

Effectiveness of Guided Visualization and Mental Imagery on Perceived Stress, Psychological Well-Being and Sleep Quality in Armed Forces Retirement

Amin Amini¹, Hossein Shirvani², Behzad Bazgir^{2*}

¹Department of Artificial Intelligence and Cognitive Sciences, Imam Hossein University, Tehran, Iran

²Exercise Physiology Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 1 July 2019 Accepted: 29 October 2020

Abstract

Background and Aim: The effect of retirement as a significant stage of a turning point in the person's life and its effect on various physiological and psychological capacities in different aspects are significant. Hence, the importance of identifying interventions in order to increase body and mental health among retirees is important. The purpose of this study was to evaluate the effect of guided visualization and mental imagery on perceived stress, psychological well-being, and sleep quality in armed forces retirement.

Methods: The present study had a semi-experimental design and used pre-tests and post-tests. A total of 60 Armed Forces Retirement (60-70 years) were selected from among the military retirees in Tehran and were randomly assigned into two groups of 30 (experimental group: 30 men; control group: 30 men). During 12 sessions, Patients were treated 3 times weekly with guided visualization and mental imagery. Perceived stress (Perceived Stress Scale [PSS]), psychological well-being (Ryff's Psychological Well-being Scales), and quality of sleep (Pittsburgh Sleep Quality Index) were measured before and after the intervention.

Results: The results of the covariance test showed a significant decrease in perceived stress ($P \leq 0.01$) in the armed forces retirement in the intervention group, as well as significantly increased psychological well-being ($P \leq 0/01$) and sleep quality ($P \leq 0/01$) in the armed forces retirement in the intervention group, but no significant difference was observed in the control group.

Conclusion: The results of this study supported the claim that training-guided visualization and mental imagery technique could reduce perceived stress and increased psychological well-being and sleep quality in the armed forces retirement through its effect on the coping mechanism, leading to the promotion of well-being. This study that guided visualization and mental imagery technique could prevent and control perceived stress and improve Psychological well-being and sleep quality in armed forces retirement in order to strengthen their mental health.

Keywords: Mental fitness, Sports psychology, Imaging, Stress, Retirement.

تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی

امین امینی^۱، حسین شیروانی^۲، بهزاد بازگیر^{۲*}

^۱ پژوهشکده هوش مصنوعی و علوم شناختی، دانشگاه جامع امام حسین (ع)، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تأثیر بازنشستگی به عنوان جایگاه مرحله مهم و نقطه عطف در زندگی شخص و اثر آن بر ظرفیت‌های مختلف روانشناختی از جهات مختلف قابل توجه و بررسی است. از این رو ضرورت شناسایی روش‌های مداخله در راستای افزایش سلامت جسم و روان در میان بازنشستگان اهمیت پیدا می‌کند. بدین جهت، این مطالعه تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده به عنوان مداخله شناختی بر بهبود استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب را در میان بازنشستگان نظامی بررسی کرد.

روش‌ها: پژوهش حاضر طرح نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. به همین منظور ۶۰ نفر از بازنشستگی نظامی (۶۰ تا ۷۰ سال) از بین بازنشستگان نظامی شهر تهران به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره (آزمایش: ۳۰ مرد و کنترل: ۳۰ مرد) جای داده شدند. طی ۱۲ جلسه، هفته‌ای ۳ بار در جلسات مداخله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده شرکت نمودند. همچنین قبل و بعد از مداخله استرس ادراک شده (مقیاس استرس ادراک شده کوهن)، بهزیستی روانشناختی (پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف) و کیفیت خواب (پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ) آزمودنی‌ها اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از مداخله استرس ادراک شده ($P \leq 0/01$)، بازنشستگان نظامی در گروه مداخله به‌طور معناداری کاهش یافت. همچنین بهزیستی روانشناختی ($P \leq 0/01$) و کیفیت خواب ($P \leq 0/01$) بازنشستگان نظامی نیز در گروه مداخله به‌طور معناداری افزایش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه ادعایی که آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده سبب کاهش استرس ادراک شده و افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب در بازنشستگان نظامی می‌شود و سلامت را ارتقا می‌دهد را حمایت می‌کند. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که این تکنیک‌ها به‌منظور پیشگیری و کنترل استرس ادراک شده و بهبود سطح بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی در راستای تقویت سلامت روانی آنان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آمادگی روانی، روانشناسی ورزشی، تصویرسازی، استرس، بازنشستگی.

مقدمه

بازنشستگی یک انتقال و تحول در زندگی محسوب می‌شود که ممکن است با کاهش سلامت جسم و روان به علت از دست دادن نقش‌های کاری و شبکه اجتماعی (۱)، تقاضای مراقبت (۲) و یا همبود فیزیکی (۳) همراه باشد. در حالی که سن از پیش مشخص شده برای زندگی بازنشستگی وجود ندارد ولی برخی انتظارات معمول بازنشستگی را بعد از سن ۶۰ سالگی می‌دانند (۴). جمعیت بازنشستگان در سازمان بازنشستگی کشوری یک میلیون و ۲۴۷ هزار نفر و در سازمان بازنشستگی نیروهای مسلح ۶۵۸ هزار نفر است (۵) که قطعاً این رقم در حال افزایش است.

تحقیقاتی که در ایران در زمینه بازنشستگی انجام شده است، بسیار محدود می‌باشد و سالمندی را عمدتاً در یک مفهوم تنگاتنگ با سلامت فیزیکی مورد بررسی قرار داده که در چارچوب محدود و تقلیل‌گرای دیدگاه زیست‌پزشکی محبوس مانده است (۶) و علی‌رغم رشد جمعیت بازنشستگان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر روی نیازهای بازنشستگان، به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است (۷). در این میان جامعه بازنشستگان نظامی به دلیل تأثیرات و پیامدهای روحی، روانی، جسمی جنگ تحمیلی و خدمت در حرفه نظامی به‌عنوان یک سبک زندگی همراه با فشارهای روانی و استرس‌سهمگین و افعال سنگین و مسائل و چالشی‌های ناشی از آن، از وضعیت به خصوصی برخوردارند. این قشر منتخب، به‌دلیل رویارویی با استرس‌های شغلی متنوع و متعدد، همیشه در معرض خطر بوده و علی‌رغم انتظار، اغلب طول عمر آن‌ها از متوسط افراد مشابه در جامعه، کوتاه‌تر است (۸). شرایط خاص حین خدمت و استرس‌های دوران اشتغال (دوری از خانواده و الزام اعزام به مأموریت‌های دور از مرکز مثل دریانوردی‌های طولانی، تغییر دوره‌های محل سکونت و زندگی اقماری، آسیب‌های جسمی و روانی در محیط‌های نامتعارف از جمله خدمت در زیر سطح یا در ارتفاعات، حضور در میدان نبرد، اسارت و جانبازی، لزوم فرمان‌برداری از مافوق بدون امکان اعمال نظر شخصی یا در نظر گرفتن شرایط جسمی و ...) باعث شده پرسنل نیروهای نظامی پس از بازنشستگی مشکلات جسمی و روانی فراوانی داشته باشند. با این حال، تحقیقات محدودی در خصوص این قشر خاص انجام گرفته و همچنان وضعیت کلی آن‌ها در حاله‌ای از ابهام قرار دارد، به‌خصوص، وضعیت مؤلفه‌های روانشناختی مرتبط با سلامت بازنشستگان نظامی که گزارش‌های پژوهشی قابل استنادی از آن برای دستور کار سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در دسترس نیست. این در حالی است که شواهد چشمگیری وجود دارد که با شروع بازنشستگان اختلالات روانشناختی گسترده‌ای در افراد بروز می‌کند (۹). از جمله اختلالات روانشناختی گزارش شده در بین بازنشستگان نظامی، می‌توان به استرس اشاره نمود (۱۰). استرس حالتی است که در آن، عامل‌های زیست‌شناختی، روانشناختی و محیطی باهم در تعامل هستند. استرس ادراک شده عبارت است از واکنش بدن

به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی است. استرس می‌تواند به وسیله یک عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد شود. سروکار داشتن با یک بیماری خطرناک یا مراقبت از فردی که علت یک استرس بزرگ است، می‌تواند ایجاد کننده باشد (۱۱). استرس ادراک شده می‌تواند درجه‌ای که برای یک موقعیت در زندگی فرد، استرس‌زا درک می‌شود، تعریف شود؛ به عبارتی دیگر، استرس ادراک شده، حالتی است که منعکس‌کننده ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی است (۱۲). بنابراین عامل‌های فردی و محیطی هر دو در ادراک عامل‌های استرس‌زا، دارای اهمیت هستند. عامل‌های فردی، عنصرهایی است که فرد نسبت به موقعیت واکنش نشان می‌دهد. چگونگی ادراک این عامل‌های محیطی و فردی، ارزیابی موقعیت را که استرس‌زا یا غیر استرس‌زا باشد، فراهم می‌کند (۱۳). معمولاً استرس یک رویداد بیرونی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند با تفسیر شناختی افراد از آن به یک پاسخ درونی که اغلب به آن استرس می‌گویند، منجر شود، بنابراین استرس می‌تواند هم از طریق کاهش فشار بیرونی و هم با افزایش منابع درونی برای پاسخ به رویدادهای بیرونی مدیریت شود (۱۴).

از مؤلفه‌هایی دیگری که ممکن است به دنبال بازنشستگی در نیروهای نظامی و تحلیل سطح آمادگی جسمانی و روانی، تحت تأثیر قرار گیرد، بهزیستی روانشناختی است که از سازه‌های بهنجار در علوم سلامت است (۱۰). بهزیستی روانشناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان ناهماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرآیندهای ارزیابی مستمر به دست می‌آید و به رضایت‌درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (۱۵). بهزیستی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را در برمی‌گیرد (۱۶). بهزیستی روانشناختی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت‌روانی تعریف شده و شامل دو بخش است. اولین بخش آن قضاوت شناختی درباره اینکه چطور افراد در زندگیشان در حال پیشرفت هستند و دومین بخش آن، مربوط به تجربه‌های ناخوشایند است (۱۷). یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روانشناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده، مدل چند بعدی Ryff و همکاران است. Ryff و همکاران (۲۰۱۰) الگویی از بهزیستی روانشناختی یا بهداشت‌روانی مثبت را ارائه کرده‌اند که از شش عامل: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودکنترلی (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند و امید به آینده (داشتن هدف و امید در زندگی)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل شده است (۱۸).

در درمان استرس، اضطراب و افسردگی و کاهش فشار خون، درد و برخی از عوارض جانبی درمان‌های پزشکی مفید باشد (۲۶). Gorji و همکاران (۲۰۱۴) و Vakilabad و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش‌هایی جداگانه نشان دادند که بکارگیری روش‌های غیر دارویی مانند تکنیک آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی امکان دستیابی به کنترل استرس، اضطراب، افسردگی و جلوگیری از عوارض آن‌ها را باعث می‌شود (Salehi و همکاران ۲۰۱۵). نیز نشان داد که تصویرسازی ذهنی و تنش‌زدایی تدریجی همراه با پس‌خوراندن زیستی نسبت به دارودرمانی در کاهش اختلالات روانشناختی موثرتر و پایدارتر است (Grath و Reid ۲۰۰۹). در تحقیقات مربوط به تاثیر تصویرسازی ذهنی در درمان اختلالات روانشناختی، به این نتیجه رسیدند که استفاده از تصاویر هدایت‌شده ذهنی به عنوان درمان کمکی، می‌تواند راه مقرون به صرفه‌ای برای کاهش اختلالات روانشناختی باشد (۳۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقتی اشخاص چیزی را تصور کنند، کورتکس اکسی‌پیتال که اطلاعات دریافتی از طریق چشم‌ها را پردازش می‌کند فعال می‌شود و وقتی شنیدن چیزی را تصور می‌کنند، کورتکس تمپورال که پردازش‌کننده صداست فعال می‌شود (۲۹). معمولاً تصویرسازی هدایت‌شده را یک روش روان‌درمانی فشرده می‌دانند که می‌تواند به هر چشم‌انداز نظری از دینامیک شخصیت که معتقد به انگیزش نیمه‌آگاه، اهمیت نمادها، مقاومت و اهمیت درمانی بسیج عاطفه باشد به کار رود (۲۶). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مسائل مربوط به بازنشستگان و اثرات سوء ناشی از الگوی نامناسب شیوه زندگی بر سطح الگوی رفتاری، خلقی و خواب آنان و همچنین باتوجه به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت استرس، بهزیستی روانشناختی، ضعیف و بدخواهی در سلامتی بازنشستگان نظامی، پژوهشگر را بران داشت تا با هدف دستیابی به اطلاعات پیرامون اثربخشی تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر برخی مؤلفه‌های روانشناختی مبادرت به انجام این مطالعه نماید. در واقع باتوجه به اینکه به نظر می‌رسد تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده به‌عنوان طب مکمل، می‌تواند در مجموعه‌ی درمان‌های رفتاری-شناختی قرار می‌گیرد، محقق به دنبال بررسی اثرگذاری این تکنیک برای کاهش اختلالات روانشناختی بازنشستگان نظامی بود. لذا با توجه به اینکه پژوهش‌های مرتبط با محوریت بررسی اثربخشی تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر مؤلفه‌های روانشناختی در میان بازنشستگان نظامی کمتر انجام گرفته است، در این راستا هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت‌شده بر استرس ادراک شده و بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی بود.

روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت که پیش‌آزمون قبل از شروع جلسات مداخله‌ای به‌وسیله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت‌شده

از عوامل دیگری که می‌تواند تحت تأثیر بازنشستگی و تغییر شاخص‌های جسمانی و شناختی نظامیان بازنشسته قرار گیرد، کیفیت خواب است (۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند خواب با کیفیت ضعیف، بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات بازنشستگان قرار دارد (۲۰). خواب از مهمترین چرخه‌های شبانه-روزی و یکی از نیازهای اساسی انسان است و از الگوی پیچیده زیست‌شناختی تبعیت می‌کند. در اغلب موارد اختلال در سیکل خواب نشانه‌ای زودرس از بیماری‌های مختلف است (۲۱). خواب ناکافی، کم‌خوابی و کیفیت پایین خواب در جامعه مدرن امروزی فراگیر شده است و بسیاری از افراد به‌ویژه بازنشستگان و سالمندان را رنج می‌دهد (۲۲). حدود ۳۰ درصد بزرگسالان یک یا چند مورد از علائم بی‌خوابی را گزارش کرده‌اند (۲۲). لذا یکی از مسائل مهم و حائز اهمیت در زندگی بازنشستگان نظامی، مسائل مرتبط با الگوی خواب آنان است. کاهش کیفیت خواب می‌تواند ناشی از برهم خوردن وضعیت منظم و آستانه واکنش فرد در خواب و یا نتیجه بی‌خوابی‌های پی‌درپی باشد (۲۳). شایع‌ترین نوع اختلال خواب، بی‌خوابی است که به اشکال در شروع خواب، اختلال در تدوام خواب یا نداشتن خواب نیروبخش به مدت یک ماه یا بیشتر که منجر به مشکلات عملکردی شخص شود اطلاق می‌گردد (۲۴). باتوجه به اینکه کلید ترقی، پویایی و اعتلای هر جامعه‌ای در داشتن عناصر و اعضای سالم و کارآمد در آن جامعه است، افرادی که علاوه بر وضعیت جسمانی مناسب از لحاظ روانشناختی نیز در حد متعادل و مطلوبی باشند (۱۶) و همچنین بر اساس باورهای دینی و ملی کشورمان که بازنشستگان نظامی را در زمره انسان‌های ارزشمند و ماندگار این مرز و بوم بر می‌شمارد (۲۵)، لزوم یافتن راهکارهای علمی و عملی به منظور مداخله در شرایط روانشناختی بازنشستگان نظامی را مطرح می‌سازد. طب جایگزین و یا طب مکمل در درمان بسیاری از اختلالات و بیماری‌ها مؤثر است که تعدادی از این روش‌ها توسط روانشناسان به کار می‌روند. این روش‌ها به پنج گروه عمده تقسیم می‌شوند که یکی از مهمترین این گروه‌ها درمان‌های ذهنی است؛ از انواع این گروه درمانی می‌توان به تصویرسازی ذهنی، مدیتیشن، یوگا، موزیک درمانی، دعا درمانی، یادداشت روزانه، تایسای و هنر درمانی را نام برد (۱۵).

تصویرسازی ذهنی یکی از انواع مداخلات ذهنی است که به‌طور قابل توجه در تغییر فیزیکی-عاطفی ابعاد روانشناختی مؤثر است. این شیوه دربرگیرنده تمرینات ذهنی طراحی شده برای پذیرش ذهنی نفوذ سلامتی و بهبودی در بدن و استفاده از تخیل برای خلق مناظر، صداها، بوها، مزه‌ها یا حس‌های دیگری است که نوعی رؤیت هدفمند را فراهم می‌سازد، تکنیک رایج تصویرسازی هدایت‌شده، یکی از تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی است که شامل تجسم یک تصویر یا هدف مطلوب خاص و سپس تصویرسازی از خود در حالی است که به این هدف دست می‌یابیم. مروری بر مطالعات انجام شده نشان داد که تصویرسازی هدایت‌شده، می‌تواند

اثربخشی مداخله، به آنان پیشنهاد شد تا در یک دوره مداخله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده شرکت نمایند، و این دوره با موافقت آنان اجرا شد.

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، از ابزارهای ذیل جهت سنجش متغیرها استفاده شد.

الف) مقیاس استرس ادراک شده: برای سنجش استرس ادراک شده از پرسشنامه استرس ادراک شده Cohen و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده شده است که هر ماده بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به ترتیب نمره‌های ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ می‌گیرند. در این مقیاس حداقل نمره استرس درک شده صفر و حداکثر آن ۵ است. هر قدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده استرس کمتر است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (۳۳). همچنین تعیین روایی عاملی نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده از روش‌های آماری تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی عاملی با مؤلفه‌های اصلی به استخراج دو عامل توانایی مقابله با استرس و احساس منفی از استرس انجامید که با هم ۴۸/۲٪ از واریانس کل را تبیین می‌کردند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به‌دست آمده است (۳۴). در پژوهش Yazdi (۱۳۷۷) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۱ (۳۵) و در مطالعه دیگر توسط Sepahvand و همکاران (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۶).

ب) پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: در این پژوهش از فرم کوتاه (۱۸ سؤال) پرسشنامه بهزیستی روان شناختی Ryffs (Ryffs Psychological Well-being Scales-PWB) استفاده شد. در فرم کوتاه پرسشنامه روانشناختی ریف پاسخ به هریک از ۱۸ سؤال روی طیفی ۶ درجه‌ای (کاملاً موافق، تا حدی موافق، کمی موافق، کمی مخالف، تا حدی مخالف، کاملاً مخالف) مشخص می‌شود. سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود؛ سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی و سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال هستند، نمره‌گذاری سوال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای با نمره‌گذاری (۱ تا ۶) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی

و پس‌آزمون بعد از انجام مداخلات به فاصله زمانی هفت هفته اجرا شد.

جامعه پژوهش را کلیه بازنشستگان مرد ۶۰ تا ۷۵ سال نیروهای مسلح استان تهران در سال ۱۳۹۷ شامل می‌شد. نمونه آماری به صورت در دسترس از میان افرادی انتخاب شد که سابقه‌ای در انجام تکلیف ملاک و حتی تکلیفی مشابه آن (انواع تمرینات ذهنی) را نداشتند. حجم نمونه با توجه به تحقیقات مشابه قبلی و همچنین براساس نرم‌افزار G-power با اندازه اثر $f^2 = 0/5$ و توان آماری ۰/۹۵ و سطح معنی‌داری یا آلفای ۹ درصد مشخص شد (۳۱، ۳۲). مقدار حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۲۷/۴ نفر محاسبه شد که برای اطمینان بیشتر در پژوهش حاضر، در هر یک از گروه‌ها ۳۰ نفر انتخاب شدند. بنابراین حجم نمونه آماری پژوهش ۶۰ نفر با میانگین سنی $2/8 \pm 69/18$ و قد $13 \pm 0/175$ سانتی‌متر و وزن $45 \pm 69/45$ کیلوگرم، بود، که با توجه به معیارهای ورود به تحقیق شامل: عدم مشکلات پیشرفته روحی و افسردگی، عدم سابقه بیماری‌های قلبی و عروقی، عدم اختلالات حرکتی و عصبی عضلانی و مصرف نکردن داروهای مؤثر بر خواب در یک ماه اخیر انتخاب شدند و پس از کسب تأییدیه پزشکی و تکمیل رضایت‌نامه، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد که در مدت پژوهش، نوع تغذیه، ساعات خواب و بیداری، فعالیت ورزشی و ... را طبق برنامه ارائه شده و به صورت منظم و یکسان رعایت کنند. شرکت در تمام مراحل پژوهش برای همه آزمودنی‌ها الزامی بود. البته با وجود این پیش شرط هیچ‌گونه کاهش آزمودنی در طی مراحل پژوهش اتفاق نیفتاد.

از همه افراد شرکت‌کننده در مطالعه رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه اخذ شد و شرکت در پژوهش داوطلبانه بود. در این مطالعه، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله توضیح اهداف به واحدهای پژوهش و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنان جهت شرکت در تحقیق، دادن حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای ورود به پژوهش و خروج از آن در هر زمان، محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در انتخاب واحدهای مورد پژوهش و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و مسئولین محیط پژوهش در صورت درخواست و قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش و کلیه مسئولین ذیربط که همکاری داشته‌اند، رعایت شد. همچنین، پژوهشگران تضمین نمودند که به واحدهای مورد پژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمی و روانی وارد نشود. همچنین، رعایت اصول نشر و اخلاق در پژوهش و انتشار یافته‌های مطالعه طبق اصول کمیته بین‌المللی اخلاق نشر (COPE) از دیگر تعهدات اخلاقی پژوهشگران بود. مراحل پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) به شماره IR.BMSU.REC.1397.158 رسید. در انتها برای ارج نهادن حضور آزمودنی‌های گروه کنترل، بعد از پایان پژوهش و تأیید

روانشناختی بهتر است. روایی این مقیاس به کمک روش روایی‌سازه، با اجرای مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI)، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (RSES) و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر و با مقیاس اصلی محاسبه شد که همبستگی بین این مقیاس با مقیاس SWLS، پرسشنامه OHI و پرسشنامه RSES به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۵۸ و ۰/۱۷ به دست آمد (۳۷). همچنین اعتبار و پایایی این پرسشنامه در نمونه‌ای ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۸). دامنه ضریب ثبات درونی برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۹).

ج) پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ: از پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index) برای بررسی کیفیت خواب بازنشستگان استفاده شد. این پرسشنامه نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب طی چهار هفته گذشته بررسی می‌کند (۴۰). پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ هفت نمره برای مقیاس‌های توصیف کلی فرد از خواب (کیفیت ذهنی خواب)، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (که بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در

روانشناختی محاسبه می‌شود)، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه فرد)، میزان داروی خواب‌آور مصرفی و عملکرد صبحگاهی (مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بدخوابی) به دست می‌دهد. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ قرار می‌گیرد. حاصل جمع نمرات هفت مقیاس کلی را تشکیل می‌دهد که بین صفر تا ۲۱ خواهد بود. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است. حساسیت و ویژگی پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ است (۴۱). در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۲). در این مطالعه جهت تعیین پایایی این ابزار از روش آزمون مجدد که با فاصله ده روز در مورد ۴۰ نفر از بازنشستگان انجام شد، استفاده گردید و پایایی آن با $r = 0.83$ مورد تأیید قرار گرفت.

در این پژوهش، گروه آزمایش به مدت ۴ هفته، هر هفته سه جلسه و هر جلسه ۵۰ دقیقه تحت مداخله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده قرار گرفتند، ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله روانشناختی دریافت نکرد.

جدول-۱. خلاصه طرح اصلی مداخله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت‌شده

جلسات	فعالیت‌های ویژه هر جلسه	زمان
جلسه ۱	آماده‌سازی مداخله‌کننده، موقعیت مداخله و آزمودنی؛ جمع‌آوری اطلاعات (مصاحبه ابتدایی)، آشنایی آزمودنی‌ها با هم و صحبت-کردن راجع به برنامه و اهداف پژوهش و توجیه آزمودنی‌ها؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۲	اجرای تمرین‌های پیش‌زمینه‌ای برای تصویرسازی ذهنی به منظور برانگیختن تصاویر ذهنی؛ همچنین به افراد کمک شد، تا باورهای غلط و افکار غیرمنطقی خود را بشناسند؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۳	توضیحاتی راجع به این که افکار، باورها و تصورات منفی به عنوان پایه‌ای برای استرس و برهم‌زننده بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب است. همچنین تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده و مراحل این تکنیک به آزمودنی‌ها آموزش داده شد و تمرین پیش‌زمینه‌آزمیدگی پیش از تصویرسازی ذهنی جهت آمادگی برای ایجاد تصاویر ذهنی؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۴	تشریح منطق مداخله و آموزش راه‌های مقابله با افکار و تصورات منفی استرس‌آور. برانگیختن تصاویر ذهنی و توصیف آن‌ها؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۵	تسهیل مهارت‌های انطباقی جدید از طریق تصویرسازی ذهنی با گسترش تصاویر ذهنی کار روی این تصاویر و تلاش برای ایجاد تغییر در این تصاویر؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۶		۵۰ دقیقه
جلسه ۷		۵۰ دقیقه
جلسه ۸	به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که خود را در تصورات ذهنی آرام‌بخش قرار دهند و تکنیک‌های آموزش داده شده در مراحل قبل را استفاده کنند. مراحل تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده در هر جلسه سه بار، هر بار به مدت ۱۵ دقیقه انجام شد؛	۵۰ دقیقه
جلسه ۹		۵۰ دقیقه
جلسه ۱۰		۵۰ دقیقه
جلسه ۱۱	پایان بخشیدن به مرحله کار روی تصویرسازی ذهنی در جلسات مداخله و پیگیری کار با تصاویر ذهنی از جمله تأملات	۵۰ دقیقه
جلسه ۱۲	تفکرات تفسیرها و ایجاد معانی فردی	۵۰ دقیقه

مراحل گام به گام تصویرسازی ذهنی در این پژوهش به شرح ذیل بود:

چند دقیقه خود را آرامیده کنید... لباس خود را راحت کنید، کفش‌های خود را در بیاورید، چشمانتان را ببندید و چند نفس عمیق بکشید. تصور کنید که از یک پلکان پایین می‌روید. با هر گام، به این احساس توجه کنید که بیشتر و بیشتر آرامیده می‌شوید... زمانی که کاملاً آرامیده شدید، یک منظره دلخواه را مجسم کنید... زمانی که در منظره مطلوب خود، احساس راحتی کردید، به تدریج ذهن

جدول حاضر، تغییر یافته خلاصه طرح مداخله تصویرسازی ذهنی جهت کاربردهای درمانی است که اصل آن توسط Stopa (۲۰۰۹) ارائه گردیده است. این پروتکل بر اهمیت تصویرسازی ذهنی در افزایش سطح آرامش، کاهش استرس، بهبود وضعیت خلقی، کنترل فشار خون بالا، کاهش درد، تقویت سیستم ایمنی و کاهش میزان کلسترول و قند خون، تأکید کرده است. این پروتکل تصویرسازی ذهنی در درمان به برقراری پیوندهای مستقیم با سیستم‌های بدنی کمک می‌کند (۴۳).

استرس ادراک شده، بهبودی روانشناختی و کیفیت خواب در گروه آزمایش به ترتیب ۳/۲۷، ۶/۳۴- و ۱/۸۵ نمره و در گروه کنترل به ترتیب ۰/۱-، ۰/۹۱- و ۰/۳۲- نمره می‌باشد. مشاهده می‌شود تفاضل محسوسی در میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود دارد.

برای اینکه مشاهده شود این تفاضل از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید. قبل از بکارگیری مانکوا مفروضه‌های زیربنایی آن مانند ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه، بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون از آزمون لوین و آزمون باکس استفاده شد که مشخص گردید مفروضه‌های فوق برقرار می‌باشند. به همین دلیل از مانکوا برای آزمون فرضیه‌ها استفاده شده است.

نتایج آزمون ویکلز لامدای در مورد متغیر ترکیبی معنادار است. به دیگر سخن متغیرهای وابسته در دو گروه با هم تفاوت دارند و این مهم نشان‌دهنده تأثیر متغیر مستقل بر روی متغیرهای وابسته در دو گروه می‌باشد و ضریب آتا شدت این اثر را ۰/۶۲ نشان داد که اثر قابل قبولی می‌باشد.

خود را به مشکلی که می‌خواهید حل شود معطوف کنید ... اگر تصویرهای متعددی به ذهنتان آمد، یکی از آن‌ها را انتخاب کنید تا در جلسه جاری روی آن کار کنید ... اگر هیچ تصویری به ذهن‌تان نیامد، سعی کنید به یک حس دیگر معطوف شوید ... مجسم کنید که مشکل شما در انتهای جلسه کاملاً بهبود می‌یابد. این کار، طرح اولیه شفا را در درون شما ایجاد می‌کند ... [در پایان جلسه] ... چند نفس عمیق دیگر بکشید و خود را در حال بالا رفتن از پلکان خیالی مجسم کنید ... در حالی که به تدریج به محیط خودآگاه می‌شوید چشمانتان را باز کنید ... بدنتان را کش و قوس دهید، لبخند بزنید و روز خود را ادامه دهید (۴۴).

داده‌های به‌دست آمده به‌منظور تحلیل داده‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) با رعایت مفروضه‌های زیربنایی و با استفاده از بیستمین ویرایش نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاضل میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون

جدول-۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته برحسب گروه‌ها

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
استرس ادراک‌شده	۳۰/۰۳ ± ۶/۲۴	۲۶/۷۶ ± ۵/۱۰	۳۰/۲۶ ± ۴/۱۷	۳۰/۳۶ ± ۴/۹۶
بهبودی روانشناختی	۷۰/۴۳ ± ۳/۲۷	۷۶/۷۷ ± ۲/۹۳	۶۹/۹۰ ± ۴/۱۸	۷۰/۸۱ ± ۲/۲۵
کیفیت خواب	۱۰/۸۶ ± ۲/۴۱	۹/۰۱ ± ۴/۱۱	۱۱/۰۱ ± ۲/۲۸	۱۱/۳۳ ± ۵/۰۶

جدول-۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای وابسته

نوع آزمون	ارزش	F تغییر	سطح معناداری	ضریب آتا
ویکلز	۰/۳۳۷	۲۹/۲۵۳	۰/۰۱	۰/۶۲۳

جدول-۴. تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای مورد مطالعه در متن مانکوا

متغیر وابسته	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F تغییر	سطح معناداری	ضریب آتا
استرس ادراک‌شده	اثر گروه	۱۸۹/۷۱	۱	۱۸۹/۷۱	۲۱۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	خطا	۴۸/۴۱		۰/۸۸			
بهبودی روانشناختی	اثر گروه	۵۰۱/۰۵	۱	۵۰۱/۰۵	۴۲۳/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خطا	۶۵/۰۴		۱/۱۸			
کیفیت خواب	اثر گروه	۸۰/۱۰	۱	۸۰/۱۰	۷۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	خطا	۵۹/۰۷		۱/۰۷			

جدول ۴ نشان می‌دهد F محاسبه شده متغیر استرس ادراک شده، بهبودی روانشناختی و کیفیت خواب معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده موجب کاهش استرس ادراک‌شده و بی‌خوابی و افزایش بهبودی روانشناختی شده است. همچنین مجذور آتای سهمی، شدت این اثر را برای استرس ادراک شده، بهبودی روانشناختی و کیفیت

خواب به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۵۷ نشان داده است. یعنی ۶۹ درصد تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استرس ادراک‌شده و ۷۸ درصد تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بهبودی روانشناختی و ۵۷ درصد تفاوت در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت خواب ناشی از اثر تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده می‌باشد.

بحث

یافته‌های مربوط به مؤلفه‌ها را با سایر پژوهش‌ها محدود می‌کند. بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این خط مطالعاتی بر متغیرهایی همچون افسردگی و اضطراب تمرکز داشتند، که این پژوهش با توجه به مشکلات احصا شده از بازنشستگان نظامی (۱۰) مؤلفه‌های استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب را مورد توجه قرار داد. همچنین تأکید بر بررسی تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده در بازنشستگان نظامی به عنوان نمونه‌آماری ویژه، در مقابل جامعه عمومی از میانسالان و سالمندان که در پژوهش‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته بودند، از جمله تفاوت‌های دیگر این پژوهش با سایر مطالعات همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج باید اشاره کرد که با افزایش هرچه بیشتر سن و شروع دوران بازنشستگی، توانایی‌های جسمانی و روانی بازنشستگان کاهش می‌یابد و این امر احتمال مواجهه آن‌ها با انواع بیماری‌ها و مشکلات روانی را بیشتر می‌کند (۵۱). واری‌ها و کاوش‌های اخیر مبین این واقعیت است که عوامل روانشناختی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت هستند و نشانگان روانی مانند استرس، کاهش بهزیستی روانشناختی و بی‌خوابی از جمله مؤلفه‌های روانشناختی هستند که نه تنها در تشدید بیماری‌های مرتبط با افزایش سن نقش اساسی دارند، بلکه در به هم ریختگی سازمان روانی افراد بازنشسته نظامی بسیار مؤثرند. استرس در دوره بازنشستگی به دلیل این که این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌هاست بیشتر و شایع‌تر است، به عبارتی، بازنشستگی نظامی در نتیجه کاهش اعتماد به نفس و یا از دست دادن توانایی‌ها، کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و بیماری‌های مزمن در معرض استرس بیشتری قرار دارند (۵۲). که لازم است با استفاده از روش‌های غیردارویی و به عنوان مکمل این اختلال را کنترل نمود و استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده توانست این اختلال را در میان بازنشستگان نظامی کاهش دهد. قطعاً کاهش این نوع نشانگان روانی، در افزایش بهزیستی روانشناختی نقش تعیین کننده‌ای دارند. می‌توان گفت که تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده باعث می‌شود تا بازنشستگان نظامی کنترل و اداره تصویرهای ذهنی خود را به دست گیرند، این توانایی ورود تصورات منفی را در ذهن کاهش می‌دهد و همین عوامل باعث بالا رفتن بهزیستی روانشناختی و سایر مؤلفه‌ها می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد یکی دیگر از دلایل اثربخشی تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده در کاهش استرس ادراک شده به کارگیری روش آرام‌سازی باشد. علاوه بر این روش تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده با برجسته کردن قدرت فکر و تجسم به افراد اطمینان می‌دهد توانایی مهار رویدادها را دارند. این اطمینان بخشی منجر به کاهش تنش‌های روانی در بازنشستگان نظامی می‌شود. این احتمال وجود دارد که بازنشستگان نظامی با استفاده از روش تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده کنترل کارکردهایی را یاد بگیرند که به طور

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی انجام شد. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد، فرضیه پژوهش اثبات گردید. تکنیک عمومی تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده منجر به کاهش میزان استرس ادراک شده در بازنشستگان نظامی شد. همچنین یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که تکنیک عمومی تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده منجر به بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی شد.

در این زمینه McCaffrey و Lynn (۲۰۰۲)، تحقیقی را در بر روی ۲۷ نفر از سالمند آمریکایی انجام دادند، نتایج نشان داد که تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده باعث بهبود اختلالات روانشناختی سالمندان آمریکایی شده است (۴۵) و همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات Nilsson و همکاران (۲۰۱۲) (۴۶) و May و همکاران (۲۰۱۵) (۴۷) و Wheatley و همکاران (۲۰۰۷) (۴۸) بر روی میانسال هم‌خوانی دارد که نشان دادند تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده باعث بهبود برخی اختلالات روانشناختی شده است. نتایج این تحقیقات همسو با پژوهش حاضر نشان دادند که بین دریافت تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده و کاهش اختلالات روانشناختی در گروه‌های مداخله رابطه معنادار آماری وجود دارد بدین مفهوم که با افزایش آگاهی سالمندان درباره تأثیر تصویرسازی ذهنی بر اختلالات روانشناختی از میزان اختلالات آنان کاسته می‌شود.

Apostolo و Kolcaba (۲۰۰۹) در تحقیقی بر روی ۶۰ میانسال مفید بودن تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده را در میانسالان مرد و زن گزارش نمودند و تأثیر تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده را بدون رابطه‌سنجی بین سن و جنس، در گروه مداخله معنادار گزارش کردند (۴۹). در مقایسه با تحقیق حاضر با توجه به این که فقط در مردان بازنشسته نظامی انجام شده است، از این نظر هم‌خوانی ندارد و در مورد زنان نیز نیاز به تحقیق تکمیلی وجود دارد. ولی نتایج تحقیق حاضر نشان داد که تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده باعث بهبود برخی اختلالات روانشناختی بازنشستگان نظامی شده است که با نتایج Apostolo و Kolcaba (۲۰۰۹) (۴۹) هم‌خوانی دارد. Troesch و همکاران (۱۹۹۳) نیز تأثیر تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر میزان تجارب هیجانی بیماران را بررسی کرده‌اند. طبق این بررسی روش‌های مذکور برای پاسخ‌های هیجانی مناسب مؤثر بوده است (۵۰). البته نتایج تحقیق حاضر با توجه به این که بر متغیرهای روانشناختی و نمونه آماری متفاوت انجام شده است، از این نظر قابل مقایسه نمی‌باشد.

البته باید اشاره نمود که از نظر نوع مؤلفه‌شناختی بررسی شده، پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها متفاوت بود و این موضوع مقایسه

مهمی در افزایش بهزیستی روانشناختی، کاهش استرس ادراک شده و ستیز درونی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار و مشکلات مربوط به خواب دارند (۵۳،۵۴). در این زمینه بسیاری از درمانگران بر این باورند، تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر روی نشانگان روانی که بار شناختی آن‌ها بیشتر است مانند استرس ادراک شده، نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی تأثیر بیشتری دارد (۵۴،۵۵). بنابراین اثربخشی بیشتر تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر استرس ادراک شده می‌تواند ناشی از بکارگیری مکانیزم شناختی بالا همراه با پردازش مجدد و تغییر در معانی رویدادها و افکار تنش‌زا باشد. تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده از جمله روش‌های مداخله‌ای مؤثر در کنترل استرس ادراک شده و نشخوارهای ذهنی تحلیل دهنده بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب می‌باشد (۵۳). چرا که در این روش مداخله‌ای فرایند پردازش اطلاعات، غربالگری ذهنی و بازداری فکری در جلسات متعدد توسط بازنشستگان به منظور کنترل افکار و استرس و تصاویر منفی به کار گرفته می‌شود و بازنشستگان نظامی بعد از مدتی می‌توانند بر روی جرقه‌های ذهنی بازگشتی و فلش‌بک‌های مربوط به رویداد تنش‌زا کنترل مؤثری داشته باشند. این مهم در درازمدت، موجب کاهش افکار خودآیند منفی و نشخوارهای ذهنی بازنشستگان نسبت به افکار و تصاویر استرس‌زا می‌گردد که نتیجه آن بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب آن‌ها خواهد بود.

به‌طور کلی این پژوهش در همگرایی با پژوهش‌های پیشین نشان داده است، در کنار درمان‌های پزشکی، مداخله‌های روانشناختی مانند تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده می‌توانند در کنترل و کاهش نشانگان روانی از جمله استرس ادراک شده و بیخوابی بازنشستگان نظامی نقش اساسی و مؤثری داشته باشند. بنابراین به متخصصانی که با بازنشستگان نظامی سروکار دارند، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی به منظور کنترل و کاهش استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و بی‌خوابی از تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بهره گیرند.

نتیجه گیری

در مجموع می‌توان گفت در فرایند مداخله‌ای اختلالات مرتبط با بازنشستگی و افزایش سن، می‌توان با حذف عامل تنش‌زا در جهت پیشگیری و کنترل این قبیل اختلالات کام برداشت؛ اما زندگی در عصر حاضر بدون تنش امکان‌ناپذیر است، بنابراین می‌بایست آموزش نحوه رویارویی مؤثر با فشارهای روانی و استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و تن‌آرامی در مواجهه با عوامل تنش‌زا مورد توجه قرار گیرد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که دال بر تأثیر مثبت کاربرد تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده بر میزان استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و کیفیت خواب بازنشستگان نظامی می‌باشد و با توجه به قابلیت اجرایی این برنامه، پیشنهاد

طبیعی با سیستم عصبی خود مختار کنترل می‌شود مثل ضربان قلب، فشارخون، میزان تنفس و درجه حرارت بدن.

همچنین وقتی بازنشستگان نظامی در جلسات مداخله تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده شرکت می‌کنند، افکار منفی، طرحواره‌های ناسازگار و تصاویر ذهنی آسیب‌زایی که از زندگی خود دارند نخست بازنمایی، با جزییات کامل شرح، تجسم و مرور شناختی می‌کند و سپس با تغییراتی که در معانی آن ایجاد می‌کنند، افکار و تصاویر ذهنی مثبت را جایگزین افکار و تصاویر ذهنی منفی قبلی می‌کنند. در چنین شرایطی از یک طرف تحمل ناراحتی میل و امید به زندگی در آن‌ها بالا می‌رود و از طرف دیگر ستیز درونی، هیجان‌های منفی و افکار آزاردهنده کاهش می‌یابد و در نهایت از افکار و تصاویر منفی که سطح هشجاری آن‌ها را فرا گرفته، رهایی می‌یابند. این مهم نه تنها باعث افزایش مناسبات بین فردی آن‌ها می‌شود بلکه بسیاری از نشانگان روانی مانند بیخوابی، استرس ادراک شده، افکار منفی خودآیند آن‌ها را کاهش می‌دهد.

طبق نتایج تحقیقات انجام شده معمولاً بسیاری از بازنشستگان نظامی با اختلالات روانشناختی زیادی روبه‌رو هستند و از آنجاکه خود را خارج از محیط کار و فعالیت اجتماعی می‌دانند، حاضر به تغییر روش تفکر و تصاویر ذهنی که از خود و زندگی‌شان دارند، نمی‌باشند. محققان معتقدند، فشار روانی ناشی از اینگونه اندیشه‌ها و تصاویر ذهنی به مرور باعث بروز اختلال در عملکرد سلول‌های دفاعی و کاهش سطح ایمنی بدن می‌گردد و تأثیر بسیار منفی بر کیفیت زندگی می‌گذارد (۱۰). وقتی که این افراد در جلسات مداخله تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده در محیط کاملاً با آرامش قرار می‌گیرند و افکار و تصاویر ذهنی تنش‌زای خود را به طور کامل تشریح و بازپردازش می‌کنند و در معانی آن تغییرات ایجاد می‌کنند، ترجیحاً مسیرهای عصبی تازه‌ای در مغز آن‌ها ایجاد می‌شود که حالت بازدارندگی بر افکار و تصاویر ذهنی آزاردهنده قدیمی و حالت تسهیل کننده برای یادآوری افکار و تصاویر ذهنی مثبت دارد. به همین جهت Nilsson و همکاران (۲۰۱۲) (۴۶) و May و همکاران، (۲۰۱۵) (۴۷) بر این باورند، تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده با تغییرات روانی- فیزیولوژیکی که در افراد ایجاد می‌کند، در کنترل افکار منفی خودآیند و بخصوص هجوم این افکار در هنگام خواب نقش مؤثری دارد و موجب می‌شود بازنشستگان نظامی از بهزیستی روانشناختی و خواب بهتر و از کابوس‌های شبانه و استرس کمتری برخوردار باشند. در این راستا محققین پیشرو در استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده اعتقاد دارند، تکنیک تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت شده مانند چرخش ذهنی، غربالگری ذهنی و آرمیدگی عضلانی و بازپردازش شناختی از جمله مهارت‌هایی هستند که نه تنها اندیشیدن به یک موضوع، تصویر و افکار خاص را هدف قرار می‌دهند، بلکه با جایگزین نمودن افکار و تصاویر ذهنی مثبت بجای افکار و تصاویر ذهنی منفی، نقش بسیار

مطالعه با مرحله پیگیری طولانی تر انجام شود.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از کلیه واحدهای پژوهش که در پیشبرد اهداف این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌گردد. همچنین پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری شرکت کنندگان محترم در این پژوهش، مراتب تشکر و قدردانی را به عمل آورند. این پژوهش مستخرج از طرح تحقیقاتی به شماره ۱۳۹۰-۰۰-۹۷ مصوبه ۱۳۹۷/۰۶/۲۶ با کد کمیته اخلاق شماره IR.BMSU.REC.1397.158 به تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۱ دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) می‌باشد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- مداخلات روانشناختی همچون تصویرسازی ذهنی و تجسم هدایت‌شده می‌تواند پس از بازنشستگی پرسنل نظامی برای بازگرداندن سلامت جسمی و روانی و حمایت از افرادی که به دلیل حضور در عملیات‌های نظامی دچار مشکلات حسی، حرکتی یا شناختی شده‌اند و نیز درمان اختلالات روانی استفاده گردد.

می‌شود که روانشناسان بالینی جهت کمک به بازنشستگان در کنترل استرس و بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت‌خواب از این مهارت استفاده کنند. مسئولین و مدیران حرفه‌های بهداشتی و برنامه‌ریزان حوزه سلامت بازنشستگان نظامی نیز با آگاهی از نتایج این قبیل پژوهش‌ها، می‌توانند در برنامه‌ریزی‌های آموزشی از این مهارت‌ها در جهت ارتقای توان علمی و عملی کارکنان‌شان در جهت کنترل استرس و بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت‌خواب و به‌طور کلی بهبود سطح سلامت روان و کیفیت زندگی بازنشستگان و استفاده بهینه از نیروی انسانی بهره‌گیرند همچنین می‌توان در برنامه‌ریزی آموزشی اینگونه برنامه‌های کاربردی را قرار داد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، سطح اقتصادی و جنسیت به عنوان متغیر تعدیل کننده بررسی شوند و نقش سایر درمان‌های ذهنی در بهبود اختلالات روانشناختی مورد بررسی قرار گیرند تا بتوان در جهت حفظ و ارتقای سلامت بازنشستگان گام برداشت. در این پژوهش وضعیت روحی سالمندان در زمان تکمیل پرسشنامه، عدم ارائه پاسخ مناسب از طرف شرکت کنندگان در پژوهش و محدودیت زمانی و عدم امکان پیگیری‌های بعدی از محدودیت‌های این پژوهش بود. قطعاً وجود دوره پیگیری تصویر بهتری از اثربخشی این روش در طول زمان ارائه می‌دهد. بنابراین توصیه می‌شود که ادامه این

منابع

1. Clarke P, Marshall V, House J, Lantz P. The Social Structuring of Mental Health over the Adult Life Course: Advancing Theory in the Sociology of Aging. *Social Forces*. 2011;89(4):1287-313. doi:10.1353/sof.2011.0036
2. Dow B, Meyer C. Caring and retirement: crossroads and consequences. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*. 2010;40(4):645-65. doi: 10.2190/HS.40.4.e
3. Byles J, Tavener M, Robinson I, Parkinson L, Smith PW, Stevenson D, et al. Transforming retirement: new definitions of life after work. *Journal of Women & Aging*. 2013;25(1):24-44. doi:10.1080/08952841.2012.717855
4. Alvarenga LN, Kiyani L, Bitencourt B, Wanderley Kda S. The impact of retirement on the quality of life of the elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*. 2009;43(4):796-802. doi:10.1590/s0080-62342009000400009
5. Iran SCo. The retirement population in the country's retirement organization. Retrieved from Population and Housing Census. 2016; Available from <https://www.amar.org.ir> [accessed 13 may 2021]. [In Persian]
6. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. The role of social support in the anxiety and depression of elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2009;4(1):0. [In Persian]
7. Ardalan ALI, Mazaheri M, Naieni KH, Rezaie M, Teimoori F, Pourmalek F. Older people's needs following major disasters: a qualitative study of Iranian elders' experiences of the Bam earthquake. *Ageing and Society*. 2009;30(1):11-23. doi:10.1017/S0144686X09990122
8. Amini R, Ingman S, Sahaf R. Aging in Iran: past, present and future. *The Journal of Aging in Emerging Economies*. 2013;4:17-34.
9. McCombe G, Fogarty F, Swan D, Hannigan A, Fealy GM, Kyne L, et al. Identified mental disorders in older adults in primary care: A cross-sectional database study. *European Journal of General Practice*. 2018;24(1):84-91. doi:10.1080/13814788.2017.1402884
10. Rasoulmian m. An Investigation and the Estimation of the Livelihood Level of the Retirees of Iranian Armed Forces: A Prospect for 2025. *Scientific Journal Management System*. 2014;17(65):74-105. [In Persian]
11. Ranabir S, Reetu K. Stress and hormones. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 15(1):18-22. doi:10.4103/2230-8210.77573
12. Lindfors P, Berntsson L, Lundberg U. Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(6):1213-22. doi:10.1016/j.paid.2005.10.016
13. Saadati H, Lashani L. Spiritual Intelligence Relationship with Coping Strategies. *USWR*. 2012;12:75-81. [In Persian]

14. Basogul C, Ozgur G. Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses. *Asian Nursing Research*. 2016;10(3):228-33. doi:10.1016/j.anr.2016.07.002
15. Cai X, Ye L. The mediating role of mental health in the relationship between psychological capital and job burnout: An exploratory study. *International Journal of Services Technology and Management*. 2018;24:119. doi:10.1504/IJSTM.2018.10011490
16. Goldsmith AH, Veum JR, Darity W. Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *The Journal of Socio-Economics*. 1997;26(2):133-58. doi:10.1016/S1053-5357(97)90030-5
17. Roothman B, Kirsten D, Wissing M. Gender Differences in Aspects of Psychological Well-Being. *South African Journal of Psychology*. 2003;33:212-8. doi:10.1177/008124630303300403
18. Ryff CD, Love GD, Essex MJ, Singer B. Resilience in Adulthood and Later Life. In: Lomranz J, editor. *Handbook of Aging and Mental Health: An Integrative Approach*. Boston, MA: Springer US; 1998. p. 69-96. doi:10.1007/978-1-4899-0098-2_4
19. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*. 2017; 18(2):61-71. doi:10.1002/jgf2.27
20. Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Archives of Gerontology and Geriatrics Supplement*. 2004;38:93-6. doi:10.1016/j.archger.2004.04.015
21. Waterhouse J, Fukuda Y, Morita T. Daily rhythms of the sleep-wake cycle. *Journal of Physiological Anthropology*. 2012;31(1):5. doi:10.1186/1880-6805-31-5
22. Matricciani L, Olds T, Petkov J. In search of lost sleep: secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*. 2012;16(3):203-11. doi:10.1016/j.smrv.2011.03.005
23. Mirzaei M, Gholamrezaei E, Bidaki R, Fallahzadeh H, Ravaei J. Quality of sleep and methods of management of sleep disorders in elderly of Yazd city in 2016. *SSU_Journals*. 2017;25 (6):467-75. [In Persian]
24. Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Current Medical Research and Opinion*. 2008;24(1):17-30. doi:10.1185/030079907x253771
25. Farsi Z, JABARI MM, Ebadi A. General health assessment of Army soldiers seen in a military medical outpatient clinic in Tehran. *Annals of Military and Health Sciences Research*. 2006;4 (3):923-30. [In Persian]
26. Nguyen J, Brymer E. Nature-based guided imagery as an intervention for state anxiety. *Frontiers in Psychology*. 2018:1858. doi:10.3389/fpsyg.2018.01858
27. Gorji MH, Davanloo AA, Heidarigorji AM. The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. *Indian Journal of Nephrology*. 2014;24(6):356-61. doi:10.4103/0971-4065.132998
28. Vakilabad B, Fallahi Khoshknab M. The effect of mind education by imagery on depression of elders. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012;7(27):10-7. [In Persian]
29. Salehi M, Amini H, Mohammadzade H. Comparison of the Effects of Neurofeedback and Mental Imagery Practice on the Performance and Learning of Darts Skill. *Neuropsychology*. 2015;1 (1):86-103. [In Persian]
30. Reid GJ, McGrath PJ. Psychological treatments for migraine. *Biomed Pharmacother*. 1996;50(2):58-63. doi:10.1016/0753-3322(96)84714
31. Varrasse M, Li J, Gooneratne N. Exercise and sleep in community-dwelling older adults. *Current sleep medicine reports*. 2015;1(4):232-40. doi:10.1007/s40675-015-0028-6
32. Shin IS, Park EY. Meta-analysis of the effect of exercise programs for individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(6):1937-47. doi:10.1016/j.ridd.2012.05.019
33. Mazlom Sr, Darban F, Vaghei S, Modarres gharavi M, Kashani lotfabad M, Shad M. The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses Perceived stress in psychiatric wards. *Evidence Based Care*. 2012;2(1):14-35. doi:10.22038/ebcj.2012.388
34. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404
35. Yazdi A, Federdi S. The relationship between attributional style and perceived stress. *Educational Studies and Psychology*. 2006;1(2):24-35. [In Persian]
36. Sepahvand T, Gilani B, Zamani R. The relationship between perceived stress and general health, according to the explanatory styles. *Psychology and Educational Sciences*. 2008;38(4): 56-65. [In Persian]
37. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146-51. [In Persian]
38. Gharibi M, Jamali Ghomi A, Izadi B. Mediating Role of Job Burnout and Organizational Cynicism in the Relationship between Veteran's Psychological Capital and Well-being. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2017;9(2):85-90. [In Persian] doi:10.18869/acadpub.ijwph.9.2.85
39. Fowler S, Newton L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2006;38(4):261-4. doi:10.1097/01376517-200608000-00009
40. Tsay S-L, Chen M-L. Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease - A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40:1-7. doi:10.1016/s0020-7489(02)00019-6
41. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

42. Heydari A, Eteshamzadeh P, Marashi M. Relationship between severity of insomnia, quality of sleep, sleepiness and health disorder with educational performance in girls. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2010;2(4):65-76. [In Persian]
43. Stopa L. *Imagery and the Threatened Self: Perspectives on Mental Imagery and the Self in Cognitive Therapy*. 1st Edition ed: Routledge; 2009.
44. Blackwell SE. Mental imagery: From basic research to clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2019;29(3):235. doi:10.1037/int0000108
45. McCaffrey R, Locsin RC. Music listening as a nursing intervention: a symphony of practice. *Holistic Nursing Practice*. 2002;16(3):70-7. doi:10.1097/00004650-200204000-00012
46. Nilsson JE, Lundh LG, Viborg G. Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*. 2012;50(6):387-92. doi:10.1016/j.brat.2012.03.004
47. May J, Andrade J, Kavanagh DJ. An imagery-based road map to tackle maladaptive motivation in clinical disorders. *Front Psychiatry*. 2015;6:14. doi:10.3389/fpsy.2015.00014
48. Wheatley J, Brewin CR, Patel T, Hackmann A, Wells A, Fisher P, et al. Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2007;38(4):371-85. doi:10.1016/j.jbtep.2007.08.005
49. Apostolo JL, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009;23(6): 11-43. doi:10.1016/j.apnu.2008.12.003
50. Troesch LM, Rodehaver CB, Delaney EA, Yanes B. The influence of guided imagery on chemotherapy-related nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum*. 1993;20(8):1179-85.
51. Xu Q, Anderson D, Courtney M. A longitudinal study of the relationship between lifestyle and mental health among midlife and older women in Australia: findings from the Healthy Aging of Women Study. *Health Care for Women International*. 2010;31(12):1082-96. doi:10.1080/07399332.2010.486096
52. Cooper H, Booth K, Gill G. A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes--global rather than glycaemic benefits. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008;82(2):165-71. doi:10.1016/j.diabres.2008.07.013
53. Dibbets P, Arntz A. Imagery rescripting: Is incorporation of the most aversive scenes necessary? *Memory (Hove, England)*. 2016;24(5):683-95. doi:10.1080/09658211.2015.1043307
54. Smucker M, Dancu C, Foa E, Niederee J. Imagery Rescripting: A New Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse Suffering From Posttraumatic Stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1995;9:3-17. doi:10.1891/0889-8391.9.1.3
55. Brockman RN, Calvert FL. Imagery rescripting for PTSD and personality disorders: Theory and application. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2017;47(1):23-30. doi:10.1007/s10879-016-9329-4