فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر سلامت روان‌شناختی سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب بیماری: یک مطالعه موردی منفرد

سیدعلیرضا سیفی [۱]، مطهره نجفعلی‌زاده [۲]، محمدرضا احمدی [۳]

۳۲

دوره ۹، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار ۱۴۰۵

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۵/۰۴/۱۱
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۵/۰۶/۳۰
صص: ۸۲-۶۵

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶

ISC

Q4

چکیده

سالمندان به دلیل تغییرات جسمی، عاطفی و شناختی، گروهی آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند و اختلالات اضطرابی می‌تواند چالش‌های سلامت روان آنان را تشدید نماید. اختلال اضطراب بیماری که با ترس از ابتلا به بیماری علیرغم اطمینان پزشکی تعریف می‌شود، پیامدهای روان‌شناختی قابل‌توجهی برای سالمندان دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر سلامت روان‌شناختی یک سالمند مبتلا به اختلال اضطراب بیماری انجام شد. روش پژوهش، آزمایشی تک‌آزمودنی با طرح A-B-A بود. از میان سالمندان مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی در مهر ۱۴۰۲، یک نفر بر اساس ملاک‌های ورود و به شیوه هدفمند انتخاب شد. مداخله ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ-28) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری در سطوح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی در نرم‌افزار SPSS و Excel تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخله ذهن‌آگاهی، موجب افزایش سلامت روان‌شناختی آزمودنی شد؛ به‌گونه‌ای که نمرات در طی ۸ جلسه مداخله و مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه، کاهش معناداری (بهبود سلامت) داشت. درصد داده‌های غیرهمپوش PND برابر با ۷۵٪ بود که نشان‌دهنده اثربخشی بالینی مداخله است. به‌نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی غیرقضاوتی و کاهش نشخوار فکری، راهبردی مؤثر در بهبود سلامت روان سالمندان مبتلا به اضطراب بیماری باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب بیماری، ذهن‌آگاهی، سالمند، مطالعه موردی منفرد.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تهران ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تهران، ایران. نویسنده مسئول. sa.seifi@ut.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تهران ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تهران، ایران.

۳. دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار، موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).ایران.

مقدمه

سالمندان به دلیل تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی، یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جمعیتی محسوب می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در جهان از ۱۲ درصد در سال ۲۰۱۵ به ۲۲ درصد تا سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (ژانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۲). این دگرگونی جمعیتی با افزایش چشمگیر اختلالات روان‌شناختی مرتبط با سن، از جمله افسردگی، اضطراب، و اختلالات شناختی همراه خواهد بود که تأثیر قابل‌توجهی بر سیستم‌های سلامت و کیفیت زندگی سالمندان دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

فرایند پیری با کاهش تولنایی‌های جسمانی، تغییر در نقش‌های اجتماعی و مواجهه با فقدان‌های متعدد همراه است که همگی می‌توانند زمینه‌ساز بروز یا تشدید اختلالات روانی گردند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهد که نزدیک به ۲۰ درصد از سالمندان ساکن در مراکز مراقبتی، نرخ بالاتری از استرس، اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، تشخیص و درمان علائم اضطراب در این گروه سنی به دلیل شباهت آن با علائم جسمانی و کم‌آگاهی نسبت به نشانه‌های اضطراب، با دشواری بیشتری همراه است (آندریسکو و لی[2]، ۲۰۲۰). گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که حدود ۱۵ درصد از جمعیت سالمندان جهان از یک اختلال روانی قابل‌تشخیص، به‌ویژه اختلالات اضطرابی، رنج می‌برند (وانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از اختلالات اضطرابی که در سال‌های اخیر توجه بیشتری را به خود جلب کرده است، **اختلال اضطراب بیماری**[4] یا **IAD** است. این اختلال که در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی **(DSM-5)** به‌عنوان یک تشخیص مجزا معرفی شده است، با نگرانی افراطی و مداوم درباره ابتلا به یک بیماری جدی پزشکی، علی‌رغم دریافت

1 Zhang et al
2 Andreescu & Lee
3 Wang et al.
4 Illness Anxiety Disorder

اطمینان‌بخشی پزشکی و نتایج طبیعی آزمایش‌ها و معاینات، تعریف می‌شود (فرنچ و حمید[1]، ۲۰۲۲). شیوع این اختلال در سالمندان به‌دلیل افزایش آگاهی از تغییرات بدنی، حضور بیماری‌های مزمن هم‌زمان و تجربه از دست دادن عزیزان، به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از جمعیت عمومی است (ال‌گابالاوی[2] و همکاران، ۲۰۱۳؛ نیوبی[3] و همکاران، ۲۰۱۷).

افراد مبتلا به **IAD** الگوهای رفتاری مشخصی از خود نشان می‌دهند که می‌تواند به دو نوع کلی تقسیم شود **:**نوع مراقبت‌جویانه که با مراجعات مکرر پزشکی، درخواست آزمایش‌های متعدد و جستجوی مداوم اطمینان‌بخشی همراه است، و نوع مراقبت‌گریز که با اجتناب از مراقبت‌های پزشکی به‌علت ترس از تأیید تشخیص بیماری جدی مشخص می‌شود (هیگینز-چن[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در هر دو نوع، سالمندان تمایل دارند احساسات طبیعی بدنی (مانند تپش قلب، تعریق یا خستگی) را به‌عنوان نشانه‌هایی از یک بیماری وخیم تفسیر کنند و این تفسیر فاجعه‌آمیز، چرخه‌ای از اضطراب، نشخوار فکری، رفتارهای ایمنی‌جویانه و در نهایت کاهش چشمگیر سلامت روان‌شناختی را ایجاد می‌کند (اسکالرلا[5] و همکاران، ۲۰۱۹؛ یانگ[6] و همکاران، ۲۰۲۲).

سلامت روان‌شناختی به‌عنوان یکی از ارکان اصلی کیفیت زندگی در سالمندان، نقشی تعیین‌کننده در توانایی آنان برای سازگاری با تغییرات دوران پیری و حفظ استقلال عملکردی ایفا می‌کند. اختلال **IAD** با تضعیف این سلامت، نه‌تنها به افسردگی، انزوای اجتماعی و کاهش عملکرد روزمره دامن می‌زند، بلکه هزینه‌های درمانی هنگفتی را بر نظام سلامت و خانواده‌ها تحمیل می‌کند و بار روانی سنگینی بر فرد و اطرافیانش وارد می‌سازد (مجاهدیان و دهقان‌منشادی، ۱۳۹۹). در چنین شرایطی، اطمینان‌بخشی پزشکی صرف، بدون مداخله روان‌درمانی هم‌زمان، نه‌تنها مؤثر واقع نمی‌شود، بلکه ممکن است به‌دلیل تقویت رفتارهای

1 French & Hameed
2 El-Gabalawy et al.
3 Newby et al.
4 Higgins-Chen et al.
5 Scarella et al
6 Yang et al.

مراقبت‌جویانه یا افزایش حساسیت نسبت به نشانه‌های بدنی، نتیجه‌ای معکوس داشته باشد (هیگینز-چن و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعات گسترده‌ای اثربخشی درمان شناختی-رفتاری **(CBT)** را در درمان **IAD** تأیید کرده‌اند (خالید[1] و همکاران، ۲۰۲۰؛ نیوبی و همکاران، ۲۰۱۸؛ هدمن[2] و همکاران، ۲۰۱۶). بااین‌حال، در دو دهه اخیر، رویکردهای موج سوم روان‌درمانی، به‌ویژه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با تأکید بر پذیرش غیرقضاوتی تجارب درونی و پرورش آگاهی لحظه‌به‌لحظه، به‌عنوان گزینه‌های درمانی مؤثر و مکمل مطرح شده‌اند. برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی **(MBSR)** که توسط کابات-زین[3] (۲۰۱۳) توسعه یافته است، با ترکیب تمرینات مراقبهٔ رسمی (مانند اسکن بدن، تنفس آگاهانه و مدیتیشن نشسته) و غیررسمی (مانند آگاهی از فعالیت‌های روزمره)، به‌عنوان یک رویکرد کارآمد در کاهش اضطراب، بهبود تنظیم هیجانی و ارتقای سلامت روان سالمندان شناخته شده است (برقی‌ایرانی و دهقان‌صابر، ۲۰۲۱؛ توماس[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و برسینگتون[5]، ۲۰۱۹).

شواهد علوم اعصاب نشان می‌دهد که تمرین منظم ذهن‌آگاهی باعث تغییرات نوروپلاستیک قابل‌توجهی در نواحی کلیدی مغز از جمله قشر پیشانی، اینسولا، هیپوکامپ، آمیگدال و قشر سینگولیت می‌شود که این نواحی در کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجانی، آگاهی درون‌بدنی و تثبیت حافظه نقش دارند (فام[6] و همکاران، ۲۰۲۰). این تغییرات با افزایش تراکم ماده خاکستری، بهبود اتصال درون شبکه‌های عصبی و تنظیم خودکار (با شاخص‌هایی مانند افزایش تنوع ضربان قلب و کاهش ترشح کورتیزول) همراه است (فام و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که **MBSR** می‌تواند از طریق کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال **(HPA)** که در سالمندان مبتلا به اختلالات استرسی بیش‌فعال

1 Khalid et al
2 Hedman et al.
3 Kabat-Zinn, J.
4 Thomas et al
5 Li & Bressington
6 Fam, J.

است، به بهبود علائم بالینی و عملکرد شناختی کمک کند (فام و همکاران، ۲۰۲۰).

با وجود شواهد فزاینده درباره اثربخشی **MBSR** بر اضطراب و افسردگی سالمندان، تاکنون مطالعه‌ای به بررسی تأثیر این رویکرد به‌طور خاص بر سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب بیماری نپرداخته است. این شکاف پژوهشی با توجه به شیوع قابل‌توجه **IAD** در دوران سالمندی و پیامدهای ناتوان‌کننده آن بر سلامت روان، ضرورت انجام پژوهش‌هایی را که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در این جمعیت خاص مورد ارزیابی قرار دهند، دوچندان می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر سلامت روان‌شناختی یک سالمند مبتلا به اختلال اضطراب بیماری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی با طرح **A-B-A** (خط پایه، مداخله و پیگیری) بود. در این طرح، رفتار هدف در سه موقعیت اندازه‌گیری می‌شود: قبل از مداخله خط پایه یا(**A**، حین مداخله **(B)** و پس از آن) پیگیری یا **.(A** استفاده از این طرح به دلیل محدودیت تعداد بیماران و امکان بررسی دقیق روند درمان بر روی یک آزمودنی توجیه می‌گردد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۷).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بود که در مهرماه ۱۴۰۲ به کلینیک روان‌پزشکی مرکز درمانی کامکار مراجعه کرده بودند. از میان آنان، یک نفر بر اساس ملاک‌های ورود و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد.

ملاک‌های ورود: سن ۶۰ سال و بالاتر، دریافت تشخیص **IAD** بر اساس ملاک‌های **DSM-5** توسط روان‌پزشک، تمایل به شرکت در طرح، داشتن سواد خواندن و نوشتن.

ملاک‌های خروج: دریافت هم‌زمان سایر درمان‌های روان‌شناختی، تشخیص سوءمصرف مواد.

.

ابزار

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ-۲) : این ابزار ۲۸ سؤالی با مقیاس لیکرت ٤ درجه‌ای (۰ تا ۳) برای غربالگری سلامت روان طراحی شده است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان پایین‌تر است. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۸٦) با آلفای کرونباخ ۹۷/۰ و ضریب پایایی ۹۰/۰ تأیید شده است.

بسته مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) : پروتکل درمانی بر اساس برنامه کابات-زین (۲۰۱٦) و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شد. پایایی این پروتکل در جمعیت سالمند ایران توسط برقی ایرانی و دهقان صابر (۲۰۲۱) مورد تأیید قرار گرفته است. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات مداخله ذهن‌آگاهی (MBSR)

جلسه	محتوای اصلی
اول	معرفی، برقراری ارتباط، تبیین اهداف، تمرین خوردن کشمش با ذهن‌آگاهی و اسکن بدن
دوم	مرور تمرینات، اسکن بدن، حرکات کششی یوگا و تنفس آگاهانه
سوم	تمرینات یوگا در حالت درازکش، بررسی احساسات و افکار حین تمرین، تنفس شکمی و نشستن هوشیارانه
چهارم	راه رفتن هوشیارانه و تمرین تمرکز بر تنفس
پنجم	شناسایی پاسخ‌های استرس، بحث درباره نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، قدم زدن هوشیارانه
ششم	مدیتیشن چهاربعدی، شناسایی رویدادهای خوشایند و ناخوشایند، تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای

هفتم بررسی موانع مدیتیشن، ارزیابی پیشرفت و دستاوردها، برنامه‌ریزی برای ادامه تمرینات

هشتم جمع‌بندی، تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره، پیشگیری از عود و ارائه برنامه خودمراقبتی

شرح موردی (گزارش نمونه)

آزمودنی یک زن ٦٠ ساله بود که با همسر و فرزندانش زندگی می‌کرد. سابقه ١٠ ساله اضطراب فراگیر و افسردگی اساسی داشت که با درمان دارویی (سیتالوپرام ٤٠ میلی‌گرم و لاموتریژین ١٠٠ میلی‌گرم) تا ٥ سال پیش بهبود یافته بود. وی سابقه فشارخون و کم‌خونی مزمن داشت که منجر به مراجعات مکرر پزشکی در دو سال اخیر شده بود. رویدادهای استرس‌زای اخیر شامل مرگ ناگهانی برادر و بستری شدن پسرش در بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل آنفولانزا بود. پس از این رویدادها، آزمودنی دچار اضطراب شدید در مورد سلامتی خود و دیگران شد، ساعتی به جستجوی اینترنتی علائم و داروها می‌پرداخت، و با وجود تأیید سلامت جسمانی، بر عوارض داروها متمرکز بود و فشار خون خود را روزانه چندین بار چک می‌کرد. در مصاحبه بالینی، خلق مضطرب و افسرده (بدون افکار خودکشی) گزارش شد و پس از بررسی‌های دقیق روان‌پزشکی و با توجه به تمرکز علائم بر ترس از بیماری و عدم وجود بیماری جسمانی، تشخیص اختلال اضطراب بیماری برای وی تأیید گردید.

روش اجرا

پس از انتخاب آزمودنی و اخذ رضایت آگاهانه، مرحله خط پایه آغاز شد. در این مرحله، پرسشنامه (GHQ- ٢٨) در ٣ نوبت (جلسات اول تا سوم) با فاصله زمانی معین توسط آزمودنی تکمیل شد تا ثبات داده‌ها ارزیابی گردد. سپس مرحله مداخله (B) شروع شد و آزمودنی طی ٨ جلسه ٩٠ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت درمان MBSR قرار

گرفت. در طول این مرحله، پرسشنامه در ٤ نوبت (پس از جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم) تکمیل شد. یک ماه پس از پایان مداخله، مرحله پیگیری (A) به مدت دو ماه انجام شد و پرسشنامه در دو نوبت با فاصله دو هفته تکمیل گردید.

تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل دیداری در دو سطح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی با کمک نرم‌افزارهای Excel و SPSS تحلیل شدند. شاخص‌های مورد استفاده شامل میانه، میانگین، دامنه تغییرات، تغییر سطح (مطلق و نسبی)، درصد داده‌های همپوش (POD) و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بودند.

یافته‌ها

داده‌های نمرات خام سلامت روان‌شناختی (GHQ-٢٨) در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ٢ ارائه شده است.

جدول ٢- نمرات خام سلامت روان در مراحل مختلف پژوهش

	مرحله	خط پایه			مداخله				پیگیری	
جلسه	اول	دوم	سوم	دوم	چهارم	ششم	هشتم	اول	دوم
نمره	٧٤	٧٠	٧٣	٦٨	٦١	٥٤	٤٨	٥٢	٥٥

تحلیل درون‌موقعیتی

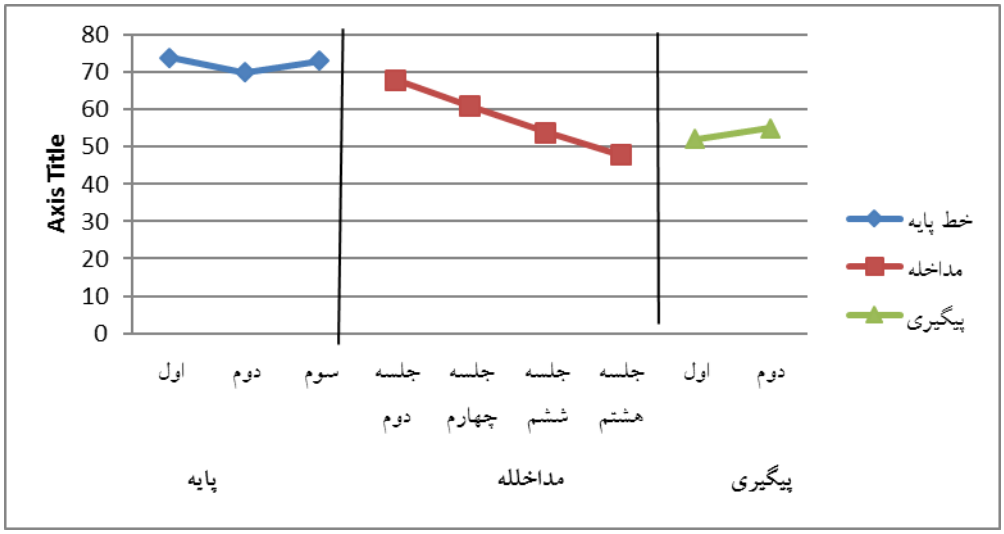
نتایج تحلیل دیداری در سطح درون‌موقعیتی در جدول ٣ نشان داده شده است. در موقعیت خط پایه **(A)**، داده‌ها دارای ثبات نسبی بودند (میانگین ٧٢ و دامنه ٧٠-٧٤). در

موقعیت مداخله **(B)**، میانگین نمرات به ۵۷ کاهش یافت (دامنه ۴۸–۶۸) که نشان‌دهنده روند نزولی (بهبود) قابل‌توجه در نمرات سلامت روان است. شیب داده‌ها در موقعیت مداخله، کاهشی (بهبودی) بود.

جدول ۳ : نتایج تحلیل دیداری داده‌های سلامت روان‌شناختی در موقعیت‌های درون‌موقعیتی و برون‌موقعیتی

برون‌موقعیتی (صعودی)	برون‌موقعیتی (تغییر جهت)	درون‌موقعیتی (B)	درون‌موقعیتی (A)	شاخص‌ها
صعودی	تغییر جهت	**B**	**A**	توالی موقعیت
مثبت	اثر وابسته به هدف	۸	۳	طول موقعیت
باثبات	تغییر ثبات	۵۲	۷۱	سطح میانه
۷	تغییر سطح مطلق	۵۷	۷۲	سطح میانگین
۱۴	تغییر میانه	۶۸–۴۸	۷۰–۷۴	دامنه تغییرات
۱۰	تغییر میانگین	۱۴	—	تغییر سطح نسبی
۷۵٪	**PND**	۱۳	۴	تغییر سطح مطلق

شاخص‌ها	درون‌موقعیتی (A)	درون‌موقعیتی (B)	برون‌موقعیتی (تغییر جهت)	برون‌موقعیتی (صعودی)
POD				۲۵٪



تحلیل بین‌موقعیتی

مقایسه داده‌های موقعیت **B** با **A** نشان داد که شروع مداخله با کاهش چشمگیر و پایدار در نمرات سلامت روان همراه بوده است. درصد داده‌های غیرهمپوش **(PND)** بین دو موقعیت ۷۵٪ و درصد داده‌های همپوش **(POD)** ۲۵٪ محاسبه شد. PND بالای ۷۰٪ نشان‌دهنده اثربخشی بالینی معنادار مداخله است. همچنین، روند بهبود در مرحله پیگیری نیز حفظ شد، اگرچه نمرات نسبت به پایان مداخله اندکی افزایش یافت (۵۲ و ۵۵) که نشان‌دهنده ماندگاری نسبی اثر درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (**MBSR**) بر سلامت روان‌شناختی یک سالمند مبتلا به اختلال اضطراب بیماری (**IAD**) در قالب یک طرح آزمایشی تک‌آزمودنی از نوع **A-B-A** انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها در سطوح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی نشان داد که مداخله **MBSR** منجر به بهبود قابل‌توجه و بالینی در سلامت روان آزمودنی شده است؛ به‌گونه‌ای که میانگین نمرات پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (**GHQ-28**) از ۷۲ در مرحله خط پایه به ۵۷ در مرحله مداخله کاهش یافت و این بهبود در مرحله پیگیری دو ماهه (با میانگین ۵/۵۳) تا حد زیادی پایدار ماند. درصد داده‌های غیرهمپوش (**PND**) برابر با ۷۵٪ محاسبه شد که حاکی از اثربخشی بالینی معنادار مداخله است.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین که اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر کاهش اضطراب، بهبود تنظیم هیجانی و ارتقای سلامت روان سالمندان تأیید کرده‌اند، همسو و هماهنگ است (برقی‌ایرانی و دهقان‌صابر، ۲۰۲۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۲۰؛ لی و برسینگتون، ۲۰۱۹). یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده روی ۱۰۳ سالمند مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان داد که گروه دریافت‌کننده **MBSR** در مقایسه با گروه آموزش سلامت، بهبود بیشتری در نمرات نگرانی، افسردگی و اضطراب در مرحله پیگیری داشت و ٤٧٪ از آنان در مقیاس بهبود بالینی به‌عنوان «بسیار بهتر» یا «خیلی بهتر» رتبه‌بندی شدند (توماس و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، پژوهش دیگری روی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ همراه با اضطراب نشان داد که مداخله ساختاریافته **MBSR** به‌طور معناداری سطح اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی و توانایی خودمراقبتی را افزایش می‌دهد (لی و برسینگتون، ۲۰۱۹). مرور نظام‌مند و فراتحلیل لی و برسینگتون (۲۰۱۹) نیز شواهدی ارائه داد که **MBSR** در کاهش افسردگی سالمندان با علائم بالینی معنادار، مؤثرتر از گروه انتظار است. با این حال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که اثربخشی **MBSR** بر اضطراب و

استرس در سالمندان ممکن است به اندازه افسردگی بارز نباشد و ماندگاری اثر در طولانی‌مدت نیاز به بررسی بیشتری دارد (توماس و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، یک مطالعه مروری نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق مکانیسم‌هایی مانند انعطاف‌پذیری عصبی، افزایش تراکم ماده خاکستری و کاهش ترشح کورتیزول، به بهبود عملکرد شناختی و انعطاف‌پذیری هیجانی در سالمندان کمک می‌کنند (فام و همکاران، ۲۰۲۰).

تبیین سازوکارهای اثر: توجیه یافته‌های فوق را می‌توان در مکانیسم‌های اصلی ذهن‌آگاهی جستجو کرد. افراد مبتلا به **IAD** به‌طور مشخص دچار توجه گزینشی به نشانه‌های بدنی و تفسیر فاجعه‌آمیز از احساسات جسمانی هستند که این فرایندها به‌نوبه خود نشخوار فکری و رفتارهای ایمنی‌جویانه (مانند چک کردن مکرر، جستجوی اینترنتی علائم و مراجعات مکرر پزشکی) را تقویت می‌کنند و چرخه معیوب اضطراب بیماری را تداوم می‌بخشند (پندی[1] و همکاران، ۲۰۱۷). در مطالعه حاضر، آزمودنی نیز دقیقاً دچار چنین چرخه‌ای بود: پس از رویدادهای استرس‌زای اخیر (مرگ ناگهانی برادر و بستری شدن پسرش)، دچار اضطراب شدید در مورد سلامتی خود و دیگران شد و ساعتی را صرف جستجوی اینترنتی علائم و داروها می‌کرد.

مداخله **MBSR** با ارائه یک مدل ساده و قابل‌درک از چرخه اضطراب بیماری به آزمودنی کمک کرد تا ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارهای خود را بشناسد و از خودکار بودن این چرخه آگاه شود. سپس، با آموزش مهارت‌هایی نظیر اسکن بدن (برای افزایش آگاهی غیرقضاوتی از احساسات جسمانی)، تنفس آگاهانه (برای ایجاد لنگرگاهی در لحظه حال هنگام بروز اضطراب) و مشاهده افکار بدون قضاوت (برای فاصله‌گیری از محتوای افکار فاجعه‌آمیز)، به او امکان داد تا به‌جای واکنش خودکار و اجتنابی، پاسخ‌های آگاهانه‌تر و انعطاف‌پذیرتری به محرک‌های درونی (احساسات جسمانی) و بیرونی (اطلاعات پزشکی) نشان دهد. این تغییر بنیادین از واکنش به پاسخ، که هسته اصلی

[1] Pandey, S.

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی است، با کاهش واکنش‌پذیری عاطفی، افزایش تحمل پریشانی و تقویت خودتنظیمی، به بهبود سلامت روان‌شناختی انجامید (لیندیانی[1] و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (**MBCT**) در سالمندان با افزایش معنادار نمرات ذهن‌آگاهی همراه است که این افزایش خود با کاهش بیشتر علائم افسردگی و اضطراب مرتبط بوده است (توماس و همکاران، ۲۰۲۰).

مفاهیم بالینی و کاربردی: یافته‌های این مطالعه، علاوه بر تأیید اثربخشی **MBSR** برای **IAD** در سالمندان، بر اهمیت ارائه مداخلات روان‌شناختی یکپارچه و هماهنگ با مراقبت‌های پزشکی برای این جمعیت تأکید می‌کند. با توجه به ماهیت پیچیده **IAD** که در مرز بین روان‌پزشکی و پزشکی داخلی قرار دارد، نیاز به مدل‌های درمانی نوآورانه‌ای وجود دارد که در آن روان‌درمانگر و پزشک معالج به‌طور هماهنگ عمل کنند تا از مداخلات متناقض (مانند اطمینان‌بخشی پزشکی بدون پرداختن به اضطراب ریشه‌ای یا انجام آزمایش‌های غیرضروری که چرخه اضطراب را تشدید می‌کنند) جلوگیری به عمل آید. همچنین، ماهیت غیرتهاجمی، مقرون‌به‌صرفه و گروه‌پذیر بودن مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، آن‌ها را به گزینه‌ای جذاب برای کاربرد در مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت، خانه‌های سالمندان و کلینیک‌های روان‌پزشکی تبدیل می‌کند (لی و برسینگتون، ۲۰۱۹). با این حال، یک شبکه‌متاآنالیز اخیر نشان داده است که در میان مداخلات غیردارویی برای سالمندان، رقص بالاترین اثربخشی را برای افسردگی و موسیقی و تای‌چی بالاترین اثربخشی را برای اضطراب داشته‌اند و **MBSR** اثربخشی محدودتری نشان داده است (توماس و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته لزوم بررسی تطبیقی رویکردهای مختلف را در پژوهش‌های آینده آشکار می‌سازد.

محدودیت‌ها : با وجود یافته‌های امیدوارکننده، این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرند. مهم‌ترین محدودیت، طرح پژوهش مورد منفرد با حجم نمونه بسیار پایین است که تعمیم‌پذیری نتایج را با چالش جدی مواجه

[1] Lindayani, L.

می‌سازد. همچنین، کوتاه بودن دوره پیگیری (تنها دو ماه) و تعداد کم اندازه‌گیری‌ها در هر مرحله (۳ اندازه‌گیری در خط پایه، ٤ اندازه‌گیری در مداخله و ۲ اندازه‌گیری در پیگیری) از دیگر محدودیت‌های روش‌شناختی به‌شمار می‌روند. ماهیت مزمن و عودکننده اختلال **IAD**، نیازمند دوره‌های درمانی طولانی‌تر و پیگیری‌های بلندمدت‌تر (حداقل ٦ تا ۱۲ ماهه) برای ارزیابی دقیق‌تر ماندگاری اثر درمان است. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اثربخشی **MBSR** در سالمندان ممکن است تحت تأثیر ویژگی‌های فردی مانند سن، جنسیت، شدت علائم و تشخیص هم‌زمان افسردگی قرار گیرد (توماس و همکاران، ۲۰۲۰)، که در مطالعات آینده باید کنترل شوند.

پیشنهادهای پژوهشی و بالینی: بر اساس یافته‌ها و محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱. انجام پژوهش‌های تجربی با گروه کنترل و حجم نمونه بیشتر (ترجیحاً کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده) برای تأیید یافته‌ها و افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت سالمندان مبتلا به **IAD**.

۲. طراحی و اجرای پژوهش‌های طولی با دوره پیگیری حداقل ٦ تا ۱۲ ماهه برای بررسی ماندگاری اثر درمان و شناسایی عوامل مؤثر بر حفظ یا کاهش دستاوردهای درمانی در طول زمان.

۳. مقایسه اثربخشی **MBSR** با درمان شناختی-رفتاری (**CBT**)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (**ACT**)، و سایر مداخلات غیردارویی مؤثر (مانند موسیقی‌درمانی و تای‌چی) در جمعیت سالمندان مبتلا به **IAD** برای تعیین کارآمدترین مداخله.

٤. بررسی سازوکارهای میانجی و تعدیل‌گر (مانند کاهش نشخوار فکری، افزایش پذیرش روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود نظم‌دهی هیجانی، همچنین شاخص‌های زیستی مانند کاهش کورتیزول) در رابطه بین ذهن‌آگاهی و سلامت روان در این اختلال، تا درک دقیق‌تری از فرایندهای تغییریابنده درمان حاصل شود (فام و همکاران، ۲۰۲۰).

۵. توسعه و ارزیابی مدل‌های درمانی یکپارچه و گام‌به‌گام که در آن مداخلات روان‌شناختی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بستر مراقبت‌های پزشکی اولیه ادغام شوند و به‌صورت هماهنگ با مدیریت دارویی و پیگیری‌های پزشکی ارائه گردند.

٦. طراحی و استانداردسازی بسته‌های آموزشی ذهن‌آگاهی متناسب با ویژگی‌های شناختی، جسمانی و فرهنگی سالمندان ایرانی و ارزیابی اثربخشی آن‌ها در سطوح مختلف پیشگیری (جمعیت‌های در معرض خطر، مبتلایان به **IAD** خفیف تا شدید و موارد مقاوم به درمان).

٧. استفاده از ابزارهای دیجیتال و واقعیت مجازی برای افزایش دسترسی و اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سالمندان.

جمع‌بندی نهایی: در مجموع، پژوهش حاضر شواهد اولیه‌ای را ارائه می‌دهد که نشان می‌دهد مداخله **MBSR** می‌تواند رویکردی مؤثر، غیرتهاجمی و پذیرفتنی برای بهبود سلامت روان‌شناختی سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب بیماری باشد. با توجه به جمعیت رو به رشد سالمندان در ایران و جهان و شیوع قابل‌توجه اختلالات اضطرابی در این گروه، سرمایه‌گذاری در پژوهش‌های مداخله‌ای برای این اختلال ناتوان‌کننده، نه‌تنها یک ضرورت علمی، بلکه یک مسئولیت اجتماعی و بهداشتی است.

فهرست منابع

ابراهیمی، عسگر؛ حاتمی، محمدرضا؛ و شکری، امید(١٣٨٦). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی (***GHQ-28***) در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ١٣(٢)، ١٥٢-١٤٢.

برقی ایرانی، زهرا؛ و دهقان صابر، لعیا(١٣٩٩). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان معنوی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب در زنان سالمند. روانشناسی پیری، ٦(٤)، ٣٣٩-٣٥١.

فراهانی، حجت‌الله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سعید؛ و کاظمی، زهرا(١٣٩٧). مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی. اصفهان: انتشارات روانشناسی و هنر.

کاوه، محمد؛ و صـــادقی، مهدی(۱۳۹۸). اثربخشـــی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضـــطراب سلامت و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری. فصلنامه سلامت روان و رفتاری، ۷(۳)، ۵۸-٤٥.

مجاهدیان، زهرا؛ و دهقان منشادی، مرضیه(۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان سالمندان. روانشناسی اسلامی، ٦(۱۲)، ۱۵-۱.

Andreescu, C., & Lee, S. (2020). Anxiety disorders in the elderly. In *Anxiety Disorders: Rethinking and Understanding Recent Discoveries* (pp. 561-576). Springer.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). 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), 339-351.

El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults: Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1096-1105.

Fam, J., Sun, Y., Qi, P., Lau, R. C., Feng, L., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2020). Mindfulness practice alters brain connectivity in community-living elders with mild cognitive impairment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 74*(4), 257-262.

French, J. H., & Hameed, S. (2022). Illness anxiety disorder. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljotsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 209*(5), 407-413.

Higgins-Chen, A. T., Abdallah, S. B., Dwyer, J. B., Kaye, A. P., Angarita, G. A., & Bloch, M. H. (2019). Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 150.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised ed.). Bantam Books.

Khalid, S., Majeed, A., & Khan, K. A. (2020). Cognitive behavioral therapy for illness anxiety disorder: A case study. *Pakistan Journal of Clinical Psychology,*

19(1).

Kwon, C. Y., Chung, S. Y., & Kim, J. W. (2021). Mindfulness meditation program for the elderly in Korea: A preliminary review for planning the program. *Integrative Medicine Research, 10*(1), 100451.

Li, S. Y. H., & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(3), 635-656.

Lindayani, L., Hendra, A., Juniarni, L., & Nurdina, G. (2020). Effectiveness of mindfulness based stress reduction on depression in elderly: A systematic review. *Journal of Nursing Practice, 4*(1), 8-12.

Ma, Y., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40.

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 101*, 31-37.

Newby, J. M., Smith, J., Uppal, S., Mason, E., Mahoney, A. E., & Andrews, G. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(1), 89.

Pandey, S., Parikh, M., Brahmbhatt, M., & Vankar, G. K. (2017). Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4*, 32-41.

Scarella, T. M., Boland, R. J., & Barsky, A. J. (2019). Illness anxiety disorder: Psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment. *Psychosomatic Medicine, 81*(5), 398-407.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guilford Press.

Thomas, R., Chur-Hansen, A., & Turner, M. (2020). A systematic review of studies on the use of mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of anxiety and depression in older people. *Mindfulness, 11*, 1599-1609.

Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., ... & Barrett, B. (2017). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: A multicentre randomised controlled trial. *The Lancet, 389*(10070), 950-959.

Wang, J., Qin, W., Pang, M., Zhao, B., Xu, J., Li, S., & Kong, F. (2022). The effect of chronic disease and mental health on sleep quality among migrant elderly following children in Weifang City, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12734.

Yang, G., Tian, L., Wang, Y., Li, J., Qiu, P., Rao, S., & Kuang, W. (2022). Prevalence and relative factors of health anxiety of elders in community healthcare

centers. *International Psychogeriatrics, 34*(8), 735-742.
Zhang, L., Tao, Y., Hou, W., Niu, H., Ma, Z., Zheng, Z., ... & Liu, X. (2022). Seeking bridge symptoms of anxiety, depression, and sleep disturbance among the elderly during the lockdown of the COVID-19 pandemic—A network approach. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 919251.