

Effectiveness of Protocol based on Integrated View on Psychological Distress in Elderly

Hamdam MolaJafar¹, Hamid Pour-Sharifii^{2*}, Farahnaz Meschi³, Hamed Bermas⁴, Boyuk Tajeri³

1.Ph.D. Student in Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2.Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

3.Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

4.Assistant Professor of Educational Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Received: 24 Apr 2017, Accepted: 7 May 2017

Abstract

Background: In the modern societies, the seniors are as one of the growing social groups that according to the age pyramid have increasingly become important. Accordingly, this study was conducted with the purpose of investigating the effectiveness of protocol based on integrated view on reducing psychological distress in the elderly.

Materials and Methods: The type of this study was semi-experimental with pre-test post-test plan along with the control group. The statistical population includes all elderly that referred to Karaj Takht-e Jamshid hospital in the second half of the year 2016. Among them, 30 people were selected in form of available; then, randomly were placed in two 15 people experimental and control groups. Control group were treated based on integrated view protocol (three combination therapies consisting of cognitive- behavioral therapy, spiritual therapy and acceptance and commitment therapy). In this research, the short form questionnaire of psychological distress (DASS) was used for gathering the data in two stages of pre-test and post-test. The data were analyzed by using SPSS19 software and was analyzed by the covariance analysis method.

Results: The results of covariance analysis showed that the protocol based on integrated view has led to the statistical significant difference ($p < 0.05$) between the pre-test and post-test stages in the psychological distress score.

Conclusion: According to the obtained results, the protocol-based on integrated view can be used as a proper and effective treatment method for the reduction of psychological distress in seniors.

Keywords: Elderly, Integrated view, Protocol, Psychological distress

*Corresponding Author:

Address: Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

Email: dr.1scientific1@gmail.com

بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در سالمندان

همدم ملاجعفر^۱، حمید پورشریفی^{۲*}، فرحناز مسچی^۳، حامد برماس^۴، بیوک تاجری^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴. استادیار روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: در جوامع امروزی سالمندان یکی از گروه‌های اجتماعی رو به رشد هستند که با توجه به هرم سنی اهمیت روز افزونی یافتند. از این رو، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ به درمانگاه بیمارستان تخت جمشید کرج مراجعه کردند که از این تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی پروتکل یکپارچه نگر (تلفیقی از سه درمان شناختی- رفتاری، معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) قرار گرفتند. در این پژوهش، برای گردآوری داده‌ها، از فرم کوتاه پرسش‌نامه پریشانی روان‌شناختی (DASS) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ با روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگر منجر به تفاوت معنادار آماری ($p < 0.05$) بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون در نمره پریشانی روان‌شناختی شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان از پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری به عنوان روش درمانی مناسب و موثر در کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان استفاده نمود.

واژگان کلیدی: پروتکل، یکپارچه نگری، پریشانی روان‌شناختی، سالمندان

*نویسنده مسئول: ایران، تبریز، دانشگاه تبریز، گروه روان‌شناسی

Email: dr.1scientific1@gmail.com

مقدمه

سالمندی مهم‌ترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم است. در قرن ۲۱ با پیشرفت تکنولوژی و علوم پزشکی و افزایش امید به زندگی، هم‌چنین کاهش میزان مرگ و میر و باروری منجر به افزایش روند جمعیت سالمند شده است (۱). حدود دو سوم از جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران زندگی می‌کنند (۲). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (۳) هر فرد بالای ۶۵ سال سالمند تلقی می‌شود و دوران سالمندی در سه مرحله طبقه‌بندی شده است، از ۶۵ سالگی تا ۷۵ سالگی را سالمند، از ۷۵ سالگی تا ۹۰ سالگی را پیر و از ۹۰ سالگی به بالا را خیلی پیر در نظر گرفته است. بر اساس تعریف سازمان ملل (۴) کشورهای دارای جمعیت جوان‌گرای هستند که نسبت سالمندان آن زیر ۰/۰۴ باشد، کشورهای دارای جمعیت بزرگسال‌گرای هستند که نسبت سالمندان آن بین ۰/۰۶-۰/۰۴ باشد و کشورهای دارای جمعیت سالخورده‌گرای هستند که نسبت سالمندان آن ۰/۰۷ یا بیش‌تر باشد. در ایران نیز برخی آمارهای رسمی نشان می‌دهد که سالمندان بیش از ۰/۰۷ اعضای جامعه را تشکیل می‌دهند (۵).

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که به نظر می‌رسد در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. پیری‌شناسان می‌گویند، سالمند کسی است که به دلیل کاهش توانایی و قدرت کار، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (۶). امروزه سالمندی یک بیماری محسوب نشده و گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌گردد. پیری واقعیتی است اجتناب‌ناپذیر. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال است، نه زمان تسلیم شدن، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت (۷). از لحاظ فیزیکی، اجتماعی و روانی از آغاز زندگی تا پایان عمر فرصت‌ها و زمینه‌های متعددی برای بهبود و تقویت وضعیت سلامتی افراد در مسیر مسن‌تر شدن باید ایجاد شود و می‌بایست به

نحو شایسته‌ای افراد سالمند مورد حمایت محیطی (فیزیکی و اجتماعی) قرار گیرند (۸). سالمندی دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی آنان مورد تهدید قرار می‌گیرد. این عوامل می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی در سالمندان شود (۹).

پیشانی روان‌شناختی از جمله مشکلات روان‌شناختی است که در سالمندی بیش از مقاطع سنی قبلی خودنمایی می‌کند. پیشانی روان‌شناختی از یک منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می‌کند (۱۰). که شرح کامل آن در زیر بیان شده است، اضطراب عبارت است از واکنش به یک تهدید ناشناخته، درونی، مبهم، ناخوشایند و فراگیر است که اکثر مواقع با علائمی مثل سردرد، عرق کردن، تپش سریع قلب، گرفتگی در قفسه سینه، ناراحتی مختصر در معده و عدم آرامش و بی‌قراری که همگی نشانه‌های آشفتگی در دستگاه عصبی مرکزی هستند، نشان داده می‌شود (۱۱). استرس به معنی فشار یا هر محرکی است که در انسان ایجاد تنش کند و ارتباط معکوس با سلامت جسم و روان دارد (۱۲). هم‌چنین می‌تواند باعث ایجاد سردرد، بی‌خوابی، ضعف سیستم ایمنی، نوسانات خلق و تضعیف تمرکز شود (۱۳) و افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که با ترکیبی از احساس غمگینی، تنهایی، بی‌ارزشی، ناامیدی، پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال در خواب، خودکشی و حتی علائم روان‌پریشی همراه است و در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر، حدود ۱۷ درصد را داشته است (۱۴).

برای کاهش مشکلات روانی سالمندان در زمینه بهداشت روان، خدمات حرفه‌ای متنوعی وجود دارد. این خدمات طیفی از روان‌درمانی‌های گروهی و فردی را شامل می‌شود که از میان مداخلات انجام شده برای سالمندی، با توجه به اثربخشی و نیز به لحاظ وسعت استفاده، می‌توان به

درمان شناختی رفتاری (CBT) در افسردگی و اضطراب سالمندان (۱۵)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب سالمندان (۱۶) درمان معنویت درمانی در اضطراب (۱۷) و افسردگی سالمندان (۱۸) اشاره کرد. بنابراین پژوهش گر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روانشناختی سالمندان اثربخش می باشد؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر هدف و نتیجه کاربردی از نوع مطالعات مداخله ای نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل خواهد بود و از نظر محتوا کاربردی و مقایسه ای است.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد ۶۵ سال و بالاتر از آن است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ در کلینیک بیمارستان تخت جمشید کرج برای انجام چکاپ های روتین مراجعه کرده اند. با توجه به محدود بودن جامعه آماری و با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره، گروه آزمایش که تحت درمان پروتکل یکپارچه نگر که تلفیقی از سه درمان (شناختی- رفتاری، معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) است و توسط محقق ساخته شده و روایی محتوایی آن مورد تأیید است، قرار گرفتند ولی در ابتدا به علت عدم همکاری سه نفر از افراد گروه آزمایش، تعداد افراد به ۱۲ نفر تقلیل یافت و ۱۵ نفر در گروه دوم- گروه کنترل- جایگزین شدند.

معیارهای ورود افراد برای انتخاب در پژوهش شامل موارد زیر است: سالمندان ۶۵ سال به بالا با حداقل سواد خواندن و نوشتن که قادر به تکمیل و مشارکت در جلسات بوده، هم چنین ساکن کرج بوده و آمادگی و رضایت برای مشارکت در پژوهش را داشته باشند. ملاک های خروج در این پژوهش مربوط به افرادی است که مبتلا به اختلالات شدید روانی یا بیماری های مزمن جدی و پیشرفته مانند سرطان بوده، افرادی که هم زمان تحت

مداخلات روان شناختی یا دوره های آموزشی خاص قرار داشتند که ممکن است ایجاد تغییرات به دلیل مداخلات دیگر باشد (که در این پژوهش شرکت داده نشدند) و هم چنین افرادی که بیش از سه بار در جلسات حاضر نشدند از فرآیند پژوهش حذف شدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی پس از برگزاری پس آزمون، اعضای گروه کنترل نیز به تعداد هشت جلسه به محل مذکور مراجعه کردند و مورد آموزش قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از ابزارهایی به شرح زیر استفاده گردید.

الف: پرسش نامه ویژگی های جمعیت شناختی:

این پرسش نامه حاوی اطلاعاتی هم چون سن، جنسیت، سطح تحصیلات و سطح درآمد می باشد.

ب: پرسش نامه پریشانی روان شناختی (DASS):

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش نامه پریشانی روان شناختی DASS است. فرم کوتاه پرسش نامه پریشانی روان شناختی DASS دارای ۲۱ عبارت که براساس لیکرت می باشد. این مقیاس برای ارزیابی حالت های عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس طی یک ماه گذشته طراحی شده است (۱۹) که دارای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است که هر مقیاس شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. در نسخه فارسی پایایی بازآزمایی سه عامل به ترتیب ۰/۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۰).

در این پژوهش پروتکل یکپارچه نگر محقق ساخته که تلفیقی از سه درمان (شناختی- رفتاری، معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) است، طی هشت جلسه یک و نیم ساعته و هر هفته دو جلسه تشکیل شده است. در زیر مراحل اجرای درمان به تفکیک جلسه های آموزشی ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل اجرای درمان به تفکیک جلسه‌های آموزشی

تعداد جلسات	موضوع جلسه	درمان شناختی رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنویت درمانی
جلسه اول	معارفه و چارچوب بندی مشکلات	آموزش مدل CBT	آموزش مدل ACT	آموزش مدل معنویت درمانی
جلسه دوم	بیخوابی	آموزش بهداشت خواب، کنترل محرک و محدودیت در خواب	بهره گیری از پذیرش	بهره گیری از بارش فکری با تاکید بر نیایش
جلسه سوم	فراموشی	استخراج افکار مرتبط با فراموشی و چالش با آنها	پذیرش افکار مرتبط با فراموشی	ارائه لیستی از راهکارهای مقابله معنوی و بحث گروهی پیرامون آنها
جلسه چهارم	افسردگی	فعال سازی رفتاری و چالش با افکار	ارزش گذاری مجدد	بهره مندی از معنویت با تاکید بر توکل
جلسه پنجم	اضطراب	استخراج افکار مرتبط و بهره مندی از دو تکنیک ماشین زمان و سوئو زبان	آموزش ذهن آگاهی	بارش فکری و تاکید بر امور کنترل پذیر - کنترل ناپذیر
جلسه ششم	ارتباطات اجتماعی	آموزش انواع حمایت اجتماعی، ارزیابی حمایت اجتماعی	تاکید بر ارزش گذاری در روابط اجتماعی	بهره مندی از معنویت با تاکید بر نوع دوستی و صله رحم
جلسه هفتم	مشکلات جسمانی	بهره گیری از تکنیک حل مسئله و چالش با افکار	ناامیدی سازنده	بارش فکری و تاکید بر شکرگذاری
جلسه هشتم	جمع بندی و مرور جلسات			

تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیر سن نشان نداد (t: -1/14 df= 25 p>0.05).

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار دو گروه را در دو شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. داده‌های توصیفی به دست آمده در جدول ۲ حاکی از این است که میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون یکسان نیست و تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند؛ به طوری که نمره‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی پریشانی روان‌شناختی کاهش یافته است. برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنی‌دار از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که ابتدا لازم بود مفروضه‌های کوواریانس مورد بررسی قرار گیرند. همگنی شیب‌های رگرسیون پریشانی روان‌شناختی، استرس، افسردگی و اضطراب بررسی شده و به ترتیب برابر است با (F=1.32)، (F=0.24)، (F=0.99) و (F=1.16) که در سطح آلفا بیش‌تر از ۰/۰۵ قرار دارند و نشان می‌دهد مفروضه‌های همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرها در دو گروه آزمایشی و کنترل برقرار است. همچنین پیش‌فرض

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی با استفاده از تعداد فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار توصیف شده‌اند. در بخش آمار استنباطی، از آزمون تحلیل کوواریانس به منظور تعدیل پیش‌آزمون و کنترل اثرات آن بر نتایج پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۳۰ نفر از سالمندان در دو گروه آزمایش (پروتکل مبتنی بر یکپارچه‌نگری) و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل بودند. بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ۷۵/۴۷- و ۶/۹۰- کمینه و بیشینه سن ۶۵ و ۸۶ سال بود. در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سنی ۷۵/۷۲- و ۴/۹۷- کمینه و بیشینه سن ۶۷ و ۸۱ سال بود. آزمون T مستقل نیز

(اضطراب، افسردگی و استرس) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان داد که ۰/۸۲ سطح تفاوت دو گروه مربوط به مداخله پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری است. با توجه به مندرجات جدول ۳ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پریشانی روان شناختی برابر با ۱۱۴/۰۵۹، در استرس برابر با ۷۲/۲۱، در افسردگی برابر با ۵۴/۸۱ و در اضطراب برابر با ۱۱۷/۹۴ است، که در سطح آلفا کمتر از ۰/۰۵ بوده و معنی دار هستند و نشان می دهد رابطه معناداری بین همپراش با متغیر وابسته و متغیر مستقل وجود دارد.

تساوی کوواریانس ها نیز با آزمون لوین بررسی گردید. نتایج نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها برقرار می باشد.

برای آزمودن این فرض که پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان شناختی تاثیر دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۳، آورده شده است. مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p \leq 0.05$ تفاوت معنی داری وجود دارد، بنابراین فرضیه پژوهش حاضر تأیید می شود. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته

جدول ۲. جدول اطلاعات توصیفی مراحل پژوهش به تفکیک گروه های آزمایشی و کنترل

مرحله آزمون	گروه	آزمون شاپیرو ویلک	میانگین	انحراف معیار	خطی بودن
پیش آزمون پریشانی روانشناختی	آزمایشی	۰/۹۳	۳۵	۶/۵۰	*۴۶۶۱
	کنترل	۰/۹۱	۳۲/۲۰	۷/۳۸	
	آزمایشی	۰/۸۷	۳۳/۴۴	۷/۰۲	
	کنترل	۰/۹۶	۲۹/۰۸	۶/۵۴	
پیش آزمون استرس	آزمایشی	۰/۹۲	۳۱/۸۷	۶/۰۲	*۴۵۶
	کنترل	۰/۹۲	۳۰/۶۳	۶/۲۶	
	آزمایشی	۰/۹۳	۱۸/۹۲	۲/۱۵	
	کنترل	۰/۹۱	۱۷/۸۷	۲/۸۰	
پیش آزمون افسردگی	آزمایشی	۰/۸۷	۱۸/۳۳	۲/۵۴	*۵۲۳
	کنترل	۰/۹۱	۱۰/۵۰	۲/۳۵	
	آزمایشی	۰/۹۱	۱۷/۵۳	۳/۷۰	
	کنترل	۰/۹۰	۱۴/۴۱	۴/۷۳	
پیش آزمون اضطراب	آزمایشی	۰/۸۹	۱۳/۸۳	۲/۳۶	*۶۲۱
	کنترل	۰/۹۴	۱۲/۸۷	۳/۰۴	
	آزمایشی	۰/۸۸	۱۳/۳۰	۲/۷۵	
	کنترل	۰/۹۰	۷/۵۸	۲/۰۲	

*p<0.05

جدول ۳. جدول آزمون کوواریانس پریشانی روان شناختی، استرس، افسردگی و اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	مجذور جزئی ایفا
پیش آزمون پریشانی روانشناختی	۸۰۸۵۲	۱	*۱۱۴۰۰۵۹	۰۸۲
گروه	۱۶۳۲۸	۱	*۳۳۰۰۳	۰۴۹
پیش آزمون استرس	۱۸۹۶۸	۱	*۷۲۲۱	۰۷۵
گروه	۴۲۵۹۷	۱	*۱۶۲۰۱۶	۰۸۷
پیش آزمون افسردگی	۱۲۱۹۳	۱	*۵۴۸۱	۰۶۹
گروه	۲۳۱۵۲	۱	*۱۰۴۰۰۸	۰۸۱
پیش آزمون اضطراب	۱۲۲۸۵	۱	*۱۱۷۰۹۴	۰۸۳
گروه	۱۸۳۲۸	۱	*۱۷۵۰۹۶	۰۸۸

* p<0.05

بحث

هدف این پژوهش بررسی تاثیر پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر پریشانی روان شناختی در سالمندان بود. یافته‌ها نشان داد که اجرای پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری می‌تواند موجب کاهش پریشانی روان شناختی سالمندان شود. در خصوص اثر بخشی مدل پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان شناختی سالمندان پژوهشی یافت نشد. بنابراین پژوهش‌های مربوط به تاثیر مداخلات درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر کاهش پریشانی روان شناختی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و این یافته با یافته‌های پژوهش باررا و همکاران (۲۱)، قمری کیوی و همکاران (۲۲)، فورمن و همکاران (۲۳)، آلیشیا و همکاران (۲۴)، آنونزیت، گرین و مارکس (۲۵)، سویم و همکاران (۲۶)، بلازر (۱۸)، فنو و مالکولم (۲۷)، محمدی (۲۸)، همسو و همخوان بوده است.

پریشانی روان شناختی از جمله مشکلات روان شناختی است که در سالمندی بیش از مقاطع سنی قبلی خودنمایی می‌کند. پریشانی روان شناختی از یک منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می‌کند (۱۰). از نظر دورند و بالو، پریشانی روان شناختی شامل استرس، اضطراب و افسردگی است که بر اساس میزان کنترل فرد بر پیرامونش تعریف می‌شود. از نظر آن‌ها، فرد زمانی دچار استرس می‌شود که نتواند با یک موقعیت کنار بیاید (۲۹). سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب و استرس بیش تری قرار دارند (۳۰).

هم‌چون گروه‌های سنی دیگر، برخی اوقات افکار فرد سالمند موجب رنج وی و تجربه هیجانات منفی و در نهایت رفتارهای ناکارآمد می‌شود که می‌توان به تغییر افکار به عنوان یک مولفه اساسی در درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد (۳۱). براین اساس آلیشیا و همکاران (۲۴) نشان داده‌اند

که درمان شناختی رفتاری در کاهش پریشانی روان شناختی مؤثر است. در همین زمینه پژوهش جانی و همکاران (۳۲)، در بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب استرس نشان دادند درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب سالمندان مؤثر بوده است، هوفمن و همکاران (۳۳) نیز بر روی سالمندان کار کرده‌اند و در پژوهش خود با هدف اثر بخشی درمان شناختی رفتاری فرا تحلیل به این نتیجه رسیده‌اند که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمانی شکل و استرس سالمندان نقش دارد؛ بنابراین این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر پریشانی روان شناختی هم‌سو است. هم‌چنین معنویت درمانی فاکتورهایی هم‌چون توکل، نوع دوستی، قدردانی، شکرگذاری و نیایش را دارد که در جهت ارتقا سلامت، افزایش تحمل و سازگاری با استرس‌ها و رهایی از احساس تنهایی سالمندان می‌تواند کمک کننده باشد (۳۴). در پژوهش فنو و مالکولم (۲۷) در بررسی معنویت درمانی در افراد سالمند به این نتیجه رسیدند که این مداخله رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی سالمندان را افزایش می‌دهد. بلازر (۱۸)، در پژوهش خود بر مذهب، معنویت و افسردگی نشان داد، معنویت درمانی می‌تواند خلأهای روحی انسان را پر کند و باعث کاهش افسردگی شود. محمدی (۲۸) به پژوهشی در رابطه با اثر معنویت درمانی بر افسردگی زنان سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان پرداخت که مشخص شد معنویت درمانی به عنوان یک مداخله توانبخشی می‌تواند سبب بهبود زنان سالمند مبتلا به افسردگی شود. هم‌چنین در مطالعه‌ای توسط محمدی و همکاران (۳۵)، که در جهت بررسی اثربخشی آموزش گروهی توکل به خدا بر افسردگی ۵۰ سالمندان مرد مقیم آسایشگاه انجام شد، مشخص شد باور معنوی توکل به خدا بر کاهش افسردگی سالمندان مؤثر بوده است. بنابراین عوامل موجود در مدل معنویت یافته‌های این پژوهش را تبیین می‌کند. گاهی مواقع نیاز است تا فرد سالمند شرایط جدید زندگی‌اش را بپذیرد و با آن کنار بیاید و یا اهداف و ارزش‌های زندگی خود را دوباره

اثربخشی این پروتکل بر سایر مولفه‌های روان‌شناختی نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله از بخشی از پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت اقتباس شده است. پژوهشگران این پژوهش از مسئولین کلینیک بیمارستان تخت جمشید که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- 1-UNFPA. Aging in the twenty first century: Report. Acelebration and challenges.[Updated 2014 May 16; cited 2016 Jul 9] www.unfpa.org/publication/aging-twenty-first-century.
- 2- Karami z, Golmohamadi R, Heydari A, Heydari moghadam R. The effect of daylight on mental health of the elderly. J Ergonomics Human Factors Engineering Iran. 2014; 1(2):49-55.
3. Word Health Organization.(WHO). Ageing and Life Course.[Updated 2015 May 16; cited 2017 Mar 9]. Available at:<http://www.who.int/ageing/en>. Accessed Apr 4.
4. United Nations Publications(UNP),Ageing and Health.[Updated 2015 May 16; cited 2017 Mar 9]. Available at: www.un.org/publications.
5. Hajilo N, Jafari E. The relationship between spiritual well-being and satisfaction with life expectancy in the elderly. Psychology and Religion.2015; 2(4-28):79-89 .
6. Richard Schulz, Hans-Werner Wahl, Judith T. Matthews, Annette De Vito Dabbs, Scott R. Beach, Sara J. Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. Czaja Gerontologist. 2015; 55(5): 724-734. doi: 10.1093/geront/gnu071
7. Feng Z, Jones K, Wang WW. An exploratory discrete-time multilevel

تعریف کند، در این مرحله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کمک کننده باشد(۳۶). مطابق پژوهش آنونزیت و همکاران(۲۵) در بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب، مداخله منجر به کاهش افسردگی و اضطراب شده است. هم‌چنین بر اساس یک مطالعه فراتحلیل که توسط سویم و همکاران(۲۶) انجام پذیرفت، مشخص شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و انعطاف پذیری روان‌شناختی نقش دارد. بنابراین پژوهش‌های موجود در این حوزه نیز یافته‌های پژوهش حاضر را تبیین می‌کنند.

لذا می‌توان نتیجه گرفت، پروتکل مبتنی بر یکپارچه‌نگری به سالمندان این امکان را می‌دهد تا راهکارهایی را برای کاهش دادن یا کنار آمدن با مشکلات این دوره سنی مانند بی‌خوابی، فراموشی، دردهای جسمانی که می‌تواند موجب ایجاد یا تشدید مشکلات روان‌شناختی هم‌چون افسردگی، اضطراب یا استرس باشد را بیابند. از این رو پیشنهاد می‌گردد از پروتکل مبتنی بر یکپارچه‌نگری با توجه به چند وجهی بودن و داشتن نگاه جامع به درمان افراد سالمند در برنامه‌های درمانی جاری کشور در نظر گرفته شود. از محدودیت‌های قابل ذکر در این پژوهش عدم انجام مرحله پی‌گیری به دلیل محدودیت زمانی بود. لذا برگزاری این نوع درمان و صرف وقت برای سالمندان و آموزش آن‌ها می‌تواند منجر به پیامدهای مطلوب درمان نظیر کاهش افسردگی، اضطراب و به عبارتی دیگر، افزایش و بهبود سبک زندگی سالمند شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان موثر است. بنابراین می‌توان از این پروتکل که از سه رویکرد شناختی رفتاری، مبتنی بر تعهد و پذیرش و معنویت تشکیل شده است در جهت کاهش آلام و مشکلات سالمندان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس در مراکز درمانی سود جست و هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی

- deficits:a systematic review. *Int J geriatr psychiatry*. 2015; 30(3): 223-233. doi: 10.1002/gps.4239.
- 16 Landy L, Rebecca LS, Arch J. Acceptance and commitment therapy for the treatment anxiety disorder:Aconcise review.J current opinion psychology. 2015;2:70-74. doi:10.1016/j.copsyc.2014.11.004
- 17.Li F, Malcolm K. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on help,life satisfaction and spiritual well-being in elderly with mind and moderate dementia. *J Geriatr psychiatry*.2015; 31:120-127.doi: 10.1002/gps.4300
18. Blazer, D. Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *American Journal of Psychiatry*.2012;169(1): 10-12. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11091407.
19. Szabo M. The short version of the Depression Anxiety Stress Scales(DASS-21):Factor structure in a young adolescent sample. *J Adolesc*. 2010: 33(1):1-8.PMID:19560196.
20. Hasani J.The psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*.2010; 2(3):73-84.
21. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(2): 346-58.doi: 10.1016/j.cbpra.2011.05.007
22. Ghamari H, Zahed babolan A, Fathi D. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety of death in elderly men mourn. *J Geriatric Nursing*.(2015).1(4):60-69.
- 23.Forman EM, Goetter EM, Herbert JD, Park JA. Long- Term follow- up of a Randomized controlled Trial comparing Acceptance and commitment Therapy and Standard Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *J Behavior Therapy*.2012; 43: 801-811.doi: 10.1016/j.beth.2012.04.004
- analysis of the effect of social support on the survival of elderly people in China. *Soc sci med (1982)*. 2015;130:181-189. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.020.
8. Estebarsari F, Taghdisi MH, Rahimi Foroushani A, Eftekhar Ardebili H, Shojaeizadeh D. An Educational Program Based on the Successful Aging Approach on Health-Promoting Behaviors in the Elderly: A Clinical Trial Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(4):e16314. doi:10.5812/ircmj.16314.
9. Onunkwor OF, Al-Dubai SAR, George PP, et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14:6. doi:10.1186/s12955-016-0408-8.
10. Paramjeet R, Singh H. Screening of psychological distress in cancer patients during chemotherapy Across-section of study. *J palliative care*. 2015;3:305-310.doi: 10.4103/0973-1075.164887
- 11 Sadook B,Sadook V, Roez P. Summary Kaplan and Sadook psychology. Translated by Mehdi Ganji. Tehran. Savalan publications;2015.
12. Rohit Verma, Yatan Pal Singh Balhara, Chandra Shekhar Gupta. Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Ind Psychiatry J*. 2011 Jan-Jun; 20(1): 4-10. doi: 10.4103/0972-6748.98407
13. Cindy M. de Frias, Erum Whyne. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging Ment Health*. 2015 Mar 4; 19(3): 201-206. doi: 10.1080/13607863.2014.924090
14. Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping Mindfulness Facets onto Dimensions of Anxiety and Depression. *Behavior therapy*. 2013;44(3):373-384. doi:10.1016/j.beth.2013.02.001.
15. Simon SS, Cordás TA, Bottino CM. Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive

- inactive elderly women in Isfahan. *J Rehabilitation Medicine*.2015; 2(3):82-88.
31. Esazadeh A, Sheykhi S, Hafezniya M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the style and quality of life of patients with hypertension. *Oromiyeh Medical Journal*.2013;24(8):583-592.
32. Jani, S., Molae, M., Jangi, S., & Poursmali, A. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Beliefs on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients, Ilam. *J Medical Sciences*. (2014). 2(5): 94-100
33. Hofmann S, Asnanni A, Vonk J, Sawyer A, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *J cognitive therapy*. 2012; 36(5): 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
34. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the sense of spiritual well-being. *J Medical Ethics*.2011: 4: 105-112 .
35. Mohamadi H, Moziri A, Vahedi N, Hasan por A. Iranian *J ageing*.2015;10(37):167-199.
36. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*.2013; 44:180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
24. Alishia D, Williams J, Gavin A. The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behavior Research Therapy on Sciverse*.2013;15(7): 99-103. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.005
25. Annunziante A, Green D, Maex B. Acceptance and Commitment Therapy for depression and anxiety. *Encyclopedia of mental health*. 2th ed. St;2016.
26. Swaim J, Hancock K, Dixon A, Bowman J. Acceptance and commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *J Contextual Science*.2015; 4(2): 73-85. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.02.001
27. Fenwu L, Malcolm K. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International journal of Geriatric psychiatry*.2016; 31(2): 120-127. PMID:25965388
28. Mohamadi SH. Effect of Spirituality on Depression in Elderly Women Residing in Nursing Homes. *J Clinical Psychology*.2013;2(12):71-82.
29. Khoshnevisan Z, Afroz GH. The relationship between self-efficacy, depression, anxiety and Stress. *University of Medical Sciences Kerman*.2011;5(2):73-80.
30. Arman M. Compare rates of depression, anxiety and stress active and