱/۹۳	۳۱/۹۳	۳۳/۲۶
تمایل به سرزنش	۲۸/۸۵	۲۹/۱۴	۲۹/۱۴	۳۶/۴۰	۳۱/۴۶	۳۰/۵۳	۳۴/۲۶	۳۳/۹۳	۳۳/۶۶
واکنش نسبت به ناکامی	۳۲/۷۳	۲۷/۵۷	۲۷/۵۷	۳۳/۵۳	۲۸/۰۷	۲۷/۳۸	۳۳/۲۶	۳۳/۲۰	۳۳/۶۰
بی‌مسئولیتی هیجانی	۲۸/۷۸	۲۶/۸۵	۲۶/۸۵	۳۶/۵۳	۳۱/۳۰	۲۸/۹۲	۳۴/۳۳	۳۴/۴۰	۳۴/۱۳
نگرانی زیاد توأم با اضطراب	۲۷/۵۷	۲۸	۲۸	۳۴/۸۶	۳۰	۳۰/۲۳	۳۳/۳۳	۳۳/۸۶	۳۵/۴۶
اجتناب از مشکل	۲۸/۱۴	۲۹/۲۱	۲۹/۲۱	۳۱/۸۰	۲۹/۱۵	۲۸/۵۳	۳۳/۹۳	۳۳/۷۳	۳۳/۵۳
وابستگی	۲۸/۵۰	۲۸/۹۲	۲۸/۹۲	۳۵/۸۰	۲۸/۳۰	۲۸/۸۴	۳۵/۰۶	۳۵/۳۶	۶/۱۴
درماندگی نسبت به تغییر	۲۵/۷۸	۲۷/۳۵	۲۷/۳۵	۳۳/۰۶	۲۹	۲۷/۱۵	۳۵/۶۶	۳۴/۰۶	۲۷/۱۵
کمال‌گرایی	۲۷/۲۱	۲۷/۶۴	۲۷/۶۴	۳۰/۴۶	۲۹/۰۷	۲۹/۳۸	۳۴/۱۳	۳۱/۵۳	۳۱/۴۰
باورهای غیرمنطقی	۲۸/۰۷	۲۸۵/۲	۲۸۵/۲	۳۴۱/۷	۲۹۶/۶	۲۹۵/۲	۳۳۷/۶	۳۳۷	۳۴۱/۸
اضطراب آشکار	۲۲/۳۳	۲۱/۵۶	۲۱/۵۶	۴۱/۴۰	۲۸/۷۳	۲۹/۲۶	۳۶/۳۳	۳۶/۴۰	۳۶/۶۶
اضطراب پنهان	۲۴/۶۶	۲۲/۴۶	۲۲/۴۶	۴۱/۶۶	۲۸/۲۰	۳۱/۴۶	۳۶/۱۳	۳۶/۴۶	۳۶/۸۰

طبق جدول ۳، آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر معنویت بر کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان همراه است. در حالی که در گروه کنترل چنین تغییر مشهود نیست. به منظور مقایسه سه گروه در نمره باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان از تحلیل کوواریانس

تک‌متغیری استفاده شد. برای بررسی همگونی واریانس سه گروه در مرحله پس‌آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج برای باورهای غیرمنطقی در پیش‌آزمون $P=0/1185 \geq 0/05$ ، $F=1/033$ ، $P=0/950 \geq 0/05$ پس‌آزمون $P=0/1185 \geq 0/05$ ، $F=1/033$ ، $P=0/950 \geq 0/05$ برای پیگیری $F=0/052$ ، $P=0/527 \geq 0/05$ ، $F=1/761$ ، $P=0/527 \geq 0/05$

$P=0/10 \geq 0/05$ اضطراب آشکار $F=0/58$ $P=0/19 \geq 0/05$ و پنهان $F=0/85$ $P=0/22 \geq 0/05$ معنادار نبود. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار بود. جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که برای باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هر سه گروه آزمایش و کنترل در سطح $0/01$ معنادار نبود و نشان دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است و بنابراین این آزمون انجام شد.

اضطراب آشکار در پیش‌آزمون $F=3/35$ $P=0/045 \geq 0/05$ در پس‌آزمون $F=1/603$ $P=0/214 \geq 0/05$ در پیگیری $F=0/123$ $P=0/884 \geq 0/05$ برای متغیر اضطراب پنهان در مرحله پیش‌آزمون $F=3/992$ $P=0/026 \geq 0/05$ در مرحله پس‌آزمون $F=1/446$ $P=0/247 \geq 0/05$ و مرحله پیگیری $F=0/897$ $P=0/416 \geq 0/05$ به معنی‌دار نبود و بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. ضرایب رگرسیونی از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد. میزان F در سطح $0/05$ برای باورهای غیرمنطقی

جدول ۴

آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه باورهای غیرمنطقی و اضطراب آشکار و پنهان بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۲۱۸۰/۱۲۶	۱	۲۱۸۰/۱۲۶	۵/۲۱۳	۰/۰۲۸	۰/۱۲۱
	عضویت گروهی	۲۶۱۵۳/۵۶۰	۲	۱۳۰۷۶/۷۸۰	۳۱/۲۷۱	$P \leq 0/001$	۰/۶۲۲
	خطا	۱۵۸۹۰/۴۳۴	۳۸	۴۱۸/۱۶۹	-	-	-
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	۰/۴۰۴	۱	۰/۴۰۴	۰/۱۰	۰/۹۲۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱۳۴۲/۹۲۶	۲	۶۷۱/۴۶۳	۱۷/۱۰۵	$P \leq 0/001$	۰/۴۵۵
	خطا	۱۶۰۹/۴۶۳	۴۱	۳۹/۲۵۵	-	-	-
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۱۷/۳۵۰	۱	۱۷/۳۵۰	۰/۴۴۸	۰/۵۰۷	۰/۰۱۱
	عضویت گروهی	۱۰۸۳/۵۶۴	۲	۵۴۱/۷۸۲	۱۳/۹۸۷	$P \leq 0/001$	۰/۴۰۶
	خطا	۱۵۸۸/۱۱۶	۴۱	۳۸/۷۳۵	-	-	-

معنادار داشته است. با توجه به این یافته‌ها فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند و می‌توان گفت که معنویت درمانی و ذهن‌آگاهی باعث کاهش باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و پنهان زنان سالمند شده است. جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

طبق جدول ۳ با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی $P \leq 0/001$ ، $F_{(2, 31)} = 31/271$ ، اضطراب آشکار $P \leq 0/001$ ، $F_{(2, 17)} = 17/105$ و اضطراب پنهان $P \leq 0/001$ ، $F_{(2, 13)} = 13/987$ معنادار است. به‌طور که بعد از انجام مداخله، نمرات باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان کاهش

جدول ۵

آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و پنهان بین دو روش درمانی در پس‌آزمون

متغیر	روش	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	معنویت	-۱۵/۹۷	۸/۲۹	۰/۱۸۴
	کنترل	-۵۶/۳۵	۷/۹۹	$P \leq 0/001$
	کنترل	-۴۰/۳۷	۸/۱۵	$P \leq 0/001$
اضطراب آشکار	معنویت	-۶/۵۹	۲/۴۱	۰/۰۲
	کنترل	-۱۴/۶۱	۲/۳۲	$P \leq 0/001$
	کنترل	-۸/۰۱	۲/۳۷	۰/۰۰۵
اضطراب پنهان	معنویت	-۴/۱۰	۲/۳۷	۰/۳۰۵
	کنترل	-۱۲/۰۳	۲/۳۶	$P \leq 0/001$
	کنترل	-۷/۹۲	۲/۴۱	$P \leq 0/006$

بوده است و چنین نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر معنویت بر اضطراب آشکار تأثیر بیشتری دارد. برای بررسی ماندگاری تأثیر درمان در دوره پیگیری از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج در جدول ۶ آمده است.

طبق جدول ۵ میانگین بین نمرات باورهای غیرمنطقی و اضطراب پنهان در مرحله پس‌آزمون و بین گروه درمان ذهن‌آگاهی و مبتنی بر معنویت تفاوتی وجود ندارد. میانگین نمرات اضطراب آشکار آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر معنویت و گروه کنترل به‌طور معناداری پایین‌تر

جدول ۶

آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و پنهان بین گروه‌های درمانی در پیگیری

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات درجه آزادی میانگین مجذورات آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۸۵۱/۲۷۴	۱	۰/۰۳۸
	عضویت گروهی	۲۷۲۷۰/۴۵۶	۲	۰/۵۶۰
	خطا	۲۱۴۰۴/۲۹۱	۳۸	-
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	۱۵۴/۸۲۹	۱	۰/۰۸۰
	عضویت گروهی	۱۹۳۰/۵۰۷	۲	۰/۵۲۱
	خطا	۱۷۷۶/۳۷۱	۴۱	-
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۵۶۲/۵۲۴	۱	۰/۳۳۱
	عضویت گروهی	۱۹۸۹/۰۶۲	۲	۰/۶۳۷
	خطا	۱۱۳۵/۳۴۳	۴۱	-

غیرمنطقی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان تفاوت معناداری وجود دارد. این بدین معناست که بین دو روش، تفاوت معناداری در میزان ماندگاری بر باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان در مرحله پیگیری وجود دارد. میزان اندازه اثر بیانگر این است که تغییرات متغیر وابسته در اثر مداخله بالاتر از متوسط بوده است. جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شد.

طبق جدول ۳ با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر پیگیری باورهای غیرمنطقی $F_{(۳۸, ۲)}=۲۴/۲۰۷, P \leq ۰/۰۰۱$ ، اضطراب آشکار $F_{(۴۱, ۲)}=۳۲/۲۷۹, P \leq ۰/۰۰۱$ و اضطراب پنهان $F_{(۴۱, ۲)}=۳۵/۹۱۵, P \leq ۰/۰۰۱$ معنادار است. به طوری که بعد از مداخله، نمرات باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان کاهش معنادار داشته است. بنابراین بین میزان ماندگاری دو روش درمانی آموزش ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی بر متغیر وابسته باورهای

جدول ۷

آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین باورهای غیرمنطقی، اضطراب آشکار و پنهان در دو روش درمانی در پیگیری

متغیر	روش	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	ذهن‌آگاهی	-۹/۹۴۵	۹/۲۰	۰/۸۵۹
	کنترل	-۵۶/۵۱	۸/۸۷	$P \leq ۰/۰۰۱$
	معنویت	-۴۶/۵۶	۹/۰۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
اضطراب آشکار	ذهن‌آگاهی	-۷/۲۳	۲/۶۱	۰/۰۲
	کنترل	-۱۴/۵۹	۲/۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$
	معنویت	-۷/۳۵	۲/۵۶	۰/۰۲
اضطراب پنهان	ذهن‌آگاهی	-۱۰/۰۷	۲/۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$
	کنترل	-۱۴/۸۰	۲/۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$
	معنویت	-۴/۷۲	۲/۴۲	۰/۱۷۷

افراد در مورد خودشان، دیگران و دنیا، منجر به کاهش هیجان‌های منفی در آنها می‌شود. بدین صورت که در ذهن‌آگاهی افراد بین سه حالت ذهنی (خردگرا توانایی تصمیم‌گیری سالم درباره مسائل زندگی از رهگذر استفاده هم‌زمان از افکار منطقی و هیجانان خود، منطقی ذهن شما برای تصمیم‌گیری حقایق مربوط به یک موقعیت را تجزیه و تحلیل می‌کند، درباره حوادث به وضوح فکر می‌کند و جزئیات آن را مدنظر قرار می‌دهد و سپس دست به تصمیم‌گیری منطقی می‌زند و هیجانی زمانی که بر اساس احساسات خودتان قضاوت و یا تصمیم‌گیری می‌کنید).

مداخله مبتنی بر روان‌درمانی معنویت با گسترش هیجان‌های مثبت این افراد خزانه فکر-عمل را گسترش می‌دهد. تعداد زیادی منابع شخصی نیز به مرور زمان ایجاد شد این منابع شامل منابع جسمی (نظیر هماهنگی در بدن و کاهش حساسیت احشایی و اختلال حرکتی در روده‌ها)، منابع اجتماعی (نظیر دوستی، مهارت‌های اجتماعی و موارد حمایتی)، منابع ذهنی (نظیر تاب‌آوری) است. اگر چه هیجان‌های مثبتی که منجر به ایجاد این منابع در شخص شدند گذرا بودند اما منابع شخصی بدست آمده از این فرآیند دائمی خواهد بود و فرد می‌تواند در شرایط خطرناک و سخت از آنها استفاده کند (اسماوتی و همکاران، ۲۰۲۰). در جلسات آموزشی معنویت تمرکز اصلی بر روی تغییر شناختی در مورد تصور بیماران در مورد خداوند از طریق چالش‌های شناختی تصاویر منفی از خداوند صورت می‌گرفت، سالمندان متوجه شدند که دیدگاه منفی آنان به خدا اساس منطقی ندارد و ناشی از تعبیر و تفسیر نادرست آنها از خداوند، در دسترس نبودن خداوند و پاسخ‌گو نبودن به خواسته‌ها از طریق انتقال از والدین به خدا صورت گرفته است و اساس نگرش آنها را تشکیل می‌دهد نه تجربه زیسته آنها به خدا (لی و سلمان، ۲۰۱۸). زمانی که این دیدگاه عوض شد نگرش آنها به خدا مثبت شد و به دنبال آن آنها توانسته‌اند خدا را در تجربیات زندگی خودشان به صورت پاسخ‌گو و در دسترس ملاحظه نمایند. از سوی دیگر درمانگر هر یک از باورهای غیرمنطقی درباره صفات خداوند را از طریق به چالش کشیدن به اصلاح دیدگاه سالمندان درباره خداوند پرداخته تا بیماران به یک بینش و آگاهی درست نسبت به تعریفات شناختی درباره صفات خدا برسند و منجر به تغییرات شناختی و فکری مثبت و مطلوب در سالمندان شود. افزون بر این از طریق فنون و

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود میانگین بین نمرات باورهای غیرمنطقی و اضطراب پنهان در مرحله پیگیری بین گروه درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر معنویت تفاوتی وجود ندارد. همچنین میانگین نمرات اضطراب آشکار و اضطراب پنهان آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر معنویت و گروه کنترل به‌طور معناداری پایین‌تر بوده است و چنین نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش ذهن‌آگاهی نسبت به درمان مبتنی بر معنویت بر اضطراب آشکار و پنهان تأثیر بیشتری دارد. همچنین در مرحله پیگیری بین نمرات اضطراب پنهان معنویت درمانی و گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

اهداف، راهبردها، روش‌ها و فنون مقابله اسلامی ریشه عمیقی در معنویت اسلامی دارند و آمیخته با اشکال متعدد عبادت و نظم اخلاقی می‌باشند. این راهبردهای اسلامی برای مسلمانان عامل بالقوه درمانی، برای مقابله با مشکلات و تغییرات زندگی می‌باشند. افزون بر این آموزش فن تنش‌زدایی در جلسات آموزشی با بیماران باعث کاهش علائم اضطراب و تحریف‌های شناختی شده و به آنها کمک می‌کند تا از یک زندگی با کیفیت بهتر بهره‌مند شوند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند بود. فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه بین آموزش ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر باورهای غیرمنطقی زنان سالمند تفاوت وجود دارد تأیید نشد. به عبارت دیگر بین ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر باورهای غیرمنطقی تفاوت وجود نداشت. این یافته‌ها با مطالعات (جوانمردی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و همکاران، ۲۰۱۸؛ حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۹۷؛ عسگری و همکاران، ۱۳۹۷ و کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، مؤلفه ذهن‌آگاهی به زنان سالمند کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار غیرمنطقی و نشخوارهای وسواسی در مورد شرایط و موقعیت سالمندی پیشگیری کنند (کرامر و همکاران، ۲۰۱۲)؛ و از آنجاکه بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن ایجاد می‌شود. می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی با کاهش باورهای غیرمنطقی

روش‌های شناختی دیگر مانند پژوهش در قرآن، متون دینی و دعاهای معنوی و مذهبی؛ داستان‌های قرآنی، مطالعه کتاب‌ها و منابع شناختی در روان‌شناسی، درباره صفات خداوند آن چیزی که بیان شده به سالمندان بینش و شناختی می‌دهد که از این طریق باعث تغییر شناختی افراد درباره صفات خداوند می‌شود (مک گوربی و همکاران، ۲۰۰۶؛ شتچمن و پاستور، ۲۰۱۲) و این فنون باعث کاهش باورهای غیرمنطقی در مقایسه با گروه کنترل در زنان سالمندان در پژوهش حاضر شده است.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه بین آموزش ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر اضطراب زنان سالمند تفاوت وجود دارد تأیید شد. به عبارت دیگر بین ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی از نظر اثربخشی بر اضطراب تفاوت وجود داشت. که این یافته‌ها حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر اضطراب زنان سالمند در مقایسه با معنویت درمانی بود. این یافته‌ها با مطالعات (کاکاوند، ۱۳۹۵؛ جوانمردی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لاروچی و همکاران، ۲۰۱۷ و کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹) همخوان و با مطالعات (لی و سلمان، ۲۰۱۸؛ وو و کو، ۲۰۱۶) ناهمخوان است.

در تبیین اثربخشی این نتایج می‌توان گفت که روش ذهن‌آگاهی برای کنترل و اداره کردن هیجانات، ابعاد جسمی و ذهنی همزمان مد نظر قرار می‌گیرد و به فرد یاد داده می‌شود که نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد و آنها را بدون قضاوت بپذیرد و به آنها با دید گسترده‌تری نگاه کند. زمانی که فرد علاوه بر آگاهی کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آنها بدون قضاوت در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار می‌گیرد، توانایی کنترل افکار، اضطراب و هیجانات خود را به دست می‌آورد. کسب این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری در همه امور زندگی خود داشته باشد و بجای دادن پاسخ‌های خودکار منفی، در موقعیت‌های اضطراب‌آور و استرس‌زا با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات بهتر مقابله کند (کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر مداخلات مبتنی بر معنویت، احساس تسلط و توانمندی را در افراد ایجاد می‌کند که در افزایش درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان مؤثر است. عواملی همچون فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از

سبک‌های ناکارآمد برای مقابله با تنیدگی‌های ناشی از استرس‌سورهای زندگی از جمله این ویژگی‌های آسیب‌زا است. در نهایت مداخله گروهی مبتنی بر معنویت توانست از طریق کاهش افکار خود آیند منفی و اضطراب به گونه‌ای مؤثر و مستقیم از طریق ایجاد هیجانات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب بهبود سبک‌های مقابله‌ای می‌شود. بنابراین روان‌درمانی معنویت‌گرا از راه اثر گسترش‌دهنده خود باعث ساخت مهارت‌های مقابله مؤثر می‌شود (باریرا و همکاران، ۲۰۱۲). زنان سالمند گروه آزمایش توانستند از طریق تجربه هیجان‌های مثبت و فراگیری روش‌های بخشش، گذشت، دعا، نیایش، مثبت اندیشی و کنترل هیجان‌های منفی در بیش‌تر موارد با نامالایمات شدید زندگی بهتر مقابله کنند و صبر، گذشت و تحمل‌شان بیشتر و اضطراب آنها کاهش یابد (معماری و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که بین نمرات بین گروهی آموزش ذهن‌آگاهی از نظر مؤلفه‌های اضطراب آشکار و پنهان با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.001$). که این نتایج حاکی از اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی بر اضطراب آشکار و پنهان در مقایسه با معنویت درمانی است این نتایج با مطالعات (کاکاوند، ۱۳۹۵؛ جوانمردی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لاروچی و همکاران، ۲۰۱۷ و کامران مهر و همکاران، ۱۳۹۹) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، رویکرد ذهن‌آگاهی یک الگوی زیستی-شناختی است. برای مثال، با آرام کردن عضلات بدن افراد به آنها فرصت می‌دهد که میزان تنیدگی خود را با فنون شناختی مانند مراقبه کاهش دهند. افزون بر این برنامه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بدلیل دارا بودن فنون آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس زنان سالمند و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد و فاجعه‌آفرین اثرات سودمندی داشته باشد (صدقی و چراغی، ۱۳۹۷). اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش فنون ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در سراسر زندگی سالمندان می‌باشد. و این شیوه می‌تواند به یک سبک زندگی در سالمندان تبدیل شود. با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعالتری در فرایند درمان بیماری‌ها دوران سالمندی به عهده گرفته‌اند (حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۹۷).

منابع

- افزون بر این با توجه به نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی و نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش باورهای غیر منطقی و اضطراب زنان سالمند اثربخش می‌باشند.
- یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که جامعه آماری پژوهش حاضر به سالمندان زن شهر تهران محدود شده است و در تعمیم نتایج به سایر سالمندان باید احتیاط کرد. هرچند در این پژوهش، با انتصاب تصادفی افراد به دو گروه آموزشی تلاش شد متغیرهای مزاحم و سوگیری احتمالی کاهش یابد، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. همچنین استفاده از سایر روش‌های ارزیابی برای سنجش متغیر اضطراب و باورهای غیرمنطقی از جمله مشاهده رفتاری، نتایج واقعی‌تری بدست می‌دهد. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که معنویت درمانی را با سایر رویکردهای روان‌درمانی مورد بررسی قرار دهند تا کارآمدی این درمان بهتر مشخص شود. در نهایت با توجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوی زیستی، روانی، هیجانی و معنوی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی بیش از پیش در برنامه‌های درمانی جاری ایران در نظر گرفته شود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر مشخص شد ۹ جلسه معنویت درمانی و ۸ جلسه درمان ذهن‌آگاهی در کاهش باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند اثربخش بوده است. حال جا دارد بررسی شود آیا استفاده از تعداد جلسات درمانی بیشتر بر میزان اثربخشی درمان می‌افزاید یا نه؟ افزون بر این پیگیری بهبودی ناشی از درمان در فواصل زمانی مختلف درباره‌ی فواید درمان اطلاعات بیشتری را فراهم می‌کند و علاوه بر جنبه‌ی عملی، از لحاظ نظری نیز حائز اهمیت است. بنابراین پیشنهاد می‌شود اثرات درازمدت درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای پژوهش‌های آینده توصیه می‌شود که درمان گروهی معنویت درمانی و درمان ذهن‌آگاهی در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.
- سپاس‌گزاری**
- بدین وسیله پژوهشگران از کلیه کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند به‌ویژه زنان سالمند کانون جهان‌دیدگان تهران سپاس‌گزاری می‌کنند.
- احدی، ح.، جمهری، ف. (۱۳۹۰). *روان‌شناسی رشد. نوجوان و بزرگسالی (جوانی، میانسالی و پیری)*. تهران: انتشارات آینده درخشان.
- ایرانی، ز.، رجبی، م.، ناظمی، م.، بگیان کوله‌مرز، م. ج. (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی، سرمایه‌های روان‌شناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳(۳)، ۳۸-۱۷.
- آلوانسانی، س.، ممشلی، ل. (۱۳۹۹). تأثیر گروه درمانی معنوی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱(۱)، ۵۷-۴۶.
- بشروپور، س.، حسینی کیاسری، س. ط.، سلیمانی، ا. و مساح، ا. (۱۳۹۸). نقش نگرش به مرگ و باورهای غیرمنطقی در کیفیت زندگی سالمندان، سالمند، ۱۴ (۳)، ۲۶۱-۲۶۰.
- بابازاده، ت.، سرخوشی، ر.، بهادری، ف.، مرادی، ف.، شریعت، ف.، شیرزاده، ی. (۱۳۹۴). شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در سالمندان خوی ایران. *مجله تحقیقات پزشکی بالینی*، ۴ (۲)، ۱۲۸-۱۲۲.
- جدیدی، ع.، فراهانی‌نیا، م.، جان محمدی، س.، حقانی، ح. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۴ (۷۲)، ۵۶-۴۸.
- جوانمردی، ف.، نعیمی، ا.، معتمدی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶ (۱)، ۵۲-۳۹.
- حدادی کوهسار، ع.، مرادی، ع.، غباری‌بناب، ب.، ایمانی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸ (۳۱)، ۳۰-۱.
- خالقی‌پور، م.، مسجدی، م. ش.، احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و ملکول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۰ (۳)، ۸۷-۶۹.
- رستمی، م.، رسولی، م.، کسای، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دل‌زدگی وجودی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۴ (۳)، ۱۷۸-۱۶۵.

معنوی بر سلامت معنوی سالمندان بستری در آسایشگاه
خیریه کهریزک. نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری، ۳
(۱)، ۷-۱.

ملاجعفر، ه.، پور شریفی، ح.، مسچی، ف.، برماس، ح.، تاجری،
ب. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه-
نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در سالمندان. مجله
دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰ (۳)، ۸۸-۹۷.

مهرام، ب. (۱۳۷۳) راهنمای آزمون اضطراب (آشکار و پنهان)
اشپیل برگر. مشهد: انتشارات دانشکده علوم تربیتی و
روان‌شناسی.

نیرمانی، م.، بگیان کوله‌مرز، ج.، و مهدی نژاد مقدم، ب. (۱۳۹۴).
مقایسه باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی و بهزیستی
روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد
سالم. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴
(۱۳)، ۲۰-۷.

نعیمی، ا.، کاظمی، ز.، دهقان، ک. (۱۳۹۵). تحلیل کانونی رابطه
بین جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی در سالمندان.
مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۶ (۲۳)، ۱۷۹-۱۹۹.

References

- Ahadi, H., & Jamhari, F. (2012). *Developmental Psychology: Adolescence, Adulthood (Youth, Middle Age and Aging)*. Tehran: Aydayde Derakhshan Publications. [Persian]
- Aloustani, S., & Mamashli, L. (2020). The effect of spiritual group therapy on death anxiety in the elderly. *Hayat*, 26 (1), 46-57. [Persian]
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J., & Craske, M. G. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(4-5), 185-196.
- Asgari, P. (2017). The Effectiveness of spiritual therapy on quality of life and adjustability in the elderly, with an emphasis on the teachings of Islam. *Aging Psychology*, 2 (4), 281-291.
- Askari, M., Mohammadi, H., Radmehr, H., & Jahangir, A. H. (2018). The Effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Research on Religion & Health*, 4(2), 29-41. [Persian]

روحی، ق.، رحمانی، ح.، عبداللهی، ع. ا.، محمودی، غ. (۱۳۸۴).
تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی از متغیرهای
فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم، مجله علمی
دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۷ (۱)، ۳-۱۴.

صدری دمیچی، ا.، محمدی، ن.، رضانی، ش.، و امان زاد، ز.
(۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر
شادکامی و سرسختی روان‌شناختی زنان سالمند. پژوهش در
دین و سلامت، ۴ (۲)، ۴۲-۵۳.

صدقی، پ.، چراغی، ا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش
ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان
سرپرست خانوار. *خانواده پژوهی*، ۴ (۵۶)، ۵۴۹-۵۶۲.

صفاری‌نیا، م.، شریفی ساکی، ش.، احمدی، ه. (۱۳۹۵).
اثربخشی فنون درمان مرور زندگی بر وضعیت شناختی
مردان سالمند بازنشسته شهر تهران. *فصلنامه علمی
پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۵ (۲۰)، ۳۳-۲۱.

عسگری، م.، محمدی، ح.، رادمهر، ح.، جهانگیر، ا. ح. (۱۳۹۷).
اثربخشی روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر افزایش کیفیت
زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان. *مجله‌ی پژوهش در
دین و سلامت*، ۴ (۲)، ۴۱-۲۹.

قادری، د.، مصطفایی، ع. (۱۳۹۳). رابطه جهت‌گیری مذهبی و
کیفیت زندگی در سالمندان مرد ساکن در خانه و ساکن در
خانه سالمندان، *مجله سالمند*، ۹ (۱)، ۲۱-۱۴.

کاکاوند، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های
ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به
اختلال افسردگی. *روان‌شناسی پیری*، ۲ (۲)، ۹۱-۱۰۱.

کامران مهر، ف.، فارسی، ع.، و کاویانی، م. (۱۳۹۹). مقایسه
اثربخشی تمرینات ذهن‌آگاهی و بازخورد زیستی- آرام‌سازی
بر اضطراب، افسردگی و تعادل عملکردی و ایستا در زنان
سالمند با افسردگی و اضطراب خفیف. *روان‌شناسی پیری*،
۶ (۳)، ۲۴۸-۲۳۳.

کوشیار، ه.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. ع.، اسماعیلی، ح. (۱۳۹۱).
تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندی.
سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۷ (۳)، ۲۹-۲۱.

گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۹۵).
<http://www.amar.org.ir>

لطفی کاشانی، ف.، مفید، ب.، سرافراز مهر، س. (۱۳۹۲).
اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و
پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*،
۷ (۲۷)، ۳۲-۲۸.

معماری، ع.، دالوندی، ا.، محمدی شاه بلاغی، ف.، فلاحی
خشک‌ناب، م.، بیگلریان، ا. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مراقبت

- Babazadeh, T., Sarkhoshi, R., Bahadori, F., Moradi, F., Shariat, F., & Sherizadeh, Y. (2016). Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). *Journal of Research Clinical Medicine*, 24 (2), 122-128. [Persian]
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (2), 346-358.
- Basharpoor, S., Hoseinikiasari, S. T., Soleymani, E., & Massah, O. (2019). The Role of irrational beliefs and attitudes to death in quality of life of the older people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 14 (3), 260-271. [Persian]
- Brantley, J. (2011). *Mindfulness-Based Stress Reduction*. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 131-145.). Conceptualization and treatment New York.
- Crain, W. (2016). *Theories of development: concepts and applications*. London and New York: Routledge.
- Cramer, H., Haller, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC Complement Alternat Med*, 25 (12), 162-170.
- Curran, E., Rosato, M., Ferry, F., & Leavey, G. (2020). Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: Gender differences in psychosocial indicators. *Journal of Affective Disorders*, 267, 114-122.
- Ellis, A. (1999). Rational-Emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 17, 5-18.
- Excerpts from the results of the general census of population and housing. (2016). <http://www.amar.org.ir> [Persian]
- Forti, A. (2012). *Mindfulness and quality of life among breast cancer survivors: the mediating role of self-kindness and alexithymia*. Carolina: Harvard Health Publications. Library. Uncg Edu.
- Ghaderi, D., & Mostafae, A. (2014). A Study on the relationship between religious orientations and quality of life among elderly men living in nursing homes and those living with their families in Tabriz. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 9 (1), 14-21. [Persian]
- Maurice Gibbons, M. (2003). *The self-directed learning handbook: Challenging adolescent students to excel*: John Wiley & Sons.
- Haddadi Kuhsar, A. A., Moradi, A. Ghobari Bonab, B., & Imani, F. (2018). Comparing the effectiveness of spiritual therapy based on Iranian culture with mindfulness based on reduction stress (MBSR) in reducing depression, anxiety and stress in patients with chronic pain. *Clinical Psychology Studies*, 8 (31), 1-30. [Persian]
- Harnish, R. J., Bridges, K. R., & Karelitz, J. L. (2017). Compulsive buying: prevalence, irrational beliefs and purchasing. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15 (5), 993-1007.
- Hayslip, B. Jr., Galt, C. P., Lopez, F. G., & Nation, P. C. (1994). Irrational beliefs and depressive symptoms among younger and older adults: a cross-sectional comparison. *International Journal of Aging and Human Development*, 38(4), 307-326.
- Horváth, A., Montana, X., Lanquart, J. P., Hubain, F., Szűcs, A., Linkowski, P., & Loas, G. (2016). Effects of state and trait anxiety on sleep structure: A polysomnographic study in 1083 subjects. *Psychiatry Research*, 244, (30), 279-283.
- Irani, Z., Rajabi, M., Nazami, M., & Bagiyan Koulemarz, M. J. (2017). The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting subjective well-being of diabetic elderly peoples. *Journal of Health Psychology*, 6 (23), 17-38. [Persian]
- Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., Haghani, H. (2011). The Relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in kahrizak senior house. *Iran Journal Nursing*, 24 (72), 48-56. [Persian]
- Javanmardi, F., Naeimi, E., & Moatamedi, A. (2020). The Effectiveness of mindfulness model on improving intimate

- attitudes and elderly depression. *Aging Psychology*, 6 (1), 39-52. [Persian]
- Jones, R. A. (1968). A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29, 4379-4380.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. (Revised And Updated ed.)*. New York: The Random House Publishing Group.
- Kakavand, A. (2017). The Effectiveness of mindfulness on dysfunctional attitudes and depressive symptoms among elderly women with major depressive disorder. *Aging Psychology*, 2 (2), 91-101. [Persian]
- Kamranmehr, F., Farsi, A., & Kavyani, M. (2020). The Effectiveness of mindfulness and biofeedback-relaxation training on anxiety, depression and dynamic and static balance in the elderly women with mild anxiety and depression. *Aging Psychology*, 6(3), 233-248. [Persian]
- Kangasiemi, A. M., Lappalainen, R., Kankeempaa, A., & Tammelin, T. (2014). Mindfulness skills, psychological flexibility, and psychological symptoms among physically less active and active adults. *Mental Health and Physical Activity*, 7(3), 2-28.
- Khaleghipour, S., Masjedi, M., & Ahmadi, Z. (2016). Effectiveness of Islamic spiritual therapy on the lifestyle and the percentage of the white blood cells in the aged depressed people. *Journal of Research in Psychological Health*, 10 (3), 16-29. [Persian]
- Kooshyar, H., Ghanbari Hashemabadi, B. A., Esmaili, H., Parvandi, Z., Ghandeharian, F., Habibi, R. (2012). Effects of group reminiscence therapy on disability of nursing home residents in Mashhad -Iran 1390. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 7 (3), 21-29. [Persian]
- Larouche, E., Chouinard, A. M., Morin-Alain, V., Goulet, S., & Hudon, C. (2017). Higher mindfulness meditation practice predicts improvement of executive components of attention in older adults with amnesic mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13 (7), P610.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a twosystem framework. *American Journal of psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
- Lee, Y., Salman, A. (2018). The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (3), 418-424.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Barta, M., Fitzgerald, S., Moscoso, M. S., Post-White, J., Jacobsen, P.B., Shelton, M. M., Le, N., Budhrani, P., Goodman, M., & Kip, K. E. (2011). Feasibility of a mindfulness-based stress reduction program for early-stage breast cancer survivors. *Journal of Holistic Nursing (JHN)*, 29(2), 107-117.
- Li, J., Vitiello, M. V., & Gooneratne, N. S. (2018). Sleep in Normal Aging. *Sleep medicine clinics*, 13 (1), 1-11.
- Lotfi Kashani F., Mofid, B., & Sarafranz Mehr, S. (2013). Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 7 (27), 27-42. [Persian]
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). "Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?" *Support Care Cancer*, 14 (4), 379-385.
- Medrano, M., Rosario, R. L., Payano, A. N., & Capellan, N. R. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dementia & Neuro-psychologia Journal*, 8, 384-8.
- Memari, A., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahbolaghi, F., Fallahi-Khoshknab, M., & Biglarian, A. (2016). Impact of spiritual care on spiritual health of elderly residents of Kahrizak nursing home. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 3 (1), 1-8. [Persian]
- Mherab, B. (1994). Spielberger Anxiety Test Guide (overt and covert). Mashhad: Publications of the Faculty of Educational Sciences and Psychology. [Persian]

- Miner, B., & Kryger, M. H. (2017). Sleep in the aging population. *Sleep medicine clinics*, 12 (1), 31-38.
- Molajafar, H., Pour-Sharifii, H., Meschi, F., Bermas, H., & Tajeri, B. (2017). Effectiveness of protocol based on integrated view on psychological distress in elderly. *Journal of Arak University Medical Sciences*, 20 (3), 88-97. [Persian]
- Moschak, T. M., Terry, D. R., Daughters, S. B., & Carelli, R. M. (2018). Low distress tolerance predicts heightened drug seeking and taking after extended abstinence from cocaine self-administration. *Addiction Biology*, 23(1), 130-141.
- Naeimi, E., Kazemi, Z., & Dehghan, D. (2016). The Relationship between the religious orientation and irrational beliefs in the elderly of Kahrizak Sanitarium. *Clinical Psychology Studies*, 6 (23), 179-199. [Persian]
- Narimani, M., Bagiyan Koulemarz, M. J., & Mehdinejad Moghadam, B. (2015). The Comparison of unlogical believes and self-skilfullness and psychological best lining in patients who are affected to migraine and healthy person. *Journal of Health Psychology*, 4 (13), 7-20. [Persian]
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-56.
- Roohy, G. R., Rahmany, A., Abdollahy, A. A., & Mahmoody, G. H. R. (2005). The effect of music on anxiety level of patients and some of physiological responses before abdominal surgery. *Journal Gorgan University Medical Sciences*, 7 (1), 75-78. [Persian]
- Rostami, M., Rasouli, M., Kasaei, A. (2018). Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on Reducing Demoralization of the Elderly. *Aging Psychology*, 4 (3), 165-178. [Persian]
- Sadri Damirchi, E., Mohammadi, N., Ramezani, S. H., & Amanzad, Z. (2018). The Effectiveness of spirituality group therapy on happiness and hardiness in elderly women. *Journal of Research on Religion & Health*, 4(2), 42-53. [Persian]
- Safarinaia, M., Saki, S.S., & Ahmadi, H. (2017). Analyzing the effectiveness of treatment techniques of life Revision on cognitive status of retired men in Tehran. *Journal of Health Psychology*, 5 (20), 21-23. [Persian]
- Sedghi, P., & Cheraghi, C. (2019). The Effectiveness of the mindfulness training on psychological wellbeing and resiliency of female-headed household. *Journal of Family Research*, 14(4), 549-562. [Persian]
- Shechtman, D., & Pastor, B. (2012). *The effect of positive self-talk training on conflicts interpersonal in students with specific learning disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, Mississippi state University.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Thapa, D., Kornhaber, R. A., Michelle, C., & Visentin, D. C. (2020). Prevalence and factors associated with depression, anxiety and stress symptoms among older adults: A cross-sectional population-based study Accepted Article. *Nursing and Health Sciences*, 22 (6), 1139-1152.
- Tiwari, S., Singh, R., & Chand, H. (2016). *Spirituality and psychological wellbeing of elderly of uttarakhand: a comparative study across residential status*.
- Vasile, C., (2012). Rational/irrational beliefs dynamics in adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 69, 2108 – 2113.
- Wang, X., Zheng, C., Su, M., Chen, Y., Xie, H., Han, W., Yang, Q., Sun, J., & Chen, J. (2019). Biting force and tongue muscle strength as useful indicators for eating and swallowing capability assessment among elderly patients, *Food Science and Human Wellness*, 8, 149-155.
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127.
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in

elderly: current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47 (1), 1-5.

Zhao, W., Zhang, Y., Liu, X., Yue, J., Hou, L., Xia, X., Zuo, Z., Liu, Y., Jia, S., Dong, B., & Ge, N. (2020). Comorbid

depressive and anxiety symptoms and frailty among older adults: Findings from the West China health and aging trend study. *Journal of Affective Disorders*, 277, 907-976.