

## The Effectiveness of Mindfulness Model on Improving Intimate Attitudes and Elderly Depression

**Farahnaz Javanmardi** ✉  
Islamic Azad University, Tehran

**Ebrahim Naeimi, PhD**  
Allameh Tabataba'i University, Tehran

**Abdollah Moatamedy, PhD**  
Allameh Tabataba'i University, Tehran

Receive: 05/03/2020

Acceptance: 29/06/2020

Keywords: Mindfulness model, intimate attitudes, depression, elderly

How to cite this article:  
Javanmardi, F., Naeimi, E., & Moatamedy, H. (2020). The Effectiveness of mindfulness model on improving intimate attitudes and elderly depression. *Aging Psychology*, 6(1), 39-52.

### Abstract

Elderly is the last period of life in which people are at higher risks of intrapersonal, interpersonal, and environmental damages compared to other lifelong periods. The present study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness model on improving intimate attitudes and depression in the elderly in 2019. It was a quasi-experimental study with pretest, post-test and control group. The statistical population of this study included all the elderly living in Tehran in 2019. Thirty people were selected by convenience sampling method along with entrance criteria to the study and were randomly assigned to experimental and control groups. Then, the intervention (Mindfulness Model) was implemented on the experimental group during eight 90-minute sessions. Data collection tools in this study were the Intimate Attitude Systems (IAS) and Beck Depression Inventory (BDI-13). Finally, the collected data were analyzed by SPSS software in two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance). The findings of the present study showed the effective role of mindfulness model in improving intimate attitudes and decreasing depression severity ( $P < 0.05$ ). According to the results of the present study, it can be concluded that this educational model can be used as an effective model in counseling and psychotherapy centers (especially active centers in the elderly homes) to improve the elderly intimate attitudes and decrease their severity of depression.

Farahnaz Javanmardi, Department of Counselling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran; Ebrahim Naeimi, Assistant Professor, Department of Counselling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran; Abdollah Moatamedy, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Farahnaz Javanmardi, Department of Counselling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Farahnaz\_Javanmardi@yahoo.com



## اثر بخشی مدل ذهن آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان

دکتر ابراهیم نعیمی

دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

✉ فرحناز جوانمردی

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

دکتر عبدالله معتمدی

دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۵

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹

سالمندی آخرین دوره زندگی است که در قیاس با سایر دوره‌های سنی بیشتر در معرض آسیب‌های درون‌فردی، بین‌فردی و محیطی قرار دارد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و میزان افسردگی سالمندان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان شهر تهران بود که از میان آنها یک محله به طور تصادفی انتخاب شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه و ۳۰ سالمند برای شرکت در پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس مداخله آموزشی (مدل ذهن‌آگاهی) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. ابزار گردآوری داده در این پژوهش پرسش‌نامه‌های نگرش‌های صمیمانه امیدون و افسردگی بک بود. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مدل ذهن‌آگاهی نقش مؤثری در بهبود نگرش‌های صمیمانه و کاهش شدت افسردگی دارد ( $P < 0/05$ ). بنابر نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که این مدل آموزشی می‌تواند به عنوان یک الگوی کارآمد در مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت بهبود نگرش‌های صمیمانه سالمندان و کاهش شدت افسردگی در آنها مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مدل ذهن‌آگاهی، نگرش‌های صمیمانه، افسردگی سالمندی  
نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:  
جوانمردی، ف.، نعیمی، ا.، و معتمدی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۱)، ۳۹-۵۲.

فرحناز جوانمردی، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران؛ ابراهیم نعیمی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.  
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فرحناز جوانمردی، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران باشد  
پست الکترونیکی: Farahnaz\_Javanmardi@yahoo.com

عملکردی فرد را در ابعاد مختلف زندگی با اختلال مواجه می‌کند (دی‌مارکو، آدون، بروچک و باجو، ۲۰۱۷). میرکینا، ریتا، هایللی، ناسیر و سیسای (۲۰۱۸) شیوع افسردگی را بین آنها بیش از ۴۰٪ درصد گزارش کردند و تصریح کردند این اختلال می‌توان یکی از مخرب‌ترین آسیب‌های روان‌شناختی دوره سالمندی باشد که به مرور سلامت روان‌شناختی آنها را کاهش می‌دهد و توان و انرژی‌شان را برای رسیدگی به ساده‌ترین وظایف و تکالیف خود در طی زندگی مختل می‌کند. در ایران نیز شیوع‌شناسی این آسیب نشان داد ۱۶/۸ درصد سالمندان افسردگی خفیف و بیش از ۱۴/۷ درصد افسردگی اساسی دارند (فیروزجاه، ۱۳۹۵).

از جمله عواملی که در دوره سالمندی فرد را مستعد افسردگی می‌کند می‌توان به کاهش فعالیت اجتماعی و به دنبال آن احساس تنهایی (حجتی، کوچکی و ثناگو، ۱۳۹۱؛ وانگ، هو، ژیاو، ژویو، ۲۰۱۷)، فقدان نزدیکان، نقص‌های جسمی (شیبانی تدرجی، پاکدامن، دادخواه و حسن‌زاده، ۱۳۸۹)، نگرش به سالمندی و حمایت اجتماعی (لیو و همکاران، ۲۰۲۰)، فعالیت بدنی (لرچه و همکاران، ۲۰۱۸)، مذهب (جانگ، روه، موون و کیم، ۲۰۱۷)، سرمایه اجتماعی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی (هان و همکاران، ۲۰۱۸) اشاره کرد. به طور معمول سالمندان افسرده بطور همزمان درگیر بیماری پزشکی و اختلال شناختی نیز هستند که می‌تواند تشدید کننده افسردگی در آنها باشد. طبق مشاهدات افسردگی در بیماران مسن در اغلب اوقات تحت درمان قرار نمی‌گیرد یا بطور مناسب درمان نمی‌شود (کاک و رینالدز، ۲۰۱۷). این در حالی است که وجود افسردگی در سالمندان می‌تواند درک از سلامتی را ضعیف کند و هزینه خدمات سلامتی را افزایش دهد (بستامی، سلحشوری، شیرانی، محتشمی و شرفخانی، ۱۳۹۵).

جدای از افسردگی یکی دیگر از متغیرهای پراهمیت در دوره سالمندی که وجود آن می‌تواند زمینه را برای عبور موفقیت‌آمیز از این دوره و رسیدگی مطلوب به وظایف و تکالیف آن فراهم کند، برخورداری از نگرش‌های صمیمانه و داشتن تمایل زیاد برای شکل‌دهی و تداوم رابطه و پیوند نزدیک با دیگران است. صمیمیت یکی از اصلی‌ترین نیازهای وجودی بشری است که ارضای آن لازمه داشتن زندگی سالم و توأم با رضایت می‌باشد و عدم‌ارضای آن زمینه را برای شکل‌گیری تنش‌های درونی<sup>۸</sup> ناخوشایند و

سیر زندگی آدمی از تولد تا مرگ ماهیتی چرخه‌ای دارد و این چرخه در برگرفته مراحل و دوره‌های مختلف سنی (کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی و سالمندی) است، دوره‌هایی که هرکدام با چهارچوب رشدی و تحولی خاص خود همراه می‌باشد. سالمندی یکی از اصلی‌ترین دوره‌های رشدی است که سنین ۶۰ سالگی به بالا را دربرمی‌گیرد که طی آن فرد در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و کارکردی با ضعف دائمی و در برخی اوقات بدکارکردی مواجه می‌شود (فیروزجاه، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر سالمندی به‌عنوان آخرین مرحله چرخه حیات فردی، یک فرایند بیولوژیکی<sup>۱</sup> طبیعی، مداوم و برگشت‌ناپذیر است که با تضعیف و تحلیل توانایی جسمانی و کارکردی سالمندان همراه می‌باشد و آنها را بیش‌تر در معرض آسیب‌های چندبعدی قرار می‌دهد (دومینچ و همکاران، ۲۰۱۷). بیش از ۵۲۴ میلیون نفر از جمعیت جهان در سال ۲۰۱۰ افراد سالخورده بالای ۶۵ سال بودند که پیش‌بینی می‌شود این میزان در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۱/۵ میلیارد نفر برسد (فیروزجاه، ۱۳۹۵). میزان و درصد جمعیت سالخورده بالای ۶۰ سال در ایران نیز بیش از شش میلیون و ۴۰۰ هزار نفر می‌باشد که این نرخ ۸/۳ درصد از کل جمعیت کشور است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۱۴ میزان آن به بیش از ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید (میرزایی، دارایی و باباپور، ۱۳۹۶).

سالمندی جدای از اینکه با تجربیات زیادی همراه است، ورود به آن با انواع مختلفی از ضعف‌های جسمانی و روان‌شناختی همراه می‌باشد، ضعف‌هایی که کارایی این افراد را در قیاس با سایر دوره‌های سنی با خلل بیشتری مواجه می‌کند (سوزوکی، میاموتو و هیراتا، ۲۰۱۷). از جمله آسیب‌ها و ناراحتی‌های روان‌شناختی که رشد زیادی در این مرحله سنی دارد افسردگی<sup>۲</sup> است (کوک و پینولدس، ۲۰۱۷). افسردگی حالت خلقی ناخوشایندی است که با نشانه‌های چند بعدی مخربی شامل غمگینی و ناراحتی، ناامیدی، کرحتی<sup>۳</sup> و بی‌علاقگی به تمامی فعالیت‌های زندگی، خستگی و فقدان انرژی<sup>۴</sup>، سراسیمگی<sup>۵</sup>، نداشتن قدرت تمرکز<sup>۶</sup> و تفکر و افکار مرگ<sup>۷</sup> همراه می‌باشد، نشانه‌هایی که تا حد زیادی کارآمدی روان‌شناختی و

<sup>1</sup> biological process

<sup>2</sup> depression

<sup>3</sup> numbness

<sup>4</sup> fatigue

<sup>5</sup> flutter

<sup>6</sup> focus power

<sup>7</sup> thoughts of death

<sup>8</sup> internal tension

کند (هوفر و بوسج، ۲۰۱۱). سالمندان جهت داشتن زندگی سالم و مملو از رضایت به برقراری روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روان‌شناختی خود نیاز دارند (کارلا، سوبرامانیام و پینتو، ۲۰۱۱). در صورتی که این گروه نتوانند چنین روابطی را به صورت دائمی برقرار سازند به طور قطع با طیفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی، جسمانی و محیطی مواجه می‌شوند که تمایل‌شان را به تداوم زندگی با اختلال مواجه می‌کند (لائو، چاو، چان و وانگ، ۲۰۱۴). با این حال پیشینه‌های نظری و تجربی بیانگر آن است که بسیاری از سالمندان، خود را از روابط صمیمانه و تجربه آن دور نگه می‌دارند که یکی از دلایل آن می‌تواند فقدان نگرش‌های صمیمانه در آنها باشد (لائو و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین تدوین برنامه‌های کارکردی جهت تقویت نگرش صمیمانه در سالمندان با هدف بهبود سطح صمیمیت ارتباطی آنها با دیگران ضرورتی تام دارد. پژوهش گانونگ و لارسون (۲۰۱۱) حاکی از تأثیر صمیمیت و تعلق بر افسردگی سالمندان بود. همچنین پژوهش لی، کیم و لی (۲۰۱۶) نشان داد یکی از عوامل مؤثر بر افسردگی میزان صمیمیت و حمایت ادراک شده است. کلودزیزاک و گستروف (۲۰۱۹) نیز در پژوهش خود زندگی عاشقانه و روابط صمیمانه در سالمندی را از عوامل مؤثر بر سلامت روان و کاهش نشان افسردگی می‌دانند.

بالا بودن فراوانی و شدت افسردگی و پایین بودن سطح نگرش‌های صمیمانه در سالمندان، ضرورت شناسایی و بکارگیری برنامه‌های درمانی در این حوزه را آشکار می‌سازد. مدل‌ها و روش‌های درمانی زیادی برای بهبود کارکرد روان‌شناختی و بین‌فردی افراد وجود دارد که یکی از شناخته شده‌ترین آنها مدل ذهن‌آگاهی می‌باشد (بانرجی، کاواناگ و استراوس، ۲۰۱۸). ذهن‌آگاهی به معنای آگاهی لحظه‌ای از اتفاقات و جریان‌های درونی-بیرونی می‌باشد که داشتن واکنش مطلوب‌تر و اندیشمندانه‌تر را به آنها ممکن می‌سازد (گریفت، بارتلی و کارنی، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر ذهن‌آگاهی حفظ هشیاری فرد از واقعیت زمان حال می‌باشد که منجر به آگاهی روشن وی از رخدادهای درونی و بیرونی می‌گردد (لودی و گوود، ۲۰۱۷). این مفهوم از مفاهیمی کارکردی نظیر هشیاری<sup>۸</sup>، آگاهی<sup>۹</sup>، توجه<sup>۱۰</sup> و

آشفتگی‌های کارکردی فراهم می‌کند (مونیروزمان، ۲۰۱۷). صمیمیت به معنای نزدیکی و تعاملات همدلانه با دیگران در ابعاد عاطفی، اجتماعی، جسمانی و جنسی است که ضمن تسکین درونی افراد، تمایل‌شان را به تداوم زندگی تا حد زیادی افزایش می‌دهد. شکل‌گیری صمیمیت متأثر از نگرش‌ها و باورهای است که فرد نسبت به این مفهوم و وجود آن دارد (والکر، سانتوس-ایگلیسیاس و رویینسون، ۲۰۱۸). نگرش دیدگاه فرد نسبت به موضوعی خاص می‌باشد که منجر به گرایش یا اجتناب فرد از آن می‌شود (ارتز و ساریگولو، ۲۰۱۸).

نگرش‌های صمیمانه افراد تعیین‌کننده تمایل‌شان به برقراری پیوند با دیگران و یا امتناع از آن می‌باشد. منظور از نگرش‌های صمیمانه باورها و دیدگاه‌های شناختی، هیجانی و کارکردی فرد نسبت به صمیمیت در ارتباط با دیگران به‌ویژه در تعامل با جنس مخالف است (بوگی، مارنیکس، ویرهوف و بونک، ۲۰۱۱). در واقع منظور از نگرش‌های صمیمانه این است که فرد از لحاظ شناختی ضرورتی برای وجود صمیمیت در روابط احساس می‌کند یا خیر. در صورتی که نگرش‌های صمیمانه افراد بالا باشد تمایل‌شان به برقراری ارتباط نزدیک با دیگران و تعامل همدلانه<sup>۱</sup> با آنها افزایش می‌یابد و بدین‌شکل ارضای نیازهای عاطفی و روان‌شناختی خود را ممکن ساخته و خویشان را از شکل‌گیری هر نوع تنش می‌رهانند (میلر و پیرلمن، ۲۰۰۹). فقدان نگرش‌های صمیمانه در سالمندان سبب می‌شود که هیچ تمایلی به برقراری رابطه نزدیک با دیگران نداشته باشند و انزوا و گوشه‌گیری<sup>۲</sup> را سرلوحه کارکرد خود قرار دهند، انزوایی که به‌طور قطع زمینه را برای بروز طیفی از ناراحتی‌های روان‌شناختی فراهم می‌کند (هانگ، ۲۰۱۹). علاوه بر چندبُعدی بودن عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری نگرش‌های صمیمانه، فقدان این عامل می‌تواند زمینه را برای بروز طیفی از مشکلات نظیر گوشه‌گیری، اجتناب ارتباطی<sup>۳</sup>، اضطراب ارتباطی<sup>۴</sup>، عدم دریافت حمایت‌های عاطفی و روان‌شناختی<sup>۵</sup>، تنهایی عمیق<sup>۶</sup>، تعارضات و آشفتگی‌های ارتباطی و انحلال سیستم‌های تعاملی<sup>۷</sup> فراهم

<sup>1</sup> sympathetic interaction

<sup>2</sup> isolation & confinement

<sup>3</sup> communication avoidance

<sup>4</sup> communication anxiety

<sup>5</sup> emotional & psychological support

<sup>6</sup> deep loneliness

<sup>7</sup> dissolution of interactive systems

<sup>8</sup> consciousness

<sup>9</sup> awareness

<sup>10</sup> attention

۲۰۱۳). این مدل آموزشی از طریق متمرکز ساختن افراد بر ماهیت درونی و واقعیت بیرونی سعی دارد انعطاف‌پذیری<sup>۷</sup> آنها را از طریق کاهش حساسیت آنها و تقویت میزان پذیرش‌شان افزایش دهد و بدین‌شکل ضمن تقویت مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۸</sup>، تجربه هیجانات مثبت را در آنها تقویت کند (معنوی‌پور، دارابی و سیف، ۱۳۹۷). ذهن‌آگاهی دست‌یابی به اهداف درمانی را در قالب هشت مرحله کارکردی شامل هدایت خودکار (حضور ذهن و تمرکز بر فعالیت‌های لحظه‌ای)، رویارویی با موانع، ذهن‌آگاهی با تنفس، ماندن در زمان حال، مجوز حضور (اجازه حضور به تجربیات ادراکی همانگونه که هستند)، حقیقی تلقی نکردن افکار، مراقبت از خویشتن و استفاده از یادگیری‌های درمانی ممکن می‌سازد (ولدی‌پاک و همکاران، ۱۳۹۳).

آقایوسفی، اورکی، زارع و ایمانی (۱۳۹۲) در پژوهش خویش تصریح کردند که آموزش ذهن‌آگاهی از طریق متمرکز کردن فرد بر کارکرد درونی خود در لحظه وی را نسبت به هیجانات و شناخت‌های حزن‌انگیز و تأثیرات مخرب آن آگاه ساخته و بدین‌شکل از شکل‌گیری و تشدید افسردگی جلوگیری می‌کند. مدل ذهن‌آگاهی و آموزش آن به افراد در بهبود سطح صمیمیت بین‌فردی آنها نیز مؤثر می‌باشد. در واقع افراد در طی این مدل سطح مطلوبی از آرامش روانی را تجربه می‌کنند و نسبت به ضرورت ایجاد صمیمیت بین‌فردی نیز آگاه می‌شوند و بدین‌شکل انگیزه کافی برای ایجاد و تداوم این قالب ارتباطی را پیدا می‌کنند (کالانتریان، زرین‌فر و زرین‌فر، ۱۳۹۶). تا کنون اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مشکلات روان‌شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گرفته که می‌توان به کاهش افسردگی زنان سالمند (کاکوند، ۱۳۹۵)، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی (گیگر، بوگرو، برک و کالدرا، ۲۰۱۶)، کاهش احساس تنهایی (روبین و جانکین، ۲۰۱۴) و اضطراب (حیبی و حناساب زاده، ۱۳۹۳) در سالمندان اشاره کرد.

به‌طورکلی مطالب پیشین نشان داد که برخورداری از سلامت روان‌شناختی و درگیر نبودن با بیماری‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی در دوره سالمندی بسیار مورد نیاز می‌باشد. از سوی دیگر پیشینه‌های ارائه شده تأثیر معنادار مدل ذهن‌آگاهی را در بهبود کارکرد افراد در ابعاد مختلف درون‌فردی، بین‌فردی و محیطی آشکار می‌سازد. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدل

خودشناسی<sup>۱</sup> متمایز است و به‌عنوان توجه و آگاهی ارتقایافته به تجارب جاری و واقعیت‌های کنونی در نظر گرفته می‌شود (براون و ریان، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی هشیاری غیرقضاوتی و سرشار از پذیرش فرد نسبت به تجربه‌ای است که در زمان حال و در یک لحظه در محدوده توجه وی قرار دارد (کاریمانس، اسککنس و کاپنس، ۲۰۱۵).

ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده و از اصلی‌ترین ابعاد رویکردهای موج سوم تلقی می‌گردد (هدی، ۲۰۱۷). مدل ذهن‌آگاهی در قالب تمارین فردی و گروهی به افراد کمک می‌کند تا بر خویشتن و محیط اطراف به طور عمیق متمرکز شوند و واقعیات موجود را بجای رد و انکار، همانگونه که هستند مورد پذیرش قرار داده و با آنها زندگی کنند (آتکینسون، ۲۰۱۳). این مدل درمانی به افراد کمک می‌کند که رویدادهای درونی و بیرونی را بدور از هرگونه قضاوتی فقط مشاهده کنند و بدین‌شکل سطح عمیقی از آرامش درونی را تجربه نمایند (بارنس، براون، کروسیمارک، کامپیل و روگی، ۲۰۰۷). در این مدل فرایند مراقبه<sup>۲</sup> نیز تا حد زیادی مورد استفاده قرار می‌گیرد که با فعال‌سازی برخی از نواحی مغز، تجربه و ادراکِ عواطف مثبت و خوشایند را در فرد تا حد زیادی ممکن می‌سازد (بیرگومی، تیسچاچیر و کوپر، ۲۰۱۳). در طی فرایند ذهن‌آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود تا با بهره‌گیری از فنونی نظیر تنفس عمیق<sup>۳</sup>، وارسی بدن<sup>۴</sup> و مراقبه نشسته نسبت به افکار، هیجانات و تحولات فیزیولوژیکی خود آگاه باشند تا در لحظه بتوانند نظارت و کنترل مطلوبی بر آنها داشته و به بهترین شکل ممکن به آنها پاسخ بدهند (بیرینی، گارلاند و کارلسون، ۲۰۱۰).

تسلط بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و مؤثر واقع شدن آن، مستلزم یادگیری راهبردهای شناختی-فراشناختی<sup>۵</sup> جهت تمرکز بر فرایند توجه، جلوگیری از نشخوارهای شناختی هیجانی<sup>۶</sup> و گرایش به پاسخ‌های سازنده است (ولدی‌پاک و همکاران، ۱۳۹۳). در جریان ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که نسبت به پیوند حالات هیجانی و تجربیات خودکار توجه عمیق نشان دهند و همچنین از ادراک تجربیات آزردهنده در ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری امتناع کنند (آتکینسون،

<sup>1</sup> self-knowledge

<sup>2</sup> meditation process

<sup>3</sup> deep breathing

<sup>4</sup> checking of body

<sup>5</sup> cognitive-metacognitive strategies

<sup>6</sup> cognitive-emotional rumination

<sup>7</sup> flexibility

<sup>8</sup> coping skills

ذهن‌آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و میزان افسردگی سالمندان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از اینکه (۱) مدل ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های صمیمانه سالمندان تأثیر دارد (۲) مدل ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی سالمندان تأثیر دارد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان شهر تهران بود که از میان آنها یک محله (سرای محله قلهک) به طور تصادفی انتخاب شد. سپس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ سالمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه در این پژوهش عبارت از (۱) سن بالای ۶۵ سال، (۲) سواد لازم جهت تکمیل پرسش‌نامه، (۳) عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی، (۴) عدم مشارکت همزمان در پژوهش یا مداخله‌ای دیگر و (۵) تمایل به مشارکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل (۱) انصراف از ادامه همکاری و (۲) غیبت بیش از سه جلسه بودند. در گروه آزمایش سن ۶ نفر ۶۹-۶۶ سال (۴۰ درصد)، ۷ نفر ۷۴-۷۰ (۴۶/۶۶ درصد)، ۲ نفر ۷۸-۷۴ (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل ۵ نفر ۶۹-۶۶ (۳۳/۳۳ درصد)، ۸ نفر ۷۴-۷۰ (۵۳/۳۳ درصد)، ۲ نفر ۷۸-۷۴ (۱۳/۳۳ درصد) بود. در گروه آزمایش تحصیلات ۶ نفر ابتدایی (۴۰ درصد)، ۳ نفر سیکل (۲۰ درصد)، ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶۶ درصد)، ۲ نفر دانشگاهی (۱۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل تحصیلات ۷ نفر ابتدایی (۴۶/۶۶ درصد)، ۴ نفر سیکل (۲۶/۶۶ درصد)، ۲ نفر دیپلم (۱۳/۳۳ درصد)، ۲ نفر دانشگاهی (۱۳/۳۳ درصد) بود.

### ابزار

**پرسش‌نامه نگرش‌های صمیمانه**<sup>۱</sup>. نسخه اولیه پرسش‌نامه نگرش‌های صمیمانه توسط امیدون در سال (۱۹۷۸) جهت ارزیابی نگرش‌های صمیمانه طراحی گردید و سپس در سال (۱۹۸۳) توسط امیدون، کومار و تریدول تجدیدنظر شد. پرسش‌نامه مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه تجدیدنظرشده تریدول و همکاران (۱۹۸۳) بود. این پرسش‌نامه شامل ۵۰ سوال است که نگرش فرد را

نسبت به برقراری روابط صمیمانه مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌های پرسش‌نامه مبتنی بر مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از به طور کامل مخالفم تا به طور کامل موافقم طراحی شده است و از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود (به طور کامل مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، نظری ندارم: ۳، موافقم: ۴، به طور کامل موافقم: ۵) (امیدون و همکاران، ۱۹۸۳). دامنه نمرات بین ۵۰ تا ۲۵۰ در نوسان است که طی آن نمره کم‌تر از ۱۴۰ نشان‌دهنده تمایل کم به برقراری رابطه صمیمانه و نمره بالاتر از ۲۱۰ نشان‌دهنده تمایل بیش از حد به برقراری روابط صمیمانه می‌باشد (مرادی و همکاران، ۱۳۸۶). امیدون و همکاران (۱۹۸۳) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ درصد گزارش کردند و همچنین پایایی موجود را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۸۴ گزارش کردند. در ایران نیز مرادی (۱۳۸۴؛ به نقل از مرادی و همکاران، ۱۳۸۶) پایایی مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بیش‌تر از ۰/۷۲ گزارش کرد. در این پژوهش مقدار پایایی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد.

**پرسش‌نامه افسردگی بک**<sup>۲</sup>. این مقیاس توسط بک (۱۹۷۲) در قالب ۱۳ گویه جهت ارزیابی سطح افسردگی افراد طراحی شده است. پاسخ‌های این پرسش‌نامه در قالبی پیوستاری و چهارگویه‌ای از کم‌ترین میزان (نمره صفر) تا بیش‌ترین میزان (نمره ۳) تدوین گشته و دامنه نمرات آن بین صفر-۳۹ در نوسان است که طی آن نمره صفر تا ۴ کم‌ترین حد افسردگی، نمره ۵-۷ افسردگی خفیف، نمره ۸-۱۵ افسردگی متوسط و نمره ۱۶-۳۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک، ریال و ریکلس، ۱۹۷۴). بک و همکاران (۱۹۷۴) پایایی این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۷ گزارش کردند و روایی محتوایی و صوری آن را قابل قبول گزارش کردند و همچنین در ایران نیز رجیبی (۱۳۸۵) پایایی پرسش‌نامه را بین ۰/۸۹ گزارش و روایی محتوایی و صوری آن را مورد تأیید قرار داد. در این پژوهش مقدار پایایی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد.

**پروتکل درمانی**. پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش مبتنی بر برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فلیمینگ و کوکوسکی (۲۰۰۷) و مدل درمانی ارائه‌شده توسط کابات‌زین و همکاران (۱۹۹۹) طراحی و سازماندهی شده است.

<sup>2</sup> Beck Depression Inventory (BDI-13)

<sup>1</sup> Intimacy Attitude Scale (IAS)

## جدول ۱

خلاصه محتوای مدل آموزشی ذهن‌آگاهی بر اساس فلیمینگ و کوکوسکی (۲۰۰۷) و کابات‌زین و همکاران (۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوی
۱	ایجاد صمیمیت و اعتماد بین‌فردی، روشن‌شدن شدت افسردگی اعضا، عملکردشان در رسیدگی به نقش‌های خانوادگی و نگرش‌هایشان در مورد صمیمیت و صمیمیت بین‌فردی	معارفه، ارزیابی و معرفی اولیه مدل: ایجاد ارتباط اولیه بین اعضا و تقویت میزان آشنایی، تشویق اعضا به تبیین خلق خویش، و روابط خود با دیگران و رسیدگی به عملکردهای خانوادگی؛ تکالیف: توجه به نوع روابط با دیگران و یادداشت کردن تغییرات خلقی در طی روز؛ یادداشت کردن نوع بازخوردشان به مشکلات و بررسی کارآمدی مداخلاتشان
۲	آگاهی افراد از اهداف ذهن‌آگاهی و شیوه عمل آن، افزایش انگیزه افراد برای تنفس آگاهانه و تمرکز بر زمان حال، تقویت احساس خودکارآمدی در اعضا جهت پذیرش بسیاری از مشکلات و کنار آمدن با آنها	معرفی مدل ذهن‌آگاهی، آموزش تنفس آگاهانه و تمرین تنفس شکمی، تأکید بر کنترل و پذیرش مشکلات غیرقابل حل بجای جنگ با آن، بررسی کم‌اثربودن مداخلاتی که تاکنون برای رفع مشکلات طبیعی خود بکار گرفته‌اند، آگاهی از ضرورت تمرکز بر زمان حال؛ تکالیف: تنفس آگاهانه (شکمی) سه دقیقه‌ای منظم سه بار در روز؛ تمرکز بر زمان حال
۳	آگاهی لحظه‌ای از تجارب بدن، متمرکز ساختن توجه بر قسمت‌های مختلف بدن و عملکردشان، لمس عمیق احساس‌های ادراکی در طول تمرین، کسب مهارت در بازگرداندن توجه و تمرکز در صورت پرت شدن حواس	تن‌آرمیدگی عضوی توأم با پذیرش: تمرین واریسی بدنی در قالب تمثیل و عمل، تمرین فن خوردن کشمش، تمرین مراقبه مبتنی بر واریسی بدن و هدایت اعضا برای شناخت کامل جزئیات بدنی خود در قالب تمرین واریسی و گفت‌وگوی مثالی؛ تکالیف: انتخاب یکی از فعالیت‌های معمول روزانه و تلاش برای معطوف کردن آگاهی خود به آن (مانند تمرین خوردن کشمش) و تمرین واریسی بدن و توجه به حواس بدنی
۴	تمرکز بر خویشتن، تمرکز بر زمان حال، پذیرش درونی و اجتناب از جنگ پیوسته	تن‌آرمیدگی برای اعضای مختلف بدن، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و آگاهی از عدم تأثیر آن، پذیرش وقایع شخصی دردناک و دوری از جنگیدن با آنها؛ تکالیف: تمرین تن‌آرمیدگی، توجه به راهبردهای انتخابی‌شان در مواجهه با وقایع
۵	افزایش توانایی تمرکز بر حواس درونی با هدف بودن در زمان حال و کسب احساسات خوشایند لحظه‌ای و مداوم. افزایش توانایی ایجاد و رهاسازی افکار از طریق تمرین پیوسته وارد و خارج کردن افکار مثبت و منفی به داخل ذهن	ذهن‌آگاهی حسی-فکری: آموزش فن توجه و تمرکز بر حواس بدن، جستجو، مشاهده و هدایت آن. آموزش فن توجه به افکار مثبت و منفی درونی، وارد کردن آنها به دنیای ذهنی خود و خارج کردن آنها بدور از درگیر شدن در قضاوت‌های تنش‌زا؛ تکالیف: تمرین ذهن‌آگاهی نسبت پنج حس (خوردن، گوش دادن، لمس کردن، بوییدن و دیدن آگاهانه) و تمرین رهاسازی افکار
۶	کاهش میزان تأثیر منفی مشکلات از طریق مواجهه طولانی با آن، افزایش توانایی فرد جهت مشاهده توصیفی خود، کاهش قضاوت‌های متمرکز بر خود و دیگران، توانایی دور کردن خود از مشکلات خود و هیجانات منفی حاصل از درگیر شدن در آن	مشاهده و مواجهه ذهن‌آگاهانه: مواجهه پیوسته و طولانی با مشکلات، تشویق مشاهده خود بدور از قضاوت، تضعیف خود تبیینی و مفهومی، تقویت خود مشاهده‌گر، تقویت توانایی جدا کردن خود از مشکلات و حالات خویش؛ تکالیف: یادداشت‌نویسی در مورد تجربه ذهن‌آگاهی (مشاهده توصیفی)
۷	متمرکز ساختن فرد بر درونیات و بیرونیات لحظه‌ای، رهایی از تنش‌های درونی و بیرونی، آگاهی از تأثیرات مخرب درگیر شدن در ذهن و آرامش ناشی از رها کردن آن، تقویت توانایی مشاهده درونیات و بیرونیات خود بدون تجربه تنش لحظه‌ای و مداوم	مواجهه، مشاهده و آرام‌سازی: تمرکز بر زمان حال، آرام‌سازی، تضاد بین تجربه و ذهن، رها شدن از ذهن در قالبی موقتی و تمرینی، توجه به درونیات (افکار و احساسات) ولی درگیر نشدن در آن و دیدن تجارب درونی از بالا؛ تکالیف: تمرین آرام‌سازی بطور منظم در طول هفته و توجه به تنفس بعنوان اولین گام توجه آگاهانه، تمرکز بر زمان حال و مشاهده توصیفی موقعیت‌ها (بدون قضاوت و بدون تنش)
۸	مشاهده تغییرات و توانمندی‌های ایجاد شده، تأثیرات لحظه‌ای و مداوم فنون درمان، بحث حول جنبه‌های مثبت و منفی درمان و آماده‌سازی جهت اتمام آن	اختتام: بازنگری مطالب گذشته، جمع‌بندی و آماده‌سازی برای اتمام درمان؛ تکالیف: انتخاب یک تمرین و تمرین منظم روزانه؛ توجه به نشانگان احتمالی عود و استفاده از راهبردهای جلسات و جزوات

## روش اجرا

جهت انجام پژوهش پس از هماهنگی با مسئولان سرای محله قلهک، بیان اهداف، اهمیت و ضرورت پژوهش و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان، برای افراد جامعه پژوهش نیز علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. ابتدا مقیاس‌های نگرش‌های صمیمانه و افسردگی به عنوان پیش‌آزمون، توسط تمامی سالمندان پاسخ داده شد. سپس ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مبتنی بر مدل ذهن‌آگاهی دریافت کرد و طی این مدت گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای را دریافت

نکرد. بعد از اتمام جلسات مداخله، مقیاس‌های نگرش‌های صمیمانه و افسردگی به عنوان پیش‌آزمون، توسط افراد تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کننده به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ در قالب شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کوواریانس تک‌متغیری) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای نگرش صمیمانه و افسردگی در جدول ۲ گزارش شده است.

## جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به نگرش صمیمانه و افسردگی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
نگرش‌های صمیمانه	۱۳۵/۰۰ (۱۱/۳۳)	۱۴۷/۷۸ (۱۵/۵۷)	۱۳۴/۲۰ (۱۰/۴۰)	۱۳۵/۰۰ (۱۱/۹۰)
افسردگی	۱۴/۶۷ (۲/۸۵)	۱۱/۷۶ (۴/۵۶)	۱۴/۸۷ (۳/۵۰)	۱۴/۹۳ (۴/۰۴)

طبق جدول ۲ در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است. این بهبود در متغیر افسردگی شامل کاهش میانگین و در متغیر نگرش‌های صمیمانه شامل افزایش میانگین بود. در حالی که در گروه کنترل وضعیت به طور کامل برعکس گروه آزمایش بود. در این گروه تغییر ناچیز در میانگین پس‌آزمون متغیرهای نگرش‌های صمیمانه و افسردگی نسبت به پیش‌آزمون این متغیر مشاهده شد. بنابراین، چنانچه ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر نگرش‌های صمیمانه به لحاظ آماری معنی‌دار نبود  $[F_{(۱,۲۸)}=۱/۰۴ P=۰/۳۶۱>۰/۰۵]$ . بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. همچنین در مورد متغیر افسردگی آزمون لوین به لحاظ آماری معنی‌دار نبود  $[F_{(۱,۲۸)}=۲/۰۱ P=۰/۱۱۹>۰/۰۵]$ .

بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان F در سطح ۰/۰۵ برای نگرش‌های صمیمانه  $[F=۰/۴۶ P=۰/۷۸۱>۰/۰۱]$  و برای افسردگی  $[F=۰/۱۹ P=۰/۸۹۴>۰/۰۱]$  بود. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که برای متغیر نگرش‌های صمیمانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۷۵۲  $(P=۰/۴۳۶)$  و ۰/۹۱۲  $(P=۰/۳۷۸)$  و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۳۹۷  $(P=۰/۵۴۰)$  و ۰/۴۰۲  $(P=۰/۵۲۱)$  بود. همچنین برای متغیر افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۵۶  $(P=۰/۷۷۴)$  و ۰/۱۸۹  $(P=۰/۷۶۱)$  و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۲۱۹  $(P=۰/۶۹۳)$  و ۰/۲۱۱  $(P=۰/۶۹۹)$  بود. همانطور که مشاهده می‌شود



۱۱/۶۲ و  $F=1/71$ ) نشان می‌دهد که فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برای داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهشی رعایت شده است ( $P>0/05$ ). نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که سطح خطای آماره  $F$  در تمام متغیرهای پژوهشی بزرگتر از ۰/۰۵ است ( $P>0/05$ )، که نشان دهنده همگنی واریانس‌ها در گروه‌های مورد مطالعه است.

آزمون انجام شده سطح معناداری  $P>0/01$  در نظر گرفته شد که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است (بریس، کمپ و سنلگار، ۲۰۰۶/۱۳۹۱). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است. بنابراین، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد. نتایج آزمون ام باکس انجام شده در مطالعه (با مقدار

## جدول ۳

نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در نمرات نگرش‌های صمیمانه و افسردگی

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره $F$	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
نگرش‌های صمیمانه	پیش‌آزمون	۲۰۳۹/۴۵	۱	۲۰۳۹/۴۵	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	عضویت گروهی	۱۱۱۹/۹۱	۱	۱۱۱۹/۹۱	۹/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	خطا	۳۳۳۸/۲۹	۲۷	۱۲۳/۶۴			
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۵۷/۴۲	۱	۳۵۷/۴۲	۵۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	عضویت گروهی	۶۹/۳۶	۱	۶۹/۳۶	۱۱/۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۰
	خطا	۱۶۲/۸۵	۲۷	۶/۰۳			

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های صمیمانه سالمندان تأیید شد. در همین راستا کلانتریان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خویش گزارش کردند که مدل ذهن‌آگاهی و آموزش آن به افراد در تقویت دیدگاه مثبت نسبت به صمیمیت و بهبود عملی سطح صمیمیت بین‌فردی آنها نیز مؤثر می‌باشد. در واقع این پژوهشگران نشان دادند که افراد در طی این مدل سطح مطلوبی از آرامش روانی را تجربه می‌کنند و نسبت به ضرورت ایجاد صمیمیت بین‌فردی نیز آگاه می‌شوند و بدین‌شکل انگیزه کافی برای ایجاد و تداوم این قالب ارتباطی را پیدا می‌کنند.

در تبیین تأثیر معنادار آموزش ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های صمیمانه سالمندان می‌توان گفت: در این مدل آموزشی ابتدا اعضا تحت تمرین مراقبه و تن‌آرمیدگی قرار گرفتند و بدین‌شکل به حدی از تسکین و آرامش درون‌فردی دست یافتند. با رسیدن به تسکین درون‌فردی این امکان فراهم شد تا اعضا در قالب محیطی امن و سرشار از امنیت، بر خویشتن درون‌فردی و بین‌فردی خود متمرکز شوند و کارایی‌های تعاملی خود را با تمرکز بر افکار ساختاری و مهارت‌های ارتباطی خود مورد بررسی قرار دهند. یکی از ابعادی که در چهارچوب بررسی تعاملات بین‌فردی اعضا

طبق جدول ۳  $F$  نگرش‌های صمیمانه در پس‌آزمون ۹/۰۶ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان نگرش‌های صمیمانه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه میانگین‌های مندرج در جدول ۳ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه آزمایش در نگرش‌های صمیمانه به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که مدل ذهن‌آگاهی سبب افزایش نگرش‌های صمیمانه افراد می‌شود. اندازه اثر نیز ۰/۲۵ است. همچنین با توجه به جدول آماره  $F$  افسردگی در پس‌آزمون ۱۱/۵ است که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی دوره‌ای است که افراد به حمایت جسمی، عاطفی و روانی نیاز دارند. افسردگی شایع‌ترین مشکل سلامت روان در میان سالمندان است و به افزایش عوارض پزشکی و مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی و بالا بردن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی منجر می‌شود. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های صمیمانه و میزان افسردگی سالمندان انجام شد.

کومار و همکاران (۲۰۱۴) و کیم و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خویش نشان دادند که مدل ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش افسردگی در سالمندان شود.

در تبیین تأثیر معنادار آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی در سالمندان می‌توان گفت این فرایند آموزشی از چند جهت زمینه را برای کاهش شدت افسردگی در سالمندان فراهم کرد که در قالبی تبیینی بدان اشاره می‌شود. اولین عاملی که در خلال این برنامه آموزشی زمینه را برای کاهش افسردگی در سالمندان فراهم کرد تمرین و تکرار تمرین مراقبه و تن‌آرمیدگی‌های جسمانی و تصویری بود. درمانگر در خلال این برنامه آموزشی مهارت مراقبه جسمانی را به اعضا آموزش داد. مهارتی که منجر به ایجاد تسکین جسمانی در اعضا شده و تا حد زیادی تنش‌های کارکردی و جسمانی آنها را کاهش داد. همچنین در کنار مراقبه جسمانی درمانگر مراقبه ذهنی یا روانی را نیز به اعضا آموزش داد و از آنها خواست که با به تصویر کشیدن تجربیات و تداعی‌کننده‌های خوشایند، ضمن دور کردن هیجانات ناخوشایند، ادراک و تجربه هیجانات خوشایند را در خود افزایش دهند و بدین‌شکل از سطح و شدت احساسات ناراحت‌کننده نظیر غم و افسردگی در خود بکاهند. در واقع آمیخته کردن اعضا با مراقبه‌های جسمانی و روان‌شناختی سطحی از آرامش و امنیت درون‌فردی را در آنها ایجاد و تقویت نمود و به‌مرور آنها را از درگیر شدن در هیجانات ناخوشایند دور کرده و با هیجانات لذت‌بخش و خوشایند آمیخته‌شان نمود. بنابراین بدیهی است که چنین تحولی از شدت و میزان افسردگی در سالمندان تحت آموزش بکاهد. دومین عاملی که موجبات کاهش شدت افسردگی را در اعضا فراهم نمود تقویت مهارت مشاهده خویشتن و آگاهی لحظه‌ای نسبت به افکار و هیجانات درون‌فردی و بعضاً غیرمنطقی و ناخوشایند بود. اعضا در خلال مشاهده خویشتن به این نتیجه رسیدند که با گستره‌ای از افکار و هیجانات ناخوشایند و مخرب همراه هستند که زمینه را برای افسردگی در آنها فراهم کرده است و رضایت‌شان را از فرایند زندگی تا حد زیادی کاهش داده است. پس از اینکه اعضا به نقش مخرب این افکار و هیجانات پی بردند انگیزه کافی برای مقابله با آنها پیدا کردند. در ادامه با همراهی فرد درمانگر مهارت پذیرش را در خویشتن تقویت نمودند. در واقع برخلاف بسیاری از مدل‌های موج دوم شناختی-رفتاری که بر تغییر افکار منفی تمرکز دارند، مدل

مورد شناسایی و بررسی قرار گرفت نگرش و دیدگاه شناختی اعضا نسبت به روابط بین‌فردی و صمیمیت‌های تعاملی بود. برخی از سالمندان آشکار ساختند که دلیل امتناع‌شان از روابط بین‌فردی صمیمانه، شکست‌های کارکردی نیست، بلکه نگرش‌های منفی است که نسبت به این قسم از روابط دارند. در واقع آنها بر این عقیده بودند که ایجاد صمیمیت در این بازه سنی نه‌تنها فایده‌چندانی به دنبال ندارد بلکه منجر به ایجاد تحقیر، تمسخر و ناکامی بین‌فردی نیز می‌شود. ناکامی‌هایی که با ایجاد تنش‌های درون‌فردی، تداوم لذت‌بخش و خوشایند فرایند زندگی را برای اعضا دشوار می‌سازد. اعضا مفهوم صمیمیت را در خلال گفت‌وگوهای گروهی مورد بحث و بررسی قرار داد و هریک از اعضا تجربیات خود را در زمینه ایجاد روابط بین‌فردی و تعاملی ارائه دادند. تمرکز و مشاهده عمیق تجربیات خود در خلال روابط صمیمانه و همچنین مشاهده عملکردها و تجربیات صمیمانه سایر اعضای گروه، این واقعیت را بر سالمندان مشارکت‌کننده آشکار ساخت که ایجاد روابط صمیمانه نه‌تنها با پیامدهای منفی همراه نخواهد بود بلکه منجر به ایجاد احساسات و تجربیات خوشایند درونی و بیرونی در آنها می‌شود. تجربیاتی که تداوم زندگی تعامل‌محور را معنادار کرده و رضایت سالمندان را از کلیت آن افزایش می‌دهد. به‌طورکلی بررسی تجربیات تعاملی صمیمیت‌محور و همچنین مواجهه با نتایج مثبت و کارآیی آن، نه‌تنها نگرش سالمندان را نسبت به این چهارچوب و بُعد ارتباطی بهبود بخشید، بلکه به‌مرور موجبات اصلاح کیفیت تعاملات دوسویه و چندسویه را در آنها فراهم کرد.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر افسردگی سالمندان تأیید شد. مولفه‌های ذهن‌آگاهی شامل تمرکززدایی، پذیرش و رهاسازی در افراد افسرده در سطح پایینی قرار دارد. در واقع افسردگی این افراد به این دلیل شکل‌گرفته و تشدید می‌یابد که پذیرشی نسبت به رنج‌های درونی-بیرونی ندارند و با رهاکردن زمان حال تا حد زیادی بر زمان گذشته و عملکردهای خود در آن دوره متمرکز شده‌اند. خدابخشی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خویش تصریح کردند که آموزش ذهن‌آگاهی از طریق آگاه کردن سالمندان نسبت به خود، توانایی‌ها و محیط اطراف که منجر به خوشبینی و امیدواری می‌شود می‌تواند از شکل‌گیری و تشدید افسردگی در سالمندان جلوگیری کند.

شاندیز. بازیابی شده از <https://www.civilica.com/Paper-ICPCE01-ICPCE01-455.html>

مرادی، ا.، کجباف، م.، و قمرانی، ا. (۱۳۸۶). بررسی رابطه نگرش‌های صمیمانه با سلامت روانی در زنان ناتوان جسمی اصفهان. *فصلنامه مطالعات زنان*، ۵(۳)، ۹۵-۱۰۸.

معنوی‌پور، د.، دارابی، م.، و سیف، ع. ا. (۱۳۹۷). اثربخشی مدل ذهن‌آگاهی بر اضطراب امتحان و سبک‌های حل مسئله در دانشجویان. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۷(۱)، ۳۹-۵۰.

میرزایی، م.، دارابی، س.، و باباپور، م. (۱۳۹۶). سال‌خوردگی جمعیت در ایران و هزینه‌های رو به افزایش بهداشت و درمان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲)، ۱۶۹-۱۵۶.

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

حبیبی، م.، و حناساب‌زاده، م. (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی زنان یائسه. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۹(۱)، ۳۱-۲۲.

حجتی، ح.، کوچکی، گ.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۱). ارتباط احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان شهرهای گرگان و گنبد. *مجله توسعه و پژوهش در پرستاری و مامائی*، ۹(۱)، ۶۸-۶۱.

شیبانی‌تدریجی، ف.، پاکدامن، ش.، دادخواه، ا.، و حسن‌زاده توکلی، م. (۱۳۸۹). تأثیر موسیقی‌درمانی بر میزان افسردگی و احساس تنهایی سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۵(۲)، ۶۰-۵۴.

بستامی، ف.، سلحشوری، آ.، شیرانی، ف.، محتشمی، ع.، و شرفخانی، ن. (۱۳۹۵). عوامل خطر افسردگی در سالمندان: *مقاله مروری، سالمندشناسی*، ۱(۲)، ۶۵-۵۴.

خدابخش‌پیر کلانی، ر.، ساعتچی، ل.، و ملکی مجد، م. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ و امید به زندگی در زنان سالمند. *سالمندشناسی*، ۳(۲)، ۲۰-۱۱.

ولدی‌پاک، آ.، خالدی، ش.، و معینی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱(۱۴)، ۷۸-۶۲.

## References

Aghayoosefi, A., Oraki, M., Zare, M., & Imani, S. (2013). Effectiveness of mindfulness in decreasing stress, anxiety and depression among the substance abusers. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 8(27), 17-26. [Persian]

ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این افکار را مورد پذیرش قرار داده و بدون اهمیت دادن به آن روند زندگی خود را هدایت کرده و ادامه دهند. اعضا در خلال تمرین دوسویه و چندسویه، مهارت پذیرش را در خویشتن تقویت کردند و به این حد از توانایی رسیدند که افکار و هیجانات افسرده‌ساز را مورد غفلت و بی‌توجهی قرار داده و به آنها اجازه ندهند که در عملکردشان در ابعاد مختلف زندگی اختلال ایجاد کند.

بنابراین می‌توان اذعان کرد که مراکز فعال در حوزه زوج و خانواده‌درمانی در سازمان‌های مختلف می‌توانند با بهره‌گیری از مدل ذهن‌آگاهی تا حد زیادی زمینه را برای رفع مشکلات درون‌فردی، بین‌فردی و سیستماتیک سالمندان فراهم کنند و از طریق تقویت نگرش‌های صمیمانه و همچنین کاهش شدت افسردگی در آنها، ضمن کیفیت‌بخشی به سلامت درون‌فردی و تعاملات بین‌فردی این گروه، کارکردشان را در ابعاد مختلف محیطی نیز بهبود ببخشند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به پرحجم بودن سؤالات پرسش‌نامه، محدودکردن نمونه به سالمندان سرای محله اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مدل آموزشی در طیف گسترده‌تری از سالمندان (سالمندان ساکن در خانه و سرای محله) مورد بررسی قرار گیرد و به سالمندان ساکن در سرای محله محدود نشود.

## سپاس‌گزاری

از همکاری کلیه سالمندانی که در این پژوهش شرکت داشتند صمیمانه قدردانی می‌شود.

## منابع

آقایوسفی، ع.، اورکی، م.، زارع، م.، و ایمانی، س. (۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوءمصرف‌کنندگان مواد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۲۵-۱۸.

فیروزجاه، ب. (۱۳۹۵). *بررسی بهزیستی روانشناختی سالمندان مقیم خانه و سالمندان مقیم سرای سالمندان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)*. دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

کلانتریان، ا.، زرین‌فر، س.، و زرین‌فر، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افزایش صمیمیت در زوج‌ها. *مقاله ارائه شده در کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی*

- Amidon, E., Kumar, V. K., & Treadwell, T. (1983). Measurement of intimacy attitudes: the intimacy attitude scale-revisited. *Journal of Personality Assessment*, 47(6), 635-639.
- Atkinson, B. J. (2013). Mindfulness training & the cultivation of secure, satisfying couples' relationships. *Couple & Family Psychology: Research & Practice*, 2(1), 73-94.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction & responses to relationship stress. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(1), 482-500.
- Bastami, F., Salahshoori A., Shirani, F., Mohtashami, A., & Sharafkhani, N. (2016). Risk factors of depression on the elderly: a review study. *Journal of Gerontology*, 1 (2), 54-65. [Persian]
- Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickels, K. (1974). Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck, A. T., (1972). Measuring depression: The depression inventory. In T. A. Williams, M. M. Katz, & J. A. Shields (eds.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses*, (pp. 299-302). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Bergomi, C., Tschacher, W., Kupper, Z. (2013). The assessment of mindfulness with self-report measures: Existing scales & open issues. *Mindfulness Journal*, 4(1), 191-202.
- Bianchi, R., Rolland, J.-P., & Salgado, J. F. (2018). Burnout, depression, & borderline personality: A 1,163-participant study. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 1-10.
- Birami, M., Farnam, A., Gholizadeh, H., & Imani, M. (2010). Comparison of familial functions of primary depressed patients with healthy individuals based on McMaster model. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 32(2), 25-29. [Persian]
- Birnie, K., Garland, S. N., & Carlson, L. E. (2010). Psychological benefits for cancer patients & their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-Oncology*, 19(1), 1004-1009.
- Brown, K. W., & Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: Acceptance & commitment Training & Its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality & Social Psychology*, 81(11), 811-818.
- Buge, L., Marnix, S., Verhoef, P. C., & Buunk, A. (2011). Costumer intimacy & commitment to relationships with firms in five different sectors. *Journal of Retailing & Costumer*, 18(4), 247-358.
- De-Marco, A. P., Mahoney, J. J., Aduen, P. A., Bajo, S. D., & Broshek, D. K. (2017). The relationship between the neuro-quality of life depression & anxiety measures & the personality assessment inventory in persons with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 70(1), 145-149.
- Domenech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., & Haro, J. M. (2017). Loneliness & depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry Epidemiology*, 52(4), 381-390.
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms & marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 531-540.
- Ertz, M., & Sarigöllü, E. (2019). The behavior-attitude relationship and satisfaction in proenvironmental behavior. *Environment and Behavior*, 51(9-10), 1106-1132.
- Firoozjah, b. (2016). *A study of the psychological well-being of the elderly living in the home and the elderly living in the nursing home* (unpublished Master Thesis). Allameh Tabatabai University, Tehran. [Persian]
- Fleming, J. E., & Kocovski, N. L. (2007). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: A treatment manual. *Unpublished manuscript*.
- Ganong, K., & Larson, E. (2011). Intimacy and belonging: the association between sexual activity and depression among older adults. *Society and Mental Health*, 1(3), 153-172.

- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: a review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296-307.
- Griffith, G. M., Bartley, T., & Crane, R. S. (2019). The Inside Out Group Model: Teaching Groups in Mindfulness-Based Programs. *Mindfulness*, 10(7), 1315-1327.
- Habibi, M., & Hanasabzadeh, M. (2014). The Effectiveness of Mindfulness Based Art Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life Among Postmenopausal Women. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 9(1), 22-31. [Persian]
- Han, K. M., Han, C., Shin, C., Jee, H. J., An, H., Yoon, H. K., ... Kim, S. H. (2018). Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. *Journal of Psychiatric Research*, 98, 133-140.
- Hede, A. (2017). Using mindfulness to reduce the health effects of community reaction to aircraft noise. *Noise & Health*, 19(89), 165-173.
- Hofer, J., & Busch, H. (2011). When the needs for affiliation and intimacy are frustrated: Envy and indirect aggression among German and Cameroonian adults. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 219-228.
- Hojjati, H., Koochaki, G., & Sanagoo, A. (2012). The Relationship between Loneliness and Life Satisfaction of the Elderly in Gorgan and Gonbad Cities. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 9(1), 61-68. [Persian]
- Hong, E. (2019). *Intimate relationship development for the elderly: Transition from 'Volkstuin' (community garden) to residential environment*. Available at <http://resolver.tudelft.nl/uuid:2ad5a161-017f-4318-a6bf-3bc4eeefa75b>
- Jung, J., Roh, D., Moon, Y. S., & Kim, D. H. (2017). The moderating effect of religion on the relationship between depression and suicidal ideation in the elderly. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(8), 605-610.
- Kabat-Zinn, J., & Santorelli, S. (1999). Mindfulness-based stress reduction professional training resource manual. *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society: Worcester, MA*.
- Kakavand, A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness on Dysfunctional Attitudes and Depressive Symptoms among Elderly Women with Major Depressive Disorder. *Aging Psychology*, 2(2), 101-91. [Persian]
- Kalantarian, A., Zarinfar, S., & Zarinfar, A. (1396). *The effectiveness of mindfulness-based cognitive-cognitive therapy to increase intimacy in couples*. Article presented at International Conference on Psychology, Counseling, and Education. Shandiz Higher Education Institute, Mashhad. [Persian]
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian journal of psychiatry*, 53(4), 300.
- Karremans, J. C., Schellekens, M. P. J., & Kappen, G. (2015). Bridging the sciences of mindfulness & romantic relationships: A theoretical model & research agenda. *Personality and Social Psychology Review*, 21(1), 29-49.
- Khodabakhsh, R., Saatchi, L., & Maleki Majd, M. (2018). The Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression, death anxiety and life expectancy in elderly women. *Journal of Gerontology (JGEM)*, 3(2), 11-20. [Persian]
- Kim, K. N., Son, H. G., & Park, H. J. (2014). Effects of mindfulness meditation program on sleep, depression and quality of life in the institutionalized elderly women. *The Korean Journal of Health Service Management*, 8(3), 157-168.
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: a review. *Journal of the American Medical Association*, 317(20), 2114-2122.
- Kolodziejczak, K., Gerstorf, D., & Rook, K. (2019). Facets of close, romantic, and intimate relationships in later life. *Innovation in Aging*, 3(Supplement-1), S792-S792.
- Kumar, S., Adiga, K. R., & George, A. (2014). Impact of mindfulness-based stress reduction (mbsr) on depression among elderly residing in residential homes. *The Nursing Journal of India*, 105(6), 248-251.

- Lau, Y., Chow, A., Chan, S., & Wang, W. (2014). Fear of intimacy with helping professionals & its impact on elderly Chinese. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(2), 474-480.
- Lee, H. S., Kim, C., & Lee, D. (2016). Factors influencing middle-aged women's depression. *Korean Journal of Health Promotion*, 16(1), 1-10.
- Lerche, S., Gutfreund, A., Brockmann, K., Hobert, M. A., Wurster, I., Sünkel, U., ... & Berg, D. (2018). Effect of physical activity on cognitive flexibility, depression and RBD in healthy elderly. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 165, 88-93.
- Liu, D., Xi, J., Hall, B. J., Fue, M., Zhang, B., Guo, J., & Feng, X. (2020). Attitudes toward Aging, Social Support and Depression among Older Adults: Difference by Urban and Rural Area in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 85-92.
- Lyddy, C. J., & Good, D. J. (2017). Being while doing: An inductive model of mindfulness at work. *Frontiers in Psychology*, 7(1), 1-10.
- Manavipour, D., & darabi, M. (2018). The Effect of Mindfulness Training on Problem Solving Styles and Test Anxiety in students. *Social Cognition*, 7(1), 41-53. [Persian]
- Miller, R. S., & Perlman, D. (2009). Social cognition. In R. S. Miller & D. Perlman (5th Eds.), *Intimate Relationships* (pp. 108-142). New York, NY: McGraw-Hill.
- Mirkena, Y., Reta, M. M., Haile, K., Nassir, Z., & Sisay, M. M. (2018). Prevalence of depression & associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC psychiatry*, 18(1), 338-338.
- Mirzaie, M., & Darabi, S. (2017). Population aging in Iran and rising health care costs. *Salmand. Iranian Journal of Ageing*, 12 (2), 156-169. [Persian]
- Moradi, A., Kajbaf, M., & Qamarani, A. (2007). The Relationship between Intimacy Attitudes and Mental Health among Physically Disabled Females in the City of Esfahan. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 5(3), 95-108. [Persian]
- Muniruzzaman, M. D. (2017). Transformation of intimacy & its impact in developing countries. *Life Sciences, Society & Policy*, 13(1), 10-10.
- Robin, B., & Junkin, M. (2014). The effect of mindfulness cognitive therapy on self-esteem and loneliness for depressed adults. *Journal of Affect Disord*, 114(5), 251-262.
- Sheibani Tazraji, F., Pakdaman, S., Dadkhah, A., & Hasanzadeh Tavakoli, M R. (2010). The Effect of Music Therapy on Depression and Loneliness in Old People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 5(2), 54-60. [Persian]
- Suzuki, K., Miyamoto, M., & Hirata, K. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis & management. *Journal of General & Family Medicine*, 18(2), 61-71.
- Amidon, E., Kumar, V. K., & Treadwell, T. W. (1983). Measurement of intimacy attitudes: The Intimacy Attitudes Scale-Revised. *Journal of Personality Assessment*, 47, 635-639.
- Walker, L. M., Santos-Iglesias, P., & Robinson, J. (2018). Mood, sexuality, and relational intimacy after starting androgen deprivation therapy: implications for couples. *Support Care Cancer*, 26(11), 3835-3842.
- Wang, G., Hu, M., Xiao, S. Y., & Zhou, L. (2017). Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(10), e016091.
- Zadmohammadi, A., & Malekhosravi, GH. (2006). Preliminary study and psychometric and accreditation characteristics of family function measurement (FDA). *Journal of the Research Family*, 5(2), 69-86. [Persian]