

اثربخشی بهزیستی درمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مراکز روزانه مشهد

نرگس حسین نظری^۱، حمید نجات^{۲*}، محمدرضا صفاریان طوسی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۲۱

خلاصه

مقدمه: احساس تنهایی و اضطراب مرگ دو مسئله اساسی روان‌شناختی است، که در بین سالمندان تجربه می‌شود و بهزیستی-درمانی مداخله‌ای است، که می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بهزیستی-درمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کاربردی و روش آن نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل سالمندان ۶۵ تا ۸۵ ساله، ساکن در خانه سالمندان روزانه نشاط، در شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر از آنان انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و گواه قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایشی در جلسات هفتگی بهزیستی-درمانی شرکت نمودند و در مورد گروه کنترل، مداخله‌ای صورت نگرفت، برای گردآوری داده‌ها از مقیاس احساس تنهایی راسل، پیلاو، فرگوسن (۱۹۷۸) و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس دوطرفه، با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که، مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. اثر تعاملی گروه و زمان بر کاهش نمرات احساس تنهایی ($F=124/70, p<0/001$) و اضطراب مرگ ($F=119/70, p<0/001$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: بهزیستی-درمانی می‌تواند به عنوان یک درمان غیر دارویی، احساس تنهایی و اضطراب مرگ را در سالمندان به طور معناداری کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی-درمانی، احساس تنهایی، اضطراب مرگ، سالمندان

۱- دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: hnejat54@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۵۵۱۴۱۷۹۶

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

مقدمه

سالمندی معمولاً به آخرین دوره چرخه زندگی گفته می‌شود و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سن بالای ۶۵ سال به‌عنوان نقطه شروع سالمندی در نظر گرفته می‌شود [۱]. به نظر می‌رسد که این جمعیت در سال ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست و نه میلیون نفر افزایش پیدا کند که نشان‌دهنده این مطلب است، که هر ۲۵ سال این گروه جمعیتی دو برابر می‌شود [۲]. پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در ایران انفجاری در جمعیت سالمندی رخ دهد [۳]. این افزایش سن باعث شده است تا در حال حاضر سالمندان بیشترین نرخ رشد جمعیتی را در دنیا در مقایسه با سایر گروه‌ها داشته باشند [۴]. یکی از مهم‌ترین مشکلات احساس تنهایی است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند. احساس تنهایی تجربه‌ای ذهنی و آزاردهنده است که گویای کاستی‌ها و کمبودهایی در پیوندهای عاطفی، اجتماعی و میان فردی است [۵]. احساس تنهایی در واقع یک شاخص مهم از سلامت روان است که می‌تواند تأثیر گسترده‌ای برافزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های دوران سالمندی داشته باشد [۶]. احساس تنهایی یکی از نشانه‌های افسردگی و همچنین عاملی مستقل در ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی است [۷] و این موضوع به دلایلی مانند، نقائص جسمانی، از دست دادن نزدیکان و کمرنگ شدن ارتباطات اجتماعی تجربه می‌شود [۷]. شواهد نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است که ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۵۶ سال را (برحسب سن و جنس) تحت تأثیر قرار می‌دهد [۸]. پژوهش‌های موجود در زمینه احساس تنهایی بیشتری معطوف به آسیب‌شناسی روانی است تا عوامل مؤثر در کاهش احساس تنهایی [۱۰].

موضوع دیگری که می‌تواند بر زندگی سالمندان اثرگذار باشد اضطراب مرگ است [۱۱]. اضطراب مرگ اغلب به ترس از مردن خود و دیگران یا دلهره ناشی از تفکر به فرآیند مردن یا عواقب پس از آن گفته می‌شود. (شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ درباره افراد مهم زندگی) [۱۲]. سالمندان سطوح بالایی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند [۱۳]. سالمندان، با کاهش مشارکت اجتماعی و انزوای بیشتر،

تنهایی و غم و اندوه را تجربه کرده که از تبعات آن افزایش اشتغال ذهنی فرد با خود و آغازی بر چرخه‌ی افکار منفی است [۱۴]. اضطراب مرگ از متغیرهای مؤثر بر به‌کارگیری افراطی و بیمارگونه رفتارهای ارتقاء بخش سلامت و عدم به‌کارگیری این رفتارها، است [۱۵].

به همین دلیل ظاهراً بهزیست-درمانی می‌تواند در کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ مؤثر باشد [۱۶]. احساس بهزیستی ذهنی، مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است [۱۷]. بهزیستی درمانی از مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا محسوب می‌شود که اساس آن بر تفاوت بین تفکر مثبت و انتظارات غیرواقعی و همچنین افزایش بهزیستی روان‌شناختی استوار است [۱۸]. بهزیستی-درمانی یک برنامه درمانی سازمان‌یافته، رهنمودی و مسئله-مدار است که بر مبنای الگوی بهزیستی ریف (۱۹۸۹) قرار دارد و هدف آن کمک به بهبود کارکردهای درمان‌جو در شش بعد رشد شخصی، تسلط محیطی، هدفمندی زندگی، خودمختاری، خودپذیری و روابط مثبت با دیگران می‌باشد [۱۹]. روش‌های اصلی در بهزیستی درمانی برای کمک به درمان‌جو شامل: بازسازی شناختی، زمان‌بندی فعالیت‌هایی که احساس تسلط، کنترل و لذت تولید می‌کنند و آموزش جرات-ورزی و حل مسئله است [۲۰]. این درمان، کمک می‌کند تا فرد از سطح آسیب کارکردی به سطح بهینه رسیده و تجربه بهزیستی را در زندگی حال و گذشته پیدا کند [۲۱]. افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند [۲۲]. نتایج مطالعات گویای اثربخشی بهزیستی درمانی برافزایش سلامت روان، کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانی، همچون اضطراب و افسردگی است [۲۳-۲۷].

ایران، کشوری است که با افزایش جمعیت سالمند مواجهه است، بنابراین به‌منظور کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی، پرداختن به سلامت روان افراد سالمند از اهمیت خاصی برخوردار است. احساس تنهایی و اضطراب مرگ، دو پدیده رایج در افراد سالمند است، که می‌تواند تبعات منفی بسیاری داشته باشد، بنابراین باید به دنبال مداخلات مؤثر در این زمینه بود. بهزیستی درمانی مداخله‌ای است که به نظر می‌رسد می‌تواند در این زمینه مؤثر عمل کند، با این وجود

مطالعات مربوط به آن به خصوص در افراد سالمند محدود است. بر همین اساس، مطالعه حاضر، باهدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. طرح مطالعه حاضر دارای مجوز اخلاق از کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد (با کد IR.IAU.MSHD.REC.1399.127) می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام سالمندان ۶۵ تا ۸۵ ساله ساکن در خانه سالمندان روزانه نشاط، در شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بودند در ابتدا با اخذ مجوز و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، نمونه تحقیق (شامل ۳۰ نفر از سالمندان مرکز) با روش هدفمند انتخاب و با جایگزینی تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. به عبارت دیگر پژوهش شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. با توجه به ماهیت روش تحقیق آزمایشی، به منظور کنترل متغیرهای مزاحم و اتفاقات هم‌زمان، پژوهشگر اطمینان یافت که آزمودنی‌ها قبلاً و همچنین در حین اجرای جلسات درمانی، تحت هیچ‌گونه آموزش یا روند درمانی مشابه قرار نگرفته‌اند. سپس، (هر سه گروه) پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، احساس تنهایی راسل، پیلاو و فرگوسن (۱۹۷۸) و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) را به صورت خود گزارشی تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون). در مرحله‌ی بعد گروه آزمایشی در جلسات بهزیستی درمانی (جدول ۱)، (هفته‌ای ۲ روز (شنبه‌ها و سه‌شنبه‌ها)، هر جلسه ۹۰ دقیقه) شرکت نمودند، گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. جلسات مداخله و در محل خانه سالمندان نشاط شهر مشهد انجام شد. پس از اتمام جلسات گروه آزمایشی، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور در مرحله پیش‌آزمون را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. همچنین آزمون پیگیری نیز بافاصله ۳ ماه پس از اجرای پس‌آزمون، در گروه‌ها انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از شروع جلسات مداخله، رضایت

شرکت‌کنندگان جلب و به آنها اطمینان داده شد که مشخصات شخصی محرمانه باقی می‌ماند. شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش، می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه خودآگاه شوند. بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری، چند جلسه آموزشی برای گروه کنترل اجرا گردید. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر (با دقت ۰/۰۵) توان آزمون برابر ۰/۸۰ در سطح اطمینان ۰/۹۵ و $\Delta = 5/5$ محاسبه شد [۲۸]:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

در این مطالعه از پرسشنامه احساس تنهایی و پرسشنامه اضطراب مرگ استفاده گردید:

پرسشنامه‌ی احساس تنهایی: برای اندازه‌گیری احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی Russell و همکاران [۲۹] استفاده شد. این آزمون، شامل ۲۰ ماده است که به منظور اندازه‌گیری تجارب و رفتارهای خود سنجی مرتبط با احساس تنهایی، از جمله تنهایی ادراک‌شده، انزوای اجتماعی و روابط بین فردی مختل شده طراحی شده است. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز=۱، به ندرت، گاهی و همیشه) بوده و دامنه امتیازها بین ۲۰ تا ۸۰ است. نمره هر فرد در این مقیاس با جمع اعداد معرف گزینه‌های منتخب محاسبه می‌شود، نمره بالا بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. پایایی بالایی (هم از نظر ضریب همسانی درونی (دامنه ضریب آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴) و هم از نظر پایایی باز آزمایی در طول دوره یک‌ساله ($r=0/73$) از Russell و همکاران [۲۹] گزارش شده است، همبستگی معناداری نیز میان مواد این مقیاس با سایر ابزارهای اندازه‌گیری احساس تنهایی به دست آمده است، که بیانگر اعتبار همگرایی بالای آن است. Zarei و همکاران در مطالعه‌ای در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ و ضریب باز آزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین آن‌ها روایی صوری و محتوایی این ابزار را مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند [۳۰]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی احساس تنهایی ۰/۸۰ بود.

پرسشنامه اضطراب مرگ: مقیاس اضطراب مرگ ساخته شده توسط Templer در سال ۱۹۷۰، ابزاری برای

اندازه‌گیری اضطراب مرگ است، که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است [۳۱]. این مقیاس پرسشنامه‌ای خود اجرایی و دربرگیرنده‌ی ۱۵ گویه است، که به صورت بله و خیر پاسخ داده می‌شود. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ بوده و کسب نمره بیشتر معرف درجه بالاتر از اضطراب مرگ است. مؤلفه‌های این مقیاس عبارت‌اند از: اضطراب مرگ صرف، عامل عمومی و ترس از درد و جراحی. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند می‌باشد. تمپلر (۱۹۷۰)، ضریب باز آزمایی مقیاس را ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ به دست آورده است. در پژوهش رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰)، برای بررسی روایی همگرا، مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون

مقیاس نگرانی مرگ و پرسشنامه اضطراب آشکار استفاده شد، که ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و مقیاس نگرانی مرگ ۰/۴۰ و اضطراب آشکار ۰/۴۳ به دست آمد. همچنین در مطالعه Bahrani&Rajabi [۳۲] مقیاس اضطراب مرگ در اختیار چند نفر از اساتید قرار داده شد و روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. آن‌ها در بررسی پایایی، مقیاس اضطراب مرگ، ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۳ گزارش دادند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب مرگ، ۰/۷۸ حاصل شد.

پروتکل درمانی: محتوای جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از بسته Fava [۱۹] در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در جدول ۱ به آن اشاره شده است.

جدول ۱- جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از اصول فاوا [۱۹]

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روند جلسات درمانی و توصیف بهزیستی روان‌شناختی و چگونگی ثبت لحظات تجربه بهزیستی در دفتر یادداشت اختصاص داده شده به هر عضو گروه و انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم	گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه‌های احتمالی لحظات بهزیستی و شرح مجدد نحوه نگارش و ثبت وضعیت و تجاری روزانه اعضا در مقیاس صفر تا صد، عدد صفر بیانگر عدم حضور و وجود بهزیستی و عدد یکصد بیانگر حداکثر تجربه بهزیستی می‌باشد.
جلسه سوم	توضیح در مورد شناسایی، تشخیص افکار و باورهایی که منجر به تخریب بهزیستی روان‌شناختی می‌گردند و آموزش گروهی و ارائه تکلیف خانگی انفرادی و فعالیت‌های مرتبط به تک تک اعضا.
جلسه چهارم	بررسی افکار، باورها و نحوه خود نظارتی ثبت شده دفتر یادداشت روزانه افراد گروه به منظور شناسایی دقیق‌تر حوزه‌های بهزیستی افراد که تحت تأثیر افکار و باورها قرار گرفته می‌باشد.
جلسه پنجم	ادامه‌ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می‌شود، ارائه تکلیف طبقه‌بندی شده پیشرفته‌تر و تشویق و ترغیب اعضا در انجام تکالیف روزانه و همچنین، انجام برخی تکنیک‌ها و مداخلات شناخت درمانی توسط درمانگر.
جلسه ششم	ادامه موضوع جلسه قبل و تأکید مجدد بر خود نظارت‌گری و ترغیب مجدد اعضا در جهت جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب خوشایند و فعالیت‌های مطلوب.
جلسه هفتم	در این مرحله درمانگر به شناسایی دقیق‌تری از اختلال عملکرد و یا آشفتگی در هر یک از شش حوزه بهزیستی روان‌شناختی (بر اساس مدل ریف) افراد گروه نموده و به طور اختصاصی در همان حوزه‌های مشکل دار، مداخلات لازم جهت بازسازی شناختی و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی اعضا گروه را انجام می‌دهد.
جلسه هشتم	آموزش مختصر موضوعات تکمیلی و پیشرفته‌تر لازم بر اساس مدل ریف جهت دستیابی به بهزیستی روان‌شناختی بالاتر، مرور و جمع‌بندی پایان جلسات.

یافته‌ها

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، بین گروه‌ها از نظر سن تفاوت معنی‌داری وجود نداشته و گروه‌ها یکسان بودند. آزمون مجذور کای نیز نشان داد، تفاوت معنی‌داری میان دو گروه از نظر جنسیت و تحصیلات وجود ندارد (جدول ۲).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۶ و آزمون Levene، Kolmogorov-Smirnov، Mauchly's sphericity، Box's M و تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در سطح ۰/۰۵) انجام شد.

جدول ۲- توزیع فراوانی و مقایسه مشخصات دموگرافیک در سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان نشاط مشهد در سال ۱۴۰۰

P-value	کنترل	بهزیستی درمانی	متغیرهای دموگرافیک	جنسیت
۰/۲۷۳	۱۰ (۶۷)	۱۲ (۸۰)	زن	

	مرد	۳ (۲۰)	۵ (۳۳)
	۶۵ تا ۷۰ سال	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۷)
سن	۷۵-۷۱ سال	۵ (۳۳)	۳ (۲۰)
	۸۰-۷۶ سال	۱ (۷)	۲ (۱۳)
	زیر دیپلم	۸ (۵۳)	۹ (۶۰)
تحصیلات	فوق دیپلم	۵ (۳۳)	۴ (۲۷)
	کارشناسی و بالاتر	۲ (۱۴)	۲ (۱۴)

پیش فرض‌ها، نتایج آزمون‌های Box's M، Mauchly's sphericity بررسی شد. از آنجایی که آزمون Box's M برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p=0/708$) واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. بررسی نتایج آزمون Mauchly's sphericity نیز نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر احساس تنهایی معنی دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت شده است ($W=0/49$; $df=2$; $p<0/001$). بنابراین از آزمون Greenhouse-Geisser برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد هر یک از مؤلفه‌های پژوهش در مراحل آزمون گزارش شده است. در ادامه با توجه به این که فرضیه‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش طرح آمیخته آزمون شده‌اند، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون Kolmogorov-Smirnov و همگنی واریانس‌های خطا (بوسیله آزمون Levene) در گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov ($p=0/438$) و آزمون Levene ($p=0/137$) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی خطای واریانس‌ها در گروه‌ها بود. برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره احساس تنهایی در دو گروه بهزیستی درمانی و گروه کنترل، از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت

جدول ۳- میانگین (انحراف استاندارد) نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان نشاط مشهد در سال ۱۴۰۰

متغیر	گروه	پیش آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین
احساس تنهایی	بهزیستی درمانی (n=15)	۶۱/۷۵±۳/۸۹	۳۰/۵۵±۳/۹۹	۳۱/۹۵±۴/۱۱
	کنترل (n=15)	۶۰/۹۰±۴/۲۷	۵۸/۵۵±۴/۰۹	۵۸/۷۰±۴/۹۷
اضطراب مرگ	بهزیستی درمانی (n=15)	۱۴/۵۶±۳/۸۱	۵/۱۵±۴/۸۰	۶/۹۴±۴/۲۱
	کنترل (n=15)	۱۳/۸۴±۴/۱۳	۱۲/۶۷±۴/۲۶	۱۲/۹۲±۳/۹۰

۶۹ درصد بود، که مطابق با مقایسه میانگین‌ها در جدول ۲، در مرحله پس آزمون و پیگیری، آزمودنی‌های گروه مداخله نسبت به گروه کنترل میانگین کمتری در این دو متغیر داشتند. جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات میزان احساس تنهایی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح $0/001$ وجود دارد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سطح $0/001$ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که اجرای متغیر مستقل به صورت معنادار، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان را در گروه آزمایش تحت تأثیر قرار داده است. اندازه اثر تعاملی برای احساس تنهایی و اضطراب مرگ به ترتیب ۷۶ درصد و

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سالمندان در مرکز نگهداری روزانه سالمندان نشاط مشهد در سال ۱۴۰۰

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
احساس تنهایی	زمان	۱۲۰/۰۱	۲	۶۰/۰۰	۴۰۲/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان*گروه	۵۴/۱۵	۲	۲۷/۰۷	۱۲۴/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
	خطا	۱۶/۵۰	۶۶/۴۴	۰/۲۴			
	گروه‌ها	۱۷۴۲/۷۹	۱	۱۷۴۲/۷۹	۱۵/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۸
اضطراب مرگ	خطا	۱۱۹۵/۴۸	۲۸	۷۴/۶۱			
	زمان	۸۹/۰۱	۲	۴۴/۵	۳۹۵/۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	زمان*گروه	۳۶/۱	۲	۱۸/۰۵	۱۱۹/۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	خطا	۱۴/۶	۶۳/۳	۰/۲۱			
	گروه‌ها	۱۴۲۹/۸۳	۱	۱۴۲۹/۸۳	۱۷/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۱۹۰۲/۵۲	۲۸	۶۷/۹۲			

دارد و این نمرات در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معنی‌دار کاهش یافته است ($p < 0/001$). بین نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($p > 0/05$).

برای مقایسه زوجی مراحل آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری، تفاوت معنی‌دار وجود

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سه مرحله اندازه‌گیری در سالمندان در مرکز نگهداری روزانه سالمندان نشاط مشهد در سال ۱۴۰۰

متغیر	مراحل مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
احساس تنهایی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۷/۲	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۶/۸	<۰/۰۰۱
اضطراب مرگ	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۵۴	۰/۲۵
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۴/۲	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱۳/۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۶۳	۰/۳۹

بحث

طبق یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر، بهزیستی درمانی در کاهش احساس تنهایی سالمندان اثربخش است. در همین راستا، مطالعه Ramezani و همکاران [۲۳] نشان‌دهنده اثربخشی بهزیستی درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی بود. نتیجه مطالعه Sarabandi و همکاران [۲۴] نیز حاکی از اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و کاهش علائم بالینی آن‌ها بود. یافته مطالعه pirnia و همکاران [۲۶] نشان داد که بهزیستی درمانی بر بهبود شاخص‌های سلامت روان، آسیب روانی و شادکامی افراد

مصرف‌کننده مواد تأثیر داشته است. Golestanifar & DashtBozorgi [۲۷] در مطالعه خود به بررسی اثربخشی دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیر بستری سالمند پرداختند و نشان دادند که هر دو مداخله در افزایش امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی سالمندان مؤثر هستند.

طبق یافته مطالعات موجود، ضعف افراد سالمند در کنترل محیط، روابط مثبت بین فردی و زندگی هدفمند، از مهم‌ترین علل مشکلات روانی آن‌ها (همچون ناامیدی و احساس تنهایی) است [۷]. یکی از دلایل احتمالی اثربخشی بهزیستی درمانی

ممکن است به سادگی باعث چالش و رشد فرد شود؛ اما گاهی اوقات نیز اصلاح تفکر فرد و رسیدن به استانداردهای بهزیستی، ممکن است وقت گیر بوده و به کار و تکرار از روی دفترچه‌ی یادداشت به کاررفته در این درمان، یا استمرار در انجام تکالیف داده شده در جلسات درمان نیاز داشته باشد [۱۹].

یافته‌های این بررسی نشان داد که بهزیستی درمانی در کاهش اضطراب مرگ سالمندان اثربخش است. مطالعات متعددی، سودمندی درمان بهزیستی را در بهبود اختلالات اضطرابی به اثبات رسانیده‌اند. به عنوان مثال، and Fava and Tomba [۱۷] نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که بهزیستی درمانی در افزایش رشد شخصی و انعطاف پذیری روانی و کاهش افسردگی و اضطراب اثربخش بوده و با افزایش شکوفایی و انعطاف پذیری در ارزیابی مثبت از خود، احساس رشد پایدار، اعتقاد به زندگی مثبت و معنی دار، فرایند روابط مثبت با دیگران، توانایی مدیریت مؤثر زندگی و احساس خودتعیین‌گری نقش دارد.

Fava and Ruini نشان دادند که درمان بهزیستی برای کاهش نشانه‌های باقیمانده در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی (افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری- عملی) که تحت درمان دارویی و رفتاری مؤثر بوده است. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی بیشتر درمان بهزیستی نسبت به درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های باقیمانده و افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران بود [۱۸]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در فرایند بهزیستی درمانی فرد، یاد می‌گیرد تا به خودشناسی بیشتر دست یافته و باورهای خود را در مورد دنیا و دیگران اصلاح کند و با مفهوم سازی مجدد هر عمل و روایتی به تعبیر جدیدی از وقایع دست یابد. این درمان فرایند دستیابی فرد به یک ساختار ذهنی و هیجانی سازگارانه را تسهیل کرده و به وی کمک می‌کند تا با اختصاص تعابیر مناسب، به وقایع مختلف زندگی (از جمله بیماری و ناتوانی و تغییر دادن خود) متناسب با مراحل و رویدادهای مختلف، اضطراب کمتر و عواطف مثبت بیشتری را تجربه کند [۱۶]. افراد سالمند در

بر احساس تنهایی، امنیت (این است) که در این روش ابعاد روان شناختی فرد را دربر گرفته و تغییرات متنوعی را در باورها، احساسات و رفتارهای وی ایجاد می‌کند. بهزیستی درمانی به افراد سالمند در پذیرش خود و داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش کمک کرده است [۲۰]. این درمان از طریق به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت بخش، برنامه ریزی فعالیت‌ها و افزایش توجه به احساسات و هیجانات مثبت که به طور عمده در زندگی روزانه افراد مورد غفلت قرار می‌گیرند، سبب کاهش پریشانی‌های روان شناختی می‌گردد. از آنجایی که بازبینی احساس تنهایی مرتبط با خودتنظیمی فرد و سیستم کنترلی اوست، هرگونه نادرستی یا تحریف در بازبینی می‌تواند در افزایش احساس تنهایی سهمیم باشد [۲۳]. بنابراین اختلال یا سوگیری در کارکرد فرد برای مقابله با فشارها ممکن است، در ایجاد اختلال در احساس تنهایی کمک کند و در مدل بهزیستی درمانی که در پژوهش حاضر بکار گرفته شد، انتخاب اجرای راهبردهای کنار آمدن، یک عامل تعیین کننده اصلی در تداوم یا بهبود احساس تنهایی است [۲۱]. روش‌های اصلی در بهزیستی درمانی برای کمک به درمان جو شامل بازسازی شناختی، آموزش جرأت ورزی و حل مسئله و زمان بندی فعالیت‌هایی است که احساس تسلط، کنترل و لذت تولید می‌کنند. دو عامل اساسی در بهزیستی روان شناختی، برخورداری از عاطفه مثبت و روابط بین فردی بهتر است. بهزیستی درمانی با کمک به افراد سالمند برای برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران می‌تواند موجب شود تا آن‌ها از مزایای این ارتباطات در قالب دریافت حمایت عاطفی و روانی برخوردار شوند. از سوی دیگر، بخش‌هایی از پروتکل بهزیستی درمانی گروهی مانند بیان دیدگاه‌های خود در جمع و دریافت بازخورد از اعضا ممکن است موجب اصلاح الگوی رفتاری و شناختی و ارتباطی افراد سالمند در زندگی واقعی‌شان شده باشد. به این ترتیب که دریافت بازخورد از دیگران هنگام بیان نظرات خود، به افزایش ظرفیت در دیدن و پذیرش دیدگاه‌های دیگران کمک کرده و این نیز به نوبه خود بر روابط بین فردی آن‌ها و کاهش احساس تنهایی تأثیر مثبت داشته است [۲۴]. برخی اوقات، صرفاً کشف کردن فرضیات مربوط به بهزیستی

کمبود زمان، محدود شدن جامعه پژوهش به سالمندان مرکز نگهداری روزانه سالمندان، بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بررسی و اطمینان از تداوم اثربخشی روش‌های درمانی خود در بلندمدت، از پیگیری‌های ۶ ماهه و حتی بیشتر استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، بهزیستی درمانی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مؤثر است. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود روانشناسان و درمانگران در مداخلات مربوط به سالمندان از اصول بهزیستی درمانی برای کاهش شدت احساس تنهایی و اضطراب مرگ استفاده کنند.

تعارض منافع

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

سهم نویسندگان

نرگس حسین نظری مفهوم‌پردازی، طراحی مطالعه، نگارش و جمع‌آوری داده‌ها؛ حمید نجات مفهوم‌پردازی، طراحی مطالعه و ویرایش متن و محمدرضا صفاریان مفهوم‌پردازی، طراحی مطالعه و ویرایش متن.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

فرایند بهزیستی درمانی به این موضوع پی بردند که اضطراب مرگ می‌تواند ناشی از یک زندگی بی‌معنا و پوچ و احساس ناتوانی در کنترل امور زندگی و مهار رویدادهای پیرامون باشد [۱۷]. درمان بهزیستی توانایی مواجهه و نگرش افراد سالمند را تحت تأثیر قرار داده و به آن‌ها کمک می‌کند تا با استفاده از شناسایی استعدادها و توانایی‌های خود و تلاش برای شکوفایی آن و ایجاد یک زندگی با معنا و هدفمند بر مشکلات و محدودیت‌ها غلبه کنند؛ و در برخورد با موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بوده، با آرامش و به‌گونه‌ای متفکرانه بر محیطی که در آن زندگی می‌کنند تسلط یافته و آن را بهبود بخشند [۲۱]. این دیدگاه به افراد سالمند می‌آموزد که سبک تبیینی متفکرانه را انتخاب نمایند و بدانند که حوادث ناپایدار بوده و در مورد رویدادهای ناخوشایند به‌صورت سازنده و غیر جبری فکر کنند و با رشد شخصی و تقویت ظرفیت‌های درونی به توانایی‌های خود برای مقابله با مشکلات تنیدگی‌زا اعتماد داشته باشند [۲۳]. بهزیستی درمانی با افزایش توان افراد سالمند در سازگاری با ناتوانی و محدودیت‌های ناشی از پیری، آن‌ها را در مسیر تقویت عواطف مثبت و عزت‌نفس و در نتیجه افزایش درگیر شدن در فعالیت‌های سالم فردی و اجتماعی و همچنین فعال بودن در زمینه بهبودی جسمی و روانی و ارتقای سطح سلامت هدایت می‌کند که این موضوع می‌تواند به بهبود اضطراب مرگ در آن‌ها نیز منجر شود [۲۴].

هر مطالعه و فعالیت پژوهشی در زمان اجرا با محدودیت‌هایی همراه است که لاجرم این پژوهش نیز مستثنا نبوده و با چالش‌ها و محدودیت‌هایی مواجه بوده است، که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به احساس تنهایی و اضطراب مرگ، عدم استفاده از پیگیری‌های طولانی‌مدت (۶ ماهه و حتی بیشتر) به دلیل

References

1. World Health Organization. World health statistics. World Health Organization; 2015.
2. Pourabdol S, Absasi M, Pirani Z, Abbasi M. The Relationship Between life Expectancy and Psychological well-Being with Quality of Life in the Elderly. *Aging Psychology* 2015; 1(1):57-65.[Persian]
3. Mahmoudi F, Khosravi Z, Paivastegar M, Khodabakhsh Pirkalani R. Qualitative evaluation of recovery process in patients with bipolar disorder. *Journal of Research in Psychological Health* 2020; 13(4):29-51.[Persian]
4. Navarrete-Villanueva D, Gómez-Cabello A, Marín-Puyalto J, Moreno LA, Vicente-Rodríguez G, Casajús JA. Frailty and physical fitness in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicins* 2021;

- 51(1):143-60.
5. Lee Y, Ko Y-g. Feeling lonely when not socially isolated: Social isolation moderates the association between loneliness and daily social interaction. *JSPR* 2018; 35(10):1340-55.
 6. Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A systematic review on Technology-Supported interventions to improve old-age social wellbeing: loneliness, social isolation, and connectedness. *Journal of Healthcare Engineering* 2020; 12(3):74-89.
 7. Izadpanah Kakhak M, Samari A, Tozandehjani H. The Role of Loneliness and Positive Meta-emotion in Predicting Life Expectancy of Elderly Men. *IJPN* 2019; 7(4):25-31. [Persian]
 8. Beam CR, Kim AJ. Psychological sequelae of social isolation and loneliness might be a larger problem in young adults than older adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2020; 12(S1):S58-S60
 9. Christensen AV, Juel K, Ekholm O, Thrysøe L, Thorup CB, Borregaard B, et al. Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely. *Heart* 2020;106(2):140-6.
 10. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Josefsson K, Jokela M, et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet Public Health* 2017;2(6):260-6.
 11. Pandya AK, Kathuria T. Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. *Religions* 2021; 12(1):61.
 12. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorder* 2020;74(7):102268-7.
 13. Menzies RE, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *Clinical Psychology* 2019; 58(4):452-67.
 14. Jong J, Ross R, Philip T, Chang S-H, Simons N, Halberstadt J. The religious correlates of death anxiety: A systematic review and meta-analysis. *RBB* 2018; 8(1):4-20.
 15. Menzies RE, Zuccala M, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Anxiety Disorder* 2018;59(3):64-73.
 16. Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *depression and anxiety* 2017; 34(9): 801-8.
 17. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological wellbeing and resilience by psychotherapeutic methods. *Personality* 2009; 77(6): 1903-34.
 18. Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2003; 34(1):45-63.
 19. Fava GA. Wellbeing Therapy: Treatment Protocols and Clinical Applications (translated by H. Nejat). Mashhad: Farangizesh; 2018.
 20. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy Psychosomatic* 2006; 75(6):331-6.
 21. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *JPS* 1995; 69(4):719-27
 22. Diener E, Wirtz D, Biswas-Diener R, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D-w, et al. New measures of well-being. *Assessing well-being: Springer*; 2009, 247-66.
 23. Ramezani AM, Ahadi H, Asgari P, Nejat H. The effectiveness of well-being therapy on loneliness and cognitive emotion regulation in older adults with non-clinical depression. *Journal of Consulting Excellence and Psychotherapy* 2020; 19(1), 519-11.[Persian]
 24. Sarabandi H, Toozandehjani H, Nejat H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy based on Beck's Pattern on Clinical Syndrome and Life Satisfaction in Patients with Major Depression. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2019; 11(1):44-50.[Persian]
 25. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *IJNS* 2011; 48(5):611-9.
 26. pirnia b, rezayi a, rahimian bogar e. On the Effectiveness of Well-Being Therapy in Mental Health, Psychopathology, and Happiness in Methamphetamine-Dependent Men. *CHJ* 2016; 10(37):227-40.[Persian]
 27. Golestanifar S, DashtBozorgi Z. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and

- Well-being Therapy on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients. JRUMS 2021; 20(3):297-312.[Persian]
28. Whitley E, Ball J. Statistics review 4: sample size calculations. Critical care 2002; 6(4):1-7.
 29. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. JPSP 1980; 39(3):472-84.
 30. Zarei S, Memari AH, Moshayedi P, Shayestehfar M. Validity and reliability of the UCLA loneliness scale version 3 in Farsi. Educational Gerontology 2016; 42(1):49-57.
 31. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of general psychology 1970; 82(2):165-77.
 32. Rajabi GH, Bahrani M. Factor analysis of death anxiety scale questions. Journal of Psychology 2002; 5(4), 331-44.[Persian]

The Effectiveness of Well-being Therapy in Loneliness and Death Anxiety Among the Elderly in Mashhad Day Care Centers

Hossein Nazari N¹, Nejat H², Saffarian Tosi M³

1- PhD student, Dept of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran. (Corresponding author)
Email: hnejat54@yahoo.com, Tel: 09155141796

3- Assistant Prof, Dept of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Received: 13 March 2023 Accepted: 10 April 2023

Introduction: Loneliness and death anxiety are two basic psychological problems experienced by the elderly, and well-being therapy is an intervention that can be effective in this case. This study aimed to evaluate the effectiveness of well-being therapy on loneliness and death anxiety in the elderly.

Materials and Methods: This was applied research conducted as quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with a control group.

The statistical population of the study included all elderly people aged 65 to 85 years living in Neshat daily nursing home in Mashhad, 30 of whom were randomly divided into an experimental group and a control group. The members of the experimental group participated in the weekly well-being therapy sessions and no intervention was done in the case of the control group. The Russell, Pilau, and Ferguson (1978) Loneliness Scale and the Templer Death Anxiety Scale (1970) were used to collect data. Data analysis was performed using SPSS software version 26 and two-way repeated measures ANOVA.

Results: The findings showed that the comparison of the adjusted means of loneliness and death anxiety scores in the post-test and follow-up stages increased compared to the pre-test stage.

The interactive effect of time \times group on the loneliness component ($p=0.0001$, $F=124.70$) and on the death anxiety component ($p=0.0001$, $F=119.70$) was significant at the level of 0.01.

Conclusion: Well-being therapy can significantly reduce feelings of loneliness and death anxiety in the elderly as a non-pharmacological treatment.

Keywords: Well-being Therapy, Loneliness, Death Anxiety, Elderly

Please cite this article as follows:

Hossein Nazari N, Nejat H, Saffarian Tosi M. The Effectiveness of Well-being Therapy in Loneliness and Death Anxiety Among the Elderly in Mashhad Day Care Centers. *Community Health journal* 2023; 17 (1): 21-31.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of the Islamic Azad University of Mashhad Branch approved the Research Project. (IR.IAU.MSHD.REC.1399.127)