

مقایسه تأثیر آموزش ذهن آگاهی و دارو درمانگری بر افزایش امید زنان سالمند مبتلا به آلزایمر آسایشگاه‌های قزوین*
 علیرضا افتخاری بیاتی^۱، سارا پاشنگ^۲، فربرز باقری^۳، حسن احدی^۴

Comparing the effect of mindfulness training and drug therapy on increasing hope in elderly women with alzheimer's diseases in qazvin

Alireza Eftekhari Bayati¹, Sara Pashang², Friborz Bagheri³, Hasan Ahadi⁴

چکیده

زمینه: از موضوعات بسیار مهم در زندگی سالمندان مسئله امید است. اما مسئله اصلی اینست: آموزش ذهن آگاهی و دارو درمانگری کدام کارایی بیشتری بر امید سالمندان دارند. **هدف:** مقایسه تأثیر روی آورد آموزش ذهن آگاهی بر افزایش امید زنان سالمند مبتلا به بیماری آلزایمر بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود که از طرح پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. جامعه آماری، تمامی زنان مبتلا به بیماری آلزایمر خفیف ساکن آسایشگاه‌های قزوین در سال ۱۳۹۶ بودند که ۲۷ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به ۲ گروه آزمایشی و یک گروه گواه، تقسیم گردیدند. ابزار عبارتند از: مقیاس امید بزرگسالان شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) و پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی (رحمانی فرد، کلانتر کوشه و فرامرزی، ۱۳۹۶). نتایج با روش آنالیز واریانس یک راهه و واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی و دارو درمانگری بود ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** برای افزایش امید زنان سالمند مبتلا به آلزایمر می‌توان از آموزش ذهن آگاهی استفاده کرد. **واژه کلیدی‌ها:** بیماری آلزایمر، آموزش ذهن آگاهی، دارو درمانگری، امید

Background: Hope is one of the most important issues in elderly life. But the key question is: which mindfulness training and drug therapy work best for the elderly? **Aims:** To compare the effect of mindfulness education approach on hope in elderly women with Alzheimer's disease. **Method:** This was a quasi-experimental study using pre-test and post-test design. The statistical population was all women with mild Alzheimer's disease living in Qazvin sanatoriums in 1396. 27 of them were selected by random sampling and divided into two experimental and one control group. The tools are: Schneider et al. (1991) Adult Hope Scale and Mindfulness-Based Therapy Protocol (Rahmani Fard, Sheriff Kouche & Cross-Border, 1396). Results were analyzed by one way ANOVA and repeated measures ANOVA. **Results:** There was a significant difference between the effectiveness of mindfulness treatment and drug therapy ($p < 0/01$). **Conclusions:** Mindfulness training can be used to increase the hope of older women with Alzheimer's disease. **Key Words:** Alzheimer's disease, mindfulness training, drug therapy, hope

Corresponding Author: sarahpashang@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

^۱ Ph.D Student of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^۴ استاد، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران

^۴ Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran

مقدمه

از اختلالات شایع همراه با معلولیت شدید و پیش رونده در دوره سالمندی، اختلال دمانس آلزایمر است که با نقص شناختی متعدد، از جمله فقدان حافظه مشخص می‌شود (سالاری، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۹۲). براساس برآوردها، تا سال ۲۰۳۰، حدود ۳۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰، حدود ۴۵ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تأثیر بیماری آلزایمر قرار دارند (غلامزاده، حشمتی، مانی و همکاران، ۲۰۱۷). بدون مداخله، تعداد افراد مبتلا به آلزایمر در دهه‌ها آینده افزایش خواهد یافت و هزینه‌های آن نیز افزایش خواهد یافت (انجمن آلزایمر، ۲۰۱۷). از آنجایی که در حال حاضر درمانی برای بیماری آلزایمر وجود ندارد، جستجو برای روش‌های جایگزین به منظور کمک به فرد مبتلا به این بیماری به هر میزانی که امکان داشته باشد، مفید است. شیوع روزافزون این بیماری و هزینه‌های مالی و مراقبتی آن، بار قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند که به احتمال زیاد بدتر و بدتر می‌شود (کویتانا هرناندز، باراچینا، فرناندز و همکاران، ۲۰۱۵). مداخلات روانشناسی می‌تواند کمک کند تا به‌طور مؤثرتری با این اختلال عصبی پیش‌رونده مقابله کرد و در نتیجه بتوان میزان قابل توجهی در هزینه‌ها صرفه‌جویی نمود (پالر، فلورسزاک، وینتراب و همکاران، ۲۰۱۵). دست یابی به روش‌های مداخله‌ای که بتواند امید را در مقابل یک بیماری لاعلاج، زنده کند و به افرادی که فرآیند بیماریشان رو به پیش است کمک کند، بسیار حیاتی است. یکی از روش‌های مداخله که می‌توان به افراد مبتلا به بیماری آلزایمر، کمک کند، استفاده از شیوه‌های ذهن آگاهی است. با آموزش‌های مورد نیاز در مداخلات غیر دارویی جایگزین مانند ذهن آگاهی، احتمال کاهش مصرف دارو، بیشتر به چشم خواهد خورد (همش، ۲۰۱۵). درمان‌های روانشناختی یک روش معمول در مراکز مراقبتی و نگهداری برای سالمندان وابسته است، اما به تازگی، آموزش ذهن آگاهی نیز به این خدمات افزوده شده است. مکانیسم‌های زیربنایی عملکرد ذهن آگاهی هنوز در مرحله تحقیق هستند، و انجام تحقیقات بیشتر در این روی آورد، شایسته توجه است (تانگ، هولزل و پوسنر، ۲۰۱۵). ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می‌نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید، به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و ناراضیاتی نجات دهد (همش، ۲۰۱۵).

افراد ذهن آگاه در کارآمدی و حل مسئله، توانمندی بالاتری نسبت به سایرین دارند (ایمانوئل و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از صمدزاده و همکاران ۱۳۹۷). مطالعات حاکی از آن است که افراد مبتلا به زوال عقل توانایی یادگیری مهارت‌های ذهن آگاهی را دارند و این احتمالاً از طریق حافظه ضمنی است که از طریق یادگیری اولیه یا ادراکی به دست می‌آید (چان مون یین، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که افزایش خون رسانی مغزی در نواحی قشری و زیرقشری، از جمله هیپوکامپ، ارتباط بین ساختارهای مغزی مختلف و تراکم نورونی را افزایش می‌دهد، عملکرد مغز را در حالت استراحت تغییر می‌دهد. مناطقی از مغز که در اجرای مراقبت مداخله می‌کنند، در هوشیاری بدن و تنظیم هیجان فعال هستند. اما همه این قابلیت‌ها در طی بیماری آلزایمر رو به زوال می‌روند. بنابراین، به طور فعال شرکت کردن در یک برنامه آموزش ذهن آگاهی، باید برای افراد مسن با بیماری آلزایمر مفید باشد (کویتانا هرناندز، فرناندز، گارسا رودریگز، هرناندز و همکاران، ۲۰۱۴). امید به عنوان یک نیروی چند بعدی زندگی تعریف شده است که همیشه درجانی از آن در زندگی فرد وجود دارد. شنایدر امید را به عنوان درک مسیرهای مشتق به اهداف مورد نظر و ایجاد کننده انگیزه در فرد برای سازماندهی فکر برای استفاده از یک مسیر تعریف کرده است (نجفی و مدحی، ۱۳۹۷). درباره سوابق پژوهش‌ها تجربی بعمل آمده می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

پژوهشی را اسمارت، سگالوویتز، مولیگان و همکاران در سال ۲۰۱۶ با عنوان تمرین ذهن آگاهی برای بزرگسالان دارای اختلال شناختی، انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک اقدام اولیه درمانی در افراد مبتلا به اختلال شناختی، مؤثر باشد. طی مطالعه‌ای که توسط لنز، هیکن، هرشی، دیکسون و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان کاهش استرس بر مبنای ذهن آگاهی به عمل آمد، بهبود عملکرد شناختی افراد ۶۵ ساله در سنت لوئیس و سندیکو با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاکی از کاهش نگرانی، افزایش توجه و بهبود حافظه در آنها بود. شیردا، حسین و پراکاش در سال (۲۰۱۵) به بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر مهار گری شناختی و تنظیم هیجان در استرس درک شده بر روی ۵۰ سالمند پیر و ۵۰ سالمند جوان پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که بین آموزش ذهن آگاهی و استرس درک شده رابطه منفی وجود دارد. در مطالعه‌ای که پالر و همکاران

(خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است). اما برای گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای اعمال نشد و بلافاصله بعد از اتمام مداخله آزمایشی برای گروه‌های آزمایش و گروه گواه پس از آزمون اجرا شد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش - سواد خواندن و نوشتن داشته باشند و افرادی که حداقل دو سال از زندگی‌شان در آسایشگاه‌های سالمندان می‌گذرد، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای گروه گواه بعد از پژوهش جلسات درمانگری گذاشته شد و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و تحلیل واریانس به تجزیه و تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

ابزار

مقیاس امید بزرگسالان اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱): مقیاس امید بزرگسالان یک پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر ۱۲ سؤال است که توسط اشنایدر و همکاران در سال (۱۹۹۱) ساخته شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تأیید قرار گرفت (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). پاسخ‌دهندگان درجه موافقت خود را با هر ماده با استفاده از مقیاسی ۴ درجه‌ای: (۱ کاملاً درست تا ۴ کاملاً غلط) نشان می‌دهند. (اشنایدر، ۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس قابل قبول است (برای امیدواری کل ۰/۸۶، برای بعد تصمیم هدف مدار ۰/۸۲ و برای راهبردها ۰/۸۴). پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ به دست آمده است. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند در پژوهش برایانت و نگروس (۲۰۰۴) همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. اشنایدر و لویز (۲۰۰۷) پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ را گزارش کرده‌اند. شیرین‌زاده و میرجعفری (۱۳۸۵) قابلیت اعتماد همزمان مقیاس نیز با ناامیدی بک ۰/۸۱ را گزارش کرده‌اند. علاءالدینی، کجباف و مولوی (۱۳۸۶) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۶۸ و بین این مقیاس و پرسشنامه عاطفه مثبت و خوش بینی همبستگی معنادار گزارش کرده‌اند که بیانگر اعتبار همزمان آن می‌باشد (برجعی، نجفی، عیسی‌مراد و منسوبی‌فر، ۱۳۹۲). پروتکل درمانی بر اساس ذهن آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه به مدت یک ماه (رحمانی‌فرد، کلاتر کوشه و فرامرزی، ۱۳۹۶).

(۲۰۱۵) انجام دادند، اثرات آموزش ذهن آگاهی بر روی افراد مبتلا به بیماری آلزایمر را مورد مشاهده قرار دادند. حوزه‌هایی که در آن برای بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر بهبودی مشاهده شد، کیفیت زندگی و افسردگی بود. پژوهشی توسط محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر امیدواری بیماران مبتلا به صرع انجام شد. هدف پژوهش پاسخ به این سؤال پژوهشی بود، آیا بین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و دارو درمانگری بر افزایش امید زنان سالمند مبتلا به بیماری آلزایمر تأثیر معنادار وجود دارد؟

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و نیمه‌آزمایشی بود، که از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری با سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) استفاده شد. جامعه آماری در این پژوهش را زنان سالمند مبتلا به بیماری خفیف آلزایمر ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان شهر قزوین تشکیل دادند. پژوهشگران از میان زنان مبتلا به آلزایمر تعداد ۲۷ نفر را که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب نموده و سپس به سه گروه ۹ نفره تقسیم کردند، گروه ذهن آگاهی، گروه دارو درمانگری و گروه ترکیبی (ذهن آگاهی و دارو درمانگری). گروه اول بصورت تصادفی از بین سالمندانی که بنا به درخواست خود و خانواده‌شان تمایل به مصرف دارو نداشتند، انتخاب شدند. گروه‌های دوم و سوم نیز بصورت تصادفی ساده از میان افرادی که دارو مصرف می‌نمودند، انتخاب و جایگزین شدند. پس از تقسیم‌بندی سالمندان در سه گروه، «مقیاس امید اشنایدر» به عنوان پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا گردید و با انجام آزمون آماری تحلیل واریانس از عدم وجود تفاوت معنادار در بین سه گروه، اطمینان حاصل شد، سپس گروه گواه (دارو درمانگری) در شرایط عادی به زندگی خود ادامه داد. و آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به منظور بررسی میزان امید به مدت ۸ هفته در معرض مداخله برنامه «آموزش ذهن آگاهی» قرار گرفتند. پس از پایان برنامه مداخله، مجدداً مقیاس امید اشنایدر به عنوان پس‌آزمون، برای هر سه گروه به مورد اجرا قرار گرفت. روش اجرا بدین ترتیب بود که بعد از هماهنگی لازم با ریاست آسایشگاه‌های سالمندان قزوین، اجرای پژوهش شروع شد. بدین ترتیب که اول برای هر ۳ گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) پیش‌آزمون پرسشنامه امید اجرا شد، سپس جلسات ذهن آگاهی برای گروه آزمایش اجرا شد

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	
جلسات	محتوای جلسات
۱	ارائه تعریف و توضیح مبسوط در مورد ذهن آگاهی. انجام تمرین ذهن آگاهی
۲	انجام تمرین نوار مراقبه متحرک
۳	آموزش هدایت آگاهی از دنیای بیرون (دنیای خود) و دنیای خارج. با استفاده از تمرین رفت و برگشت بین دنیای بیرون و درون
۴	انجام تمرین نوار مراقبه متحرک. انجام تمرین خاطره در مقابل مشاهده حرکت از زمان گذشته به زمان حال را تسهیل می کند. توضیح در مورد افکار: مشاهده گرانه. قضاوت گرانه. آینده نگرانه یا پیشگویانه. تبیینی یا داستان گویانه.
۵	انجام تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس. انجام تمرین دیدن و شنیدن در مقابل قضاوت کردن
۶	انجام تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس انجام تمرین فکر را به آگاهی تان راه بدهید
۷	انجام تمرین مراقبه اتاق سفید. به جای جنگیدن با افکار آنها را وارد آگاهی کرده و مشاهده کنید
۸	انجام تمرین مراقبه نشسته و دیدن و شنیدن بدون قضاوت کردن

یافته ها

به جای تحلیل کوواریانس از تحلیل واریانس یک راهه ($F=1/441$) برای نمره های افتراقی استفاده شده است. شاخص های آماری و نتیجه تحلیل واریانس یک راهه در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده ($10/403$) بزرگتر از $F_{0.01}$ با درجات آزادی $2/25$ ($5/57$) است بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره های افتراقی امید در سه گروه پژوهشی با اطمینان ۹۹ درصد رد می شود. $\eta^2=0/454$ به عبارت دیگر حدود ۴۵ درصد از تغییرات امید توسط عامل نوع آموزش تبیین شده و تحت تأثیر قرار می گیرد. برای بررسی فرضیه ماندگاری اثربخشی مداخله های پژوهش از آزمون میانگین دو گروه وابسته با استفاده از تفاوت زوج نمره های (پس آزمون و پیگیری) امید استفاده شده است. شاخص های آماری و نتیجه آزمون میانگین دو گروه وابسته به تفکیک گروه های پژوهشی در جدول ۴ گزارش شده است.

برای آزمون فرضیه های پژوهش، با توجه به طرح استفاده شده پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری گسترش یافته ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری های مکرر روی یک عامل (تحلیل واریانس آمیخته) میانگین ها ۹ گانه در طرح 3×3 اجرا شده با هم مقایسه و آزمون شده است. و با توجه به معنادار بودن شاخص کنش متقابل دو عامل، در تحلیل واریانس آمیخته، در ادامه برای مقایسه اثربخشی ها در سه گروه از تحلیل واریانس یک راهه برای نمره های افتراقی و برای بررسی و ماندگاری اثر مداخله ها در هر گروه از آزمون میانگین دو گروه وابسته با استفاده از تفاوت زوج نمره ها استفاده شده است. خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای نمره امید در جدول ۲ گزارش شده است. (با توجه به عدم برقراری پیش فرض رابطه خطی بین پیش آزمون و پس آزمون ($P>0/05$))

جدول ۲. خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر روی عامل امید					
منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی ^۱	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر مجدور اتا جزئی
بین آزمودنی ها	-	-	-	-	-
R (سطرها: ذهن آگاهی - ترکیبی - دارو درمانگری)	۸۷۸/۵۳۸	۲	۴۳۹/۲۶۹	۱۳/۵۱۳**	۰/۵۱۹
S/R (خطا ۱)	۸۱۲/۷۰۰	۲۵	۳۲/۵۰۸	-	-
درون آزمودنی ها	-	-	-	-	-
C (ستون ها: پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری)	۱۰۴۷/۹۶۱	۱/۱۲۳	۹۳۳/۱۷۰	۹۰/۶۲۶**	۰/۷۸۴
C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۲۶۷/۰۳۰	۲/۲۴۶	۱۱۸/۸۹۰	۱۱/۵۴۶**	۰/۴۸۰
C*S/R (خطا ۲)	۲۸۹/۰۸۹	۲۸/۰۷۵	۱۰/۲۹۷	-	-

** $P<0/01$

^۱. با توجه به عدم برقراری پیش فرض کرویت موشلی، درجه آزادی درون آزمودنی ها با استفاده از ضریب اپسیلون گرین هاس - گیسر اصلاح شده است:

Mauchly's $W=0.219$, Approx. Chi-Square=36.440, $df=2$, $p<0.01$, Epsilon Greenhouse-Geisser=0.562

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راه برای مقایسه نمره افتراقی امید در سه گروه پژوهشی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر مجدور اتای جزئی
ذهن آگاهی	۹	-۸/۱۱	۳/۵۲	بین گروهی	۳۵۷/۳۳۴	۲	۱۷۸/۶۶۷	*۱۰/۴۰۳	۰/۴۵۴
درمان ترکیبی	۱۰	-۱۱/۹۰	۲/۶۴	درون گروهی	۴۲۹/۳۴۴	۲۵	۱۷/۱۷۴	-	-
دارو درمانگری	۹	-۷/۸۹	۵/۷۸	کل	۷۸۶/۶۷۹	۲۷	-	-	-

جدول ۴. نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره‌های پس آزمون و پیگیری

گروه آزمایشی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها	انحراف استاندارد تفاوت‌ها	خطای استاندارد	df	t
ذهن آگاهی	پس آزمون	۲۴/۸۹	۴/۵۱	۰/۲۲	۱/۰۹	۰/۳۶	۸	۰/۶۱۰
	پیگیری	۲۴/۶۷	۴/۶۶					
درمان ترکیبی	پس آزمون	۲۶/۸۰	۲/۶۲	۰/۲۰	۱/۴۰	۰/۴۴	۸	۰/۴۵۲
	پیگیری	۲۶/۶۰	۲/۳۲					
دارو درمانگری	پس آزمون	۱۷/۰۰	۵/۴۵	۱/۱۱	۰/۹۳	۰/۳۱	۸	*۳/۵۹۲
	پیگیری	۱۵/۸۹	۵/۳۰					

* $P < ۰/۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در افزایش امید زنان سالمند مبتلا به آلزایمر و مقایسه اثر آن با دارو درمانگری بود. در این پژوهش سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. مقایسه داده‌ها. در بین سه گروه بیانگر این بود که بین اثربخشی درمان ترکیبی، آموزش ذهن آگاهی و دارو درمانگری در افزایش امید زنان مبتلا به آلزایمر در مراکز نگهداری سالمندان شهر قزوین تفاوت وجود دارد. و بر اساس نتایج پژوهش، درمان ترکیبی بیشترین اثربخشی را دارد. اگرچه بین اثربخشی ذهن آگاهی و دارو درمانگری و همچنین بین اثربخشی درمان ترکیبی و ذهن آگاهی تفاوتی مشاهده نشد. اما اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان ترکیبی در افزایش امید زنان مبتلا به آلزایمر در مراکز نگهداری سالمندان شهر قزوین در طول زمان دارای پایداری (ماندگاری اثر) است. اما اثربخشی دارو درمانگری دارای پایداری (ماندگاری اثر) نیست. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های اسمارت و همکاران (۲۰۱۶)، کویینتاناهراندز و همکاران (۲۰۱۵)، کویینتاناهراندز و همکاران (۲۰۱۴)، شیردا و همکاران (۲۰۱۵)، پالر و همکاران (۲۰۱۵)، لنز و همکاران (۲۰۱۴) همسو است و همچنین با پژوهش صمدزاده و همکاران (۱۳۹۷)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی دارد. تمرین ذهن آگاهی در شرف اثبات این می‌باشد که به‌طور کلی برای کاهش علائم دمانس مفید است، و این جنبه در مراکز نگهداری به دلیل شیوع بالای

دمانس، بسیار مهم می‌باشد. در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اگرچه ادبیات پژوهش در استفاده از شیوه‌های ذهن آگاهی با افراد مبتلا به بیماری آلزایمر محدود است و به‌طور خاص به افراد مبتلا به بیماری آلزایمر نگاه نکرده است و بخش عمده پژوهش‌ها متمرکز بر کسانی است که مشکل از دست دادن حافظه و یا اختلال شناختی خفیف را دارا هستند، اما تمرین ذهن آگاهی برای کسانی که حافظه‌شان را ازدست داده‌اند و برای بیماران آلزایمری، می‌تواند امیدبخش باشد. چون برای کسی که دارای آلزایمر است تمرکز بر حال و یا آگاه بودن از حال بدون داشتن انتظار از آنچه که در آینده ممکن است پیش بیاید، مفید است، خاطرات گذشته احتمالاً فراموش شده و هر تصویری از آینده احتمالاً در هاله‌ای پر از ابهامات است و زمان حال احتمالاً تنها جایی است که فرد قادر به تمرکز بر روی لحظات آن است (همش، ۲۰۱۵). اگر این آموزش همراه با دارو درمانگری باشد (درمان ترکیبی)، بیشترین اثربخشی را دارد. بنابراین در ارائه خدمات مراقبتی در مراکز سالمندان می‌توان از برنامه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افراد مسن مبتلا به بیماری آلزایمر برای افزایش امید در ایشان استفاده نمود. بدیهی است که در هر پژوهشی، پژوهشگر با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود و در این پژوهش، تعداد کم نمونه‌ها و همچنین مشکلاتی نظیر بیماری و بستری شدن در بیمارستان، از محدودیت‌های ایجاد شده برای پژوهشگر بود و با توجه به این که مطالعه حاضر یک

محمدپور، سمانه؛ شاهی، مرجا و تاجیک‌زاده، فخری (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی، امیدواری و خودارزشیابی مرکزی بیماران مبتلا به صرع. دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۹(۲)، ۵۰-۳۷.

نجفی، محمود و مدحی، صغری (۱۳۹۷). رابطه روان‌درستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شادکامی در سالمندان. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۵)، ۷۸-۹۴.

Alzheimer's Association Report. (2017). FACTSHEET. *Costs of Alzheimer's to Medicare and Medicaid*.

Chan Mun Yean J. (2015). A Mindfulness Programme for People with Dementia in Care Homes: A Feasibility Pilot Study. *UCL Doctorate in Clinical Psychology thesis*. University College London.

Gholamzadeh S, Heshmati B, Mani A, Petramfar P, and Bagheri Z. (2017) The Prevalence of Alzheimer's Disease; its Risk and Protective Factors Among the Elderly Population in Iran. *Shiraz E-Medical Journal*, 18 (9), 57-76.

Hemmesch, Gina L. (2015). Exploring the Use of Mindfulness with Individuals Diagnosed with Alzheimer's disease. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. St. Catherine University. Paper 462

Lenze Eric J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Dixon, D., Doré, P., Wetherell, J. L. (2014). *Mindfulness-Based Stress Reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction*.

Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, P. J....& Maslar, M. (2015). Benefits of Mindfulness Training for Patients with Progressive Cognitive Decline and their Caregivers. *American Journal of Alzheimer's disease & Other Dementias*, (30)3, 11. 24.

Quintana-Hernández Domingo Jesus, Barrachina M. T. M. (2015). Mindfulness Based Stimulation for Elderly People with Alzheimer Disease or other type of Dementia. *Psychologist Papers*, 36(3): 207-215

Quintana-Hernández D. J., Fernandez, I. I., Santana del Pino, A., Garcia Rodríguez, J. & Hernández. R. J. (2014). Effects of a neuropsychology program based on mindfulness on Alzheimer's disease, randomized double-blind clinical study. *Elsevier*; 49(4):165-172.

Smart, C. M., Segalowitz, S. J., Mulligan, B. P., Koudys, J., & Gawryluk, J. R. (2016). Mindfulness training for older adults with subjective cognitive decline: Results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's disease*, 12(3), 32-45.

Schirda. B, Hussain, M. A., Prakash. R. (2015). the Role of Emotion Regulation and Cognitive Control in the Association between Mindfulness Disposition and Stress. *Psychological Aging*, 30(1), 160-71

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.

مطالعه مقطعی بود، برای مشخص شدن میزان اثربخشی، پیگیری زمانی بیشتری لازم است. همچنین این مطالعه بر روی سالمندان زن با بیماری خفیف آلزایمر صورت گرفت. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات بیشتری با گروه‌های دیگر سالمندان اعم از زن یا مرد و همچنین با درجات متفاوت از بیماری آلزایمر (متوسط و شدید) نیز انجام پذیرد تا تأثیر آموزش ذهن آگاهی و نیز مقایسه اثربخشی آن با دارو درمانگری بیشتر مشاهده شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد. همچنین در این پژوهش امکان مهارگری متغیرهایی مثل ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی گروه مورد مطالعه وجود نداشت. در نهایت با توجه به اینکه هر دو مداخله ذهن آگاهی و دارو درمانگری دارای تأثیر قدرتمندی بر افزایش امید زنان سالمند مبتلا به آلزایمر داشتند، توصیه می‌شود که درمان ترکیبی، ذهن آگاهی و دارو درمانگری بر افزایش امید زنان سالمند مبتلا به آلزایمر استفاده شود.

منابع

افتخاری، علیرضا؛ کریمی، یوسف و باقری، فربرز (۱۳۸۹). تأثیر امید درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه‌های سالمندان قزوین. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات تهران.

برجعلی، محمود؛ نجفی، محمود؛ عیسی‌مراد، ابوالقاسم و منسوبی‌فر، حسن (۱۳۹۲). نقش بهزیستی معنوی و امیدواری در پیش‌بینی رضایت از زندگی دانشجویان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۵(۴)، ۱۳۶-۱۱۹.

سالاری، سوسن؛ شعیری، محمدرضا و اصغری‌مقدم، محمدعلی (۱۳۹۲). روایی و پایایی مقیاس جهانی ارزیابی دمانس رول‌اند در نمونه‌ای از زنان سالمند. فصلنامه سالمند، ۱(۳۰)، ۱-۲۰.

صالحی، الناز؛ مقدس، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا و دلاور، علی (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی آزمون تشخیص علائم بالینی بیماری آلزایمر در افراد بالای ۶۵ سال شهر تهران. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه علامه طباطبائی.

صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۱۷)، ۴۹۸-۴۹۹.