ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30

evaluate effectiveness psychological care program in reducing the severity of symptoms of anxiety problems in the elderly

Abstract

Introduction: elderly is a critical period of life that it is necessary to pay attention to the issues and needs of this stage. which is important to pay attention to their health, emotional and psychological needs, and meeting these needs requires a better understanding of the elderly and different aspects of their lives.

Methods: The present study is fundamental-applied research in terms of aim and is considered as quasi-experimental research. The statistical population of the study consisted of all elderly with anxiety symptoms living in nursing homes in Tehran. The research sample was selected to be 30 people purposefully. They were divided into two groups of experimental and control waiting for treatment (15 people in each group). The instruments used in this study were the Beck Anxiety Inventory and the Elderly Psychological Care Program.

participants in the experimental groups educational intervention was implemented by the intervener on the experimental group during 7 sessions based on the elderly psychological care program, and the control waiting for treatment did not receive any intervention.

Results: The results of one-way analysis of covariance showed that seven-session training of psychological care program was significantly effective in reducing depression in the elderly.

Conclusion: Psychological care program creates new behaviors, it provides a framework for understanding emotional experiences. Also, it reduces anxiety in the elderly and increases their quality of life by increasing motivation to participate and change.

Keywords: Psychological care, the elderly, anxiety problems, quality of life, motivation to participate

Article Info

Authors:

Leila karimifarshi[1]

Naeimeh moheb*[2]

Reza abdi[3]

Sholeh livarjanhi[4]

Affiliations

1- PhD student, Department of Psychology, Tabriz branch, Islamic Azad university, Tabriz, Iran.

2- *Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author).

3- Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.4- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ بهار ۱۴۰۱ / سال دهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30 ISSN: 2645-3940

ارزیابی اثربخشی مراقبتهای روانشناختی در کاهش شدت نشانه های مشکلات اضطراب سالمندان

چکیده

مقدمه: سالمندی دوران حساسی از زندگی بوده که توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت می‌باشد. توجه به نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی و برطرف کردن این نیازها مستلزم شناخت بهتر آنان می باشد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی بوده و جامعه آماری پژوهش، کلیه سالمندان دارای علائم اضطراب (جمعیت زیرحد مرضی) مقیم خانههای سالمندان شهر تهران می‌باشند. نمونه پژوهش به صورت هدفمند با حجم ۳۰ نفر انتخاب شدند که به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل در انتظار درمان تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش سیاهه ۲۱ سوالی اضطراب بک، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته و برنامه مراقبت‌های روانشناختی سالمندان بوده است. برای گروه آزمایشی مداخله آموزشی ۷ جلسه براساس برنامه مراقبت روان‌شناختی سالمندان توسط مداخله‌گر اعمال گردید و گروه کنترل در انتظار درمان هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده های توصیفی از شاخص های آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل استنباطی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و تمامی تحلیل ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل ازتحلیل کوواریانس یک راهه نشان داد، آموزش هفت جلسه‌ای برنامه مراقبت‌های روانشناختی درکاهش شدت نشانه‌های مشکلات اضطراب سالمندان شرکت کننده در پژوهش هم از نظر آماری در سطح ($p>0/05$) و هم از نظر بالینی معنادار است.

نتیجه‌گیری: برنامه مراقبت‌های روان‌شناختی از طریق فعال‌سازی تمام مولفه‌های شناختی، بدنی و عاطفی و با آموزش مهارت‌ها، و همچنین با افزایش انگیزه مشارکت و اشتیاق بر تغییر سبب کاهش اضطراب سالمندان می‌شود.

اطلاعات مقاله

لیلاکریمی فرشی[۱]
دکترنعیمه محب*[۲]
دکتررضا عبدی[۳]
دکترشعله لیوارجانی[۴]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول):

Moheb.n@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

٤- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می‌باشد. بررسی آمارها در ایران حاکی از رشد و شتاب سالمندی دارد، به طوری که پیش‌بینی می‌شود، در سال ۱۴۱۰ در کشور ما ۲۵ الی ۳۰ درصدِ جمعیت وارد دوران سالمندی شوند که این امر توجه متخصصان را به نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی آنان جلب کرده و برطرف کردن این نیازها مستلزم شناخت بهتر سالمندان و ابعاد مختلف زندگی آن‌ها است (۱۵).

یکی از مشکلاتی که سالمندان از آن رنج می‌برند مشکلات هیجانی است، اضطراب از جمله مشکلات هیجانی شایع در سالمندان است که اغلب بصورت اختلالات همبود خود را نشان می‌دهد و در غیاب درمان‌های موثر، پیامدهای زیانبخشی از قبیل کاهش کیفیت زندگی و مرگ ومیر بیشتر در سالمندان را به همراه دارد (۶).

انجمن روانپزشکی آمریکا (۲) اختلالات اضطرابی را با مشخصه‌هایی چون ترس و اضطراب تعریف می‌کند. ترس به صورت یک پاسخ هیجانی نسبت به تهدید واقعی یا ادراک شده و اضطراب نیز با پیش بینی وقوع تهدیدی در آینده تعریف شده است.

پژوهش‌ها در زمینه تاثیرات اضطراب در سالمندی نشان داده‌اند که اضطراب در کاهش سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان نقش دارد. همچنین مطالعات متعددی نشان دادند سالمندانی که علائم اضطراب را تجربه می‌کنند در قیاس با سالمندانی که اضطراب کمتری دارند، به احتمال بیشتری اختلالاتی در بخشهای مختلف عملکرد شناختی نشان خواهند داد.

تحول ۵۰ ساله در رویکردهای شناختی-رفتاری برای درمان اختلال‌های اضطرابی وسایر اختلال‌های هیجانی وابسته به پدیدآیی درمان‌هایی با کارایی خیلی بالا منجر شده است که بطور فزاینده‌ای مورد پذیرش متخصصان واقع شده است. درمان‌های روانشناختی که از سنت و مکتب شناختی- رفتاری بر آمده‌اند، به‌طور عمده برای درمان اختلال‌های هیجانی انطباق یافته‌اند. تعدادی از این درمان‌های روان‌شناختی اختصاصی برای هریک از اختلالات هیجانی نسبت به درمان‌های دارویی، کارایی یکسانی بلافاصله بعد از درمان داشتند ولی در پیگیری کوتاه مدت و دراز مدت کارایی و اثربخشی بالاتری نشان داده‌اند (۴).

بدلیل پاره‌ای محدودیت‌ها برای درمان‌های شناختی- رفتاری اختصاصی کنونی از جمله ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنما و دستورالعمل‌های درمانی متعدد برای هر یک از اختلال‌ها، مقرون به صرفه نبودن از نظر وقت و هزینه برای متخصصان در استفاده از راهنما، دستورالعمل یا پروتکل‌های درمانی متفاوت وگذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای درمان هر یک از اختلال‌ها، ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار برای متخصصان بالینی و در نهایت پیچیده بودن فرایند انتشار یا تدوین دستورالعمل‌های درمانی برای تهیه‌کنندگان، ضرورت پدیدآیی و انتشار درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند (۱۴).

در طول ۲۰سال گذشته رویکردهای فراتشخیصی رشد روزافزونی داشته است و علاقه به رویکردهای فراتشخیصی برای اختلال‌های روانشناختی و منطق نظری و تجربی برای توجه بیشتر به رویکردهای یکپارچه‌نگر درمانی رو به رشد است. فرض زیربنایی رویکرد فراتشخیص این است که مشترکات همه اختلال‌ها بیشتر از تفاوت‌های آن‌هاست و هدف قرار دادن این ارتباطات کارکردی مشترک در مقایسه با رویکردهای خاص تشخیصی مزایای بیشتری دارد. که این فرضیه دلایل نظری و تجربی قوی دارد که نشان می‌دهد درمان‌های فراتشخیصی و وابسته به تشخیص حداقل می‌توانند تاثیر یکسانی داشته باشند، مخصوصا زمانی لزوم رویکرد فراتشخیص احساس می‌شود که با واقعیت بالینی میزان بالای اختلال‌های همبود در بین مراجعان مواجه می‌شویم. در تعریف مک اووی، ناتان و نورتون[1] (۱۲) «درمان‌های یکپارچه یا فراتشخیصی به درمان‌هایی اطلاق می‌شود که اصول اساسی درمانی مشابهی را برای اختلال‌های روانی بدون طراحی پروتکل برای اختلال‌ها یا تشخیص‌هایی خاص مورد استفاده توجه قرار می‌دهند». مانسل، هاروی، واتکینز و شافرن[2] (۱۱) درمان فراتشخیصی را بعنوان درمانی تعریف می‌کنند «که برای افراد با دامنه وسیعی از تشخیص‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و اجرای کارآمد آن روی دانش اختصاصی مربوط به اختلال خاصی تکیه ندارد». درمان‌های فراتشخیصی برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی خصوصا افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی طراحی شده است و یک درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی متمرکز بر هیجان می‌باشد، با این که ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد،

1.McEvoy, Nathan & Norton
2. Mansell, Harvey, Watkins, and Shafran

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

ولی در تاکید ویژه‌اش بر روی نحوه تجربه و پاسخدهی به هیجانی‌های خود در افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی بی‌همتا و منحصر به فرد است. این درمان بر ماهیت انطباقی و کارکرد داشتن هیجان‌ها تاکید می‌کند و عمدتاً سعی در شناسایی و اصلاح کوشش‌های غیرانطباقی برای تنظیم تجارب هیجانی دارد و به‌واسطه آن پردازش متناسب را تسهیل و پاسخ‌دهی هیجانی نامتناسب به نشانه‌های درونی (احشایی) و بیرونی را خاموش می‌کند (۱۹). اسدی، ابوالقاسمی، بشرپور (۳) در پژوهشی به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی‌شناختی وپردازش هیجانی پرستاران مضطرب پرداختند. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنا داری عامل تاثیرگذار مهمی در بهبود نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و کاهش اضطراب پرستاران شده است.

سانگ، ژانگ و وو[1] (۱۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر وضعیت روانی (اضطراب و افسردگی) و کیفیت خواب بیماران مسن مبتلا به رفلکس معده در طول همه گیری کووید -۱۹ نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند اضطراب و افسردگی را در بیماران مسن مبتلا به بیماری رفلاکس معده در طول همه گیری کووید -۱۹ کاهش دهد و کیفیت خواب آن‌ها را به طور مثبت بهبود بخشد.

ساور - الارد[2] (۸) نیز در پژوهش خود به بررسی استفاده از رویکرد فراتشخیصی و پروتکل یکپارچه به عنوان درمان مکمل در اختلال‌های همایند اضطراب و دو قطبی پرداختند. ایشان در پژوهش خود ۲۹ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را که حداقل همراه با یک اختلال اضطرابی بوده و درمان دارویی را نیز دریافت می‌کند، در ۱۸ جلسه تحت درمان پروتکل یکپارچه (همزمان با درمان دارویی) قرار دادند. نتیجه پژوهش ایشان نشان داد که استفاده از پروتکل یکپارچه به عنوان یک درمان مکمل و به صورت همزمان در درمان دارویی، به نحو بسیار موثرتری منجر به بهبود شاخص‌های اضطراب و افسردگی در بیماران در مقایسه با درمان دارویی صرف می‌شود. یافته‌های ایشان نشان داد که می‌توان از پروتکل یکپارچه به عنوان یک روش درمان مناسب برای اختلال دوقطبی همراه با اضطراب استفاده نمود.

نظر به افزایش جمعیت سالمند کشور و توجه به این امر که مشکلات هیجانی نیز مسائل مربوط به سالمندی را با پیچیدگی بیشتر مواجه می‌سازد و نبود پروتکل مداخله‌ای در این رابطه، پژوهشگران را برآن داشت که پروتکل مراقبتهای روانشناختی ویژه سالمندان را تدوین نمایند. هدف تحقیق حاضر تدوین برنامه مراقبت‌های روان‌شناختی سالمندان و ارزیابی اثربخشی آن در کاهش شدت نشانه‌های مشکلات اضطراب سالمندان بوده و پاسخ به این سوال می‌باشد که آیا برنامه مراقبت روانشناختی سالمندان مبتنی بر فنون و روش‌های فراتشخیصی و فرایندمحور برکاهش شدت مشکلات افسردگی در سالمندان موثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع مطالعات بنیادی-کاربردی بوده و شبه آزمایشی به حساب می‌آید. جامعه آماری پژوهش را کلیه سالمندان دارای علائم اضطراب (جمعیت زیرحد مرضی) مقیم خانه‌های سالمندان شهر تهران در جریان سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش به تعداد ۳۰ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و پس از غربال با توجه به رعایت ملاکهای ورود و خروج پژوهش در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل در انتظار درمان (۱۵ نفر) تخصیص یافتند.

ملاک‌های ورود و خروج: ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دامنه سنی بین۶۵ تا ۸۰ سال، کسب نمره بین ۸ تا ۱۵ در سیاهه مشکلات اضطراب بک، داشتن تحصیلات حداقل دوره ابتدایی و برخورداری از سلامت عمومی بر اساس گزارش پرونده پزشکی. ملاک خروج از پژوهش هم شامل ابتلا به اختلالات عصب شناختی، روانپزشکی و بیماریهای جسمانی مزمن و دریافت درمانهای روانپزشکی و یا رواندرمانی در دو سال اخیر و در زمان انجام پژوهش بود.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر رعایت شده و کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند همچنین این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت، به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشدو برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسش‌نامه‌ها توسط خود پژوهش‌گر اجرا شد.

1.Song, Zhang & Wu
2.Ellard

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

جدول ۱- فرآیند برنامه مراقبت روانشناختی سالمندان

جلسات	مدول	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری ارتباط و آگاهی هیجانی متمرکز بر حال	آشنایی، معرفی برنامه و اهداف آن، مصاحبه انگیزشی، ارائه منطق و تعیین اهداف برای جلسات گروه درمانی، درک و همدلی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان.
دوم	ایجاد آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	بررسی تکلیف، ایجاد آگاهی از ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و ارزیابی مجدد شناختی
سوم	اجتناب هیجانی و رفتارهای ناشی از هیجان	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجانی و مدل ARC. یادگیری مشاهده تجارب هیجانی
چهارم	آگاهی و مدارا بر احساس‌های بدنی	شناسایی نحوه اثرگذاری احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی
پنجم	مواجهه هیجانی درون‌زا و مبتنی بر موقعیت	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS؛ شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین. آگاهی یافتن از منطق رویایی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب، طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
ششم	تعدیل شیوه زندگی و خودمراقبتی (ورزش و تغذیه) و افزایش انگیزه برای سالمندان	ارایه آموزش در مورد تغذیه سالمندان، نقش ورزش ترغیب سالمندان برای انجام ورزش، شناسایی اهمیت رعایت بهداشت شخصی و خواب و استراحت کافی، آموزش روش‌های آرمیدگی عضلانی، تمرکز حواس و تصویرسازی ذهنی جهت تاثیرگذاری مثبت بر سلامت، مدیریت زمان در زندگی، درگیر کردن در فعالیت‌های مشارکتی با کودکان، طبیعت و گردش.
هفتم	مرور جلسات	بررسی تغییرات ایجاد شده و دلایل تغییرات انجام نشده، جمع‌بندی جلسات پیشین، مرور کلی مفاهیم جلسات مشاوره و بحث در مورد پیشرفت‌های سالمندان؛ پیشگیری از عود: شناسایی راه‌های تداوم دستاوردهای جلسات مشاوره و پیش-بینی مشکلات احتمالی.

این مطالعه مصوبه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با شناسه IR. IAU. TABRIZ. REC. 1400.093 را دارا می‌باشد.

ابزارهای پژوهش:

الف) سیاهه مشکلات اضطراب بک (BAI)[1]

پرسشنامه اضطراب بک (۱۲)، به نقل از فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون (۹). یک پرسشنامه خود گزارش دهی برای اندازه گیری شدت اضطراب در بزرگسالان و نوجوانان است، پرسشنامه اضطراب بک، یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از گزینه‌هایی را که نشان دهنده اضطراب اوست، انتخاب کرده و این چهار گزینه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود، بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۶۳ قرار دارد. نقطه برش پیشنهادی برای این پرسشنامه عبارت است از ۰ تا ۷ اضطراب جزئی، ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۵ متوسط، ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید می‌باشد (۵). کاویانی و موسوی (۹) روایی در حدود ۷۲.۰و ضریب پایایی با روش بازآزمایی مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده اند.

ب) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته:

این پرسشنامه توسط محقق برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی نظیر : سن، جنسیت، تحصیلات، طراحی شده بود.

ج) برنامه مراقبت روان‌شناختی سالمندان

نخست فهرستی از روش‌ها و فنون مداخله‌ای روان‌شناختی داری تایید و حمایت از نظر تجربی و اثربخش در اختلالات هیجانی تهیه شد و از بین آن‌ها کارآمدترین و اثربخش‌ترین مداخلات انتخاب و در قالب یک پروتکل اولیه به صورت

1. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

مدول‌هایی تدوین شد. برای هر مدول یا جلسه آموزشی ساختاری شامل اهداف جلسه، محتوای جلسه و تمرین در نظر گرفته شد. پس از تدوین برنامه و قبل از اجرای اصلی آن، روایی محتوایی برنامه آموزشی توسط صاحب‌نظران و متخصصین در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری تحقیق در این مرحله، کلیه اساتید و صاحبنظران حوزه روانشناسی بودند. نمونه حداقل ۷-۵ نفر از صاحب‌نظران با استناد به گال، بورک و همکاران (۱) می‌باشد که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. سپس از صاحبنظران خواسته شد در مورد بسته تهیه شده اولیه، نظرات خود را ارائه دهند و با توجه به نظر اساتید، اصلاحات لازم صورت گرفته و سرانجام بسته آموزشی نهایی تهیه گردید. سپس به بررسی کارایی (اعتبار درونی) و اثربخشی (اعتبار بیرونی) برنامه مراقبت روانشناختی سالمندان پرداخته شد.

پس از انتخاب شرکت‌کنندگان به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی فرم رضایت آگاهانه بصورت کتبی اخذ گردید. در مرحله اول پیش‌آزمون قبل از اعمال مداخله برنامه آموزشی، تمام شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایشی و کنترل در انتظار درمان سیاهه مشکلات اضطراب بک (BAI) را تکمیل کردند و در مرحله دوم یعنی مداخله، مداخله آموزشی در طی ۷ جلسه طبق فرایند برنامه

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو- ویلکز در مورد متغیر پژوهش

متغیر پژوهش	آزمونها	Z	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
اضطراب	پیش آزمون	۰/۷۳۶	۰/۶۵	قبول H_0 (نرمال)
	پس آزمون	۰/۷۴۲	۰/۶۴	قبول H_0 (نرمال)

جدول ۳- نتایج آزمون لون (برای پیش‌فرض برابری واریانس) برای متغیر پژوهش

متغیر	آزمونها	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری	نتیجه آزمون
اضطراب	پیش آزمون	۲/۸۵	۲	۴۲	۰/۱۰	قبول H_0 (همگنی واریانس‌ها)
	پس آزمون	۱/۰۳	۲	۴۲	۰/۳۱	قبول H_0 (همگنی واریانس‌ها)

جدول۴ - بررسی پیش‌فرض همگنی کواریانس‌های متغیر پژوهش

مرحله		آزمون M باکس برای همگنی کوواریانس‌های متغیر وابسته					
		M باکس	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	P	نتیجه آزمون
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۹۰	۱۲	۱۲۶۰۴/۸۴	۰/۱۴	۰/۷۱	قبول H_0 (همگنی)
	کنترل	۲۱/۹۹	۱۲	۱۲۶۰۴/۸۴	۱/۷۰	۰/۰۵	قبول H_0 (همگنی)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری(مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۸	۲	۲۵	۹۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۲	۲۵	۹۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون اثر هتلینگ	۷/۹۵	۲	۲۵	۹۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
آزمون بزرگترین ریشه روی	۷/۹۵	۲	۲۵	۹۹/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه بر روی پس آزمون میانگین نمرات اضطراب دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	توان آماری
اضطراب	پیش آزمون	۱۷۰/۴۶	۱	۱۷۰/۴۶	۲۴۹/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
	گروه	۳۶/۴۱	۱	۳۶/۴۱	۵۳/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
	خطا	۱۸/۴۶	۲۷	۰/۶۸				

مراقبت روان‌شناختی سالمندان (جدول۱)، توسط مداخله‌گر (پژوهش‌گر اول) دارای گواهینامه معتبر تحت نظر اساتید همکار پژوهش برای گروه آزمایشی اعمال گردید و گروه کنترل در انتظار درمان به عنوان لیست انتظار هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در مرحله آخر یعنی مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی و کنترل مجددا از طریق سیاهه مشکلات اضطراب بک مورد آزمون قرار گرفتند. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده های توصیفی از شاخص های آمار توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل استنباطی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته ها

در این پژوهش دو گروه مورد مطالعه از نظر توزیع جنسیت و تحصیلات یکسان بوده و میانگین (انحراف استاندارد) سن در گروه آزمایش ۷۱/۲۰ (۲۳/۷۵) و گروه گواه برابر با ۷۰ (۲۱/۸۱) بود.

داده‌های حاصل از آزمون لِون و شاپیرو-ویلکز نشان داد که باتوجه به اطلاعات حاصل از این آمون و با تأکید بر z به‌دست آمده برای میزان متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. پس می‌توان به این نتیجه رسید که توزیع داده‌های مرتبط با فرضیه‌های پژوهش نرمال است و پیش فرض نرمال‌بودن داده‌ها رعایت شده است و مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بوده‌ایم. (جدول ۲)

همچنین نتایج حاصل از آزمون لون نشان می‌دهد مقدار F آزمون لِوین (تساوی واریانس‌ها) در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. لذا فرض صفر رد نشده و آزمون معنادار نمی‌باشد و تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های نمرات متغیر پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه دیده نمی‌شود. بنابراین فرض یکسانی (همگنی) واریانس‌های نمره‌های دو

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

گروه آزمایش و گواه در متغیر پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد، و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. به این ترتیب یکی دیگر از پیش‌فرض-های آنالیز کواریانس تأیید و مجاز به ادامه تحلیل‌ها و اجرای تحلیل کواریانس بوده ایم. (جدول ۳)

برای بررسی پیش‌فرض همگنی کواریانس‌های متغیر وابسته (نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در دو گروه مورد مطالعه از آزمون M باکس استفاده گردید. طبق نتایج به دست آمده، پیش‌فرض همگنی کواریانس‌ها در متغیر پژوهش برقرار است(جدول ۴).

برای بررسی تفاوت در دو گروه در مورد نمره‌های اضطراب از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. ارزیابی ویژگی داده‌ها نشان دادکه مفروضه آماری همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای مولفه‌های پژوهش (Box's M/۲۶=۲۰ ،P>۰/۰۵) برقرار است و بنابراین برای ارزیابی معناداری اثر چندمتغیری از شاخص لامبدای ویلکز استفاده شد. شاخص لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (۰/۸۸=۲ partial η). به عبارت دیگر، بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های پژوهش تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود دارد (جدول ۵).

برای بررسی اثربخشی برنامه مراقبت‌های روانشناختی بر کاهش شدت علائم اضطرابی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد (F=۵۳/۲۵ و p>۰/۰۰۰۱). به عبارت دیگر، دو گروه دریافت کننده برنامه مراقبت‌های روانشناختی و گروه کنترل در انتظار درمان با توجه به میانگین اضطراب، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۶ می‌باشد، یعنی ۶۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. به این ترتیب نتایج نشان داد که میانگین اضطراب گروه آزمایش برنامه مراقبت‌های روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل در انتظار درمان در پایان آموزش کمتر می‌باشد (P <۰/۰۱) (جدول ۶).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می-شود که برنامه مراقبت‌های روان‌شناختی بر کاهش شدت علائم اضطرابی سالمندان موثر است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش تقی زاده و دالوند (۱۶)؛ لیدلا[1] (۱۰)؛ سانگ، ژانگ و وو[2] (۱۴) و ژو[3] (۱۹) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که برنامه مراقبت‌های روان‌شناختی بر کاهش فرایندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل سبک‌های شناختی پردازش، تمرکز دارد. برنامه مراقبت‌های روان-شناختی سالمندان را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خودنظارتی غیرسودمند و ایجاد سبک‌های سازگارانه قادر می‌سازد و هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در سالمندان است و از اینکه پردازش اطلاعات به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری و تهدید انجام گیرد، جلوگیری می‌نماید. تأکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی-رفتاری و ادغام پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجانی سعی در استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری از قبیل خاموشی، تکنیک‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح شناخت واره‌های غیرانطباقی برای رفع مشکلات افراد مبتلا به مشکلات هیجانی دارد. همچنین برنامه مراقبت‌های روانشناختی می‌تواند از طریق تکنیک آموزش توجه موجب اصلاح سوگیری توجه، و اولویت‌بندی‌های زندگی افراد و در نتیجه بهبود خلق و رفتارهای آن‌ها از جمله رفتارهای سلامت محور مانند خودمراقبتی در آن‌ها شود (۲۰). اضطراب و افسردگی حتی در سطح غیربالینی سبب تغییرات ملموسی در تمرکز، شیوه تصمیم گیری، تغییر اشتها، تغییر در میزان فعالیت و خواب و تغییراتی در احساس ارزشمندی در فرد می‌شود، تغییراتی که به سبب آن در رفتارهای خودمراقبتی فرد سالمند از جمله تغذیه مناسب، فعالیت‌های روزانه متناسب با سن، روابط اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. بهبود در رفتارهای خودمراقبتی در سالمند مضطرب و افسرده می‌تواند به بهبود اضطراب وی کمک نماید.

از محدودیتهای این مطالعه میتوان به این نکته اشاره نمود که با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر بررسی شدت علائم در افراد غیر بالینی بود افراد با نمرات بالا در این شاخص از مرحله تحلیل داده ها کنارگذاشته شدند و اعضای گروه مورد مطالعه را افراد غیر بالینی تشکیل داده اند که بر این اساس لازم است در تعمیم نتایج به دست آمده به گروه بالینی احتیاط شود، اما با در نظر گرفتن این مسئله که نتایج به دست آمده حاصل اجرای این مطالعه در گروه غیر بالینی

1. Laidlaw
2. Song, Zhang & Wu
3. Zhu

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

بـوده، یافتـه هـای بـه دسـت آمـده میتوانـد بـرای محققیـن و درمانگـران حـوزه پیشـگیری بـه خصـوص پیشـگیری هـای اولیـه جهـت اجـرای طرحهـای غربالگـری، مفیـد واقـع گـردد. همجنیـن ایـن پژوهـش در خانـه هـای سـالمندان شـهر تهـران و شـرایط خـاص و ویـژه همـه گیـری کووید ۱۹ انجـام گردیـد کـه پیشـنهاد میشـود عـلاوه بـر اجـرا در جامعههـای دیگـرو در منطقـه جغرافیایـی وسـیع تـر در شـرایط مناسـب عـاری از بحـران نیـز انجـام شـود.

تشکر و قدردانی

پژوهشـگران بـر خـود لازم مـی داننـد کـه از مدیریـت خانـه سـالمندان کـه طـرح پژوهشـی در آن اجـرا شـده و کلیـه شـرکت کننـدگان در پژوهشـی تشـکر و قدردانـی نماینـد .

منابع

1. Abedini Baltork, M. (2020). "Phenomenological Study of the Happiness Themes of Female Faculty Members of Mazandaran University." Quarterly Journal of Women and Society 11(42): 177-206.

2. Association, A. P. (1994). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Washington, DC.

3. Asadi, S., et al. (2016). "The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive failure and emotional processing in anxious nurses." Iran Journal of Nursing 29(102): 55-65.

4. Barlow, D. H., et al. (2016). "Toward a unified treatment for emotional disorders–republished article." Behavior therapy 47(6): 838-853.

5. Beck, A. T., et al. (1996). "Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation." San Antonio, TX: 785-791.

6. Charney, D. S., et al. (2003). "Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life." Archives of general psychiatry 60(7): 664-672.

7. Coyle, J. T., et al. (2003). "Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents." Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 42(12): 1494-1503.

8. Ellard, K. K., et al. (2010). "Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data." Cognitive and Behavioral Practice 17(1): 88-101.

9. Fata, L., et al. (2005). "Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks." Iranian journal of psychiatry and clinical psychology 11(3): 312-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]

326.
10. Kaviani, H. and A. Mousavi (2008). "Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)." Tehran University Medical Journal.
11. Laidlaw, K. (2021). Cognitive behavioral therapy with older people, American Psychological Association.
12. Mansell, W., et al. (2009). "Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT." Journal of Cognitive Psychotherapy 23(1): 6-19.
13. McEvoy, P. M., et al. (2009). "Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions." Journal of Cognitive Psychotherapy 23(1): 20-33.
14. Nathan, A. M. (2009). The impact of executive function skills on writing: A comparison of fifth-grade students with learning disabilities and students with typical development, University of Nevada, Reno.
15. Song, C. Q., et al. (2021). "Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on psychological status and sleep quality of elderly patients with gastroesophageal reflux disease during COVID-19 pandemic." World Chinese Journal of Digestology: 48-52.
16. Tabe Bordbar, F., et al. (2019). "The prediction of death anxiety in the elderly based on personality types and mental health." Aging Psychology 5(3): 239-249.
17. Taghizadeh, M. E. and A. Dalvand (2020). "The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Alexithymia and cognitive impairment in women with Depressive disorder." Shenakht journal of psychology & psychiatry 7(5): 117-129.
18. Tangestani, Y., et al. (2018). "Prediction of Psychological Disorders Based on Meta-cognitive Components in the Elderly of Tehran." International Journal of Behavioral Sciences 12(3): 108-113.
19.Wilamowska, Z. A., et al. (2010). "Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders." Depression and Anxiety 27(10): 882-890.
20.Xie, Y., et al. (2021). "The Effects and Mechanisms of Exercise on the Treatment of Depression." Frontiers in Psychiatry: 1904.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.34.30]