

میزان در جمعیت زنان بیش‌تر گزارش شده است و پیش‌بینی می‌شود، این رقم تا سال ۱۴۱۰ به ۱۹٪ برسد (۴).

سالمندی علاوه بر ابعاد جسمانی، با ابعاد روان‌شناختی- اجتماعی از جمله تنها بودن، ادراک تنهایی و در نظر گرفتن خود به عنوان فردی غیرمهم و غیردوست داشتنی نیز همراه است (۵). مسأله احساس تنهایی (Loneliness) یکی از مهم‌ترین مشکلات آسیب‌زا در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند و تجربه فردی ناخوشایند، منفی، عذاب‌آور و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، ناامیدی، افسردگی و اضطراب می‌شود (۶).

احساس تنهایی در واقع، یک شاخص مهم از سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است که تأثیر گسترده‌ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های روانی و جسمانی دوران سالمندی دارد (۷). شواهد حاکی از این است که ۲۰ تا ۴۰٪ از افراد مسن گزارش کرده‌اند که دچار احساس تنهایی هستند، همچنین ۵ تا ۷٪ نیز احساس تنهایی دایمی یا شدید را گزارش نموده‌اند (۸). این احساس و درد تنهایی پیش‌بینی‌کننده افسردگی، کاهش فعالیت جسمی، اختلال کارکرد در شناخت مانند شروع دمانس، خواب آشفته، افزایش مقاومت عروق و فشارخون است (۹). این وضعیت نامطلوب و پیامدهای مضر آن در طول زندگی ادامه دارد (۱۰). بر این اساس، بهبود شرایط زندگی این زنان سالمند مستلزم افزایش مراقبت‌های بهداشتی از آن‌ها و صرف هزینه و توجه است (۱۱). در این بین، مقابله با احساس تنهایی یکی

از عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت زندگی زنان سالمند است (۱۲). Blazer در پژوهش خود به این نتیجه رسید که انزوا و تنهایی اجتماعی، مهم‌ترین نگرانی‌های بهداشت عمومی در کشورهای با درآمد بالا است و تقریباً یک چهارم افراد مسن این جوامع از نظر اجتماعی منزوی هستند. این در حالی است که ۳۵٪ از بزرگسالان ۴۵ سال و بالاتر نیز احساس تنهایی می‌کنند. همچنین، انزوا و تنهایی اجتماعی خطر مرگ و میر را افزایش می‌دهد (۱۳).

علی‌کرمی و همکاران نشان دادند تجربه تنهایی برای بسیاری از زنان مشارکت‌کننده در پژوهش ناراحت‌کننده است، ولی آنان برای جلوگیری از بروز اختلافات خانوادگی، همچنین حفظ عزت نفس خویش، سربار دیگران نبودن، عدم تمایل به زندگی در کنار دیگران و عدم ازدواج مجدد، تنهایی را بر می‌گزینند (۱۴).

سالمندان با برنامه‌ریزی مناسب می‌توانند از دوران سال‌خوردگی شاد و مولد لذت برده و به عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شوند. از جمله این برنامه‌ریزی‌ها می‌توان به انواع روان‌درمانی‌ها اشاره کرد که در زمینه بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان اجرا می‌شود. به عنوان مثال می‌توان از واقعیت‌درمانی، معنادرمانی و درمان وجودی نام برد (۱۵).

با توجه به مطالب بالا، حالت روان‌شناختی و فشارهای روانی سالمندان می‌تواند بر بیماری‌های جسمی آنان تأثیرگذار باشد و رشد آن را تسریع کند (۱۶)، لذا مشاوره و روش‌های روان‌درمانی متفاوتی برای تسکین آلام و بهبود سلامت

به طور کلی، با این که پژوهش‌های زیادی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای روان‌شناختی انجام گرفته است، اما پژوهش‌ها کم‌تر به اثربخشی آن بر روی احساس تنهایی به طور خاص در جامعه سالمندان پرداخته‌اند و با توجه به این که امروزه افراد سالمند علاوه بر درمان‌های دارویی و کمک گرفتن از تیم‌های پزشکی نیازمند درمان‌های روان‌شناختی برای توانمندسازی، ارتقای سلامت استقلال هستند و نیز با توجه به قابلیت اجرای ساده‌تر درمان‌شناختی و رفتاری مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی زنان سالمند انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفته است. نمونه‌های پژوهش شامل ۶۰ نفر از زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خمینی شهر بودند که به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی بلوکی با سایز ۶، به گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تخصیص داده شدند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول ذیل و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۰ و براساس مطالعه قدم‌پور و همکاران (۱۸)، و میانگین نمره کل احساس تنهایی در گروه مداخله ۱۸ و در گروه کنترل ۷ (بعد از انجام مداخله)، با انحراف معیار نمره کل احساس تنهایی ۱۱/۴۳ و ۱۱/۱۲ به ترتیب در گروه مداخله و کنترل، حجم نمونه اولیه در هر گروه ۲۳ نفر به دست آمد. با در نظر گرفتن

روانی و غنی‌سازی زندگی سالمندان به کار برده شده است. یکی از درمان‌هایی که در چند سال اخیر متداول بوده است و در کاهش احساس تنهایی و ایجاد امید می‌تواند مؤثر باشد درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) است (۱۵). رفتار درمانی شناختی (CBT) در واقع ترکیبی از نظریه و پژوهش‌هایی است که در مورد فرآیندهای شناختی صورت گرفته است. رفتار درمانگران شناختی به وقایع درونی- افکار، ادراک‌ها، قضاوت‌ها، گفتگو با خود و حتی پیش‌فرض‌های نهان (ناهشیار) توجه می‌کنند و برای فهم و تغییر رفتار آشفته آشکار و پنهان، به بررسی و دستکاری این فرآیندها می‌پردازند. بازسازی شناختی (Restructuring Cognitive) یک اصطلاح کلی برای تغییر الگوهای فکری است که تصور می‌رود علت هیجان یا رفتار آشفته باشد. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است متوجه نباشند که چقدر فراوان اندیشه‌های خودانتقادی دارند و کسانی که مبتلا به اختلال‌های اضطرابی هستند، شاید نفهمند که نسبت به تهدیدهای احتمالی در دنیای اطراف خود حساسیت مفرط دارند. درمانگران امیدوارند که آدمی بتواند احساسات، رفتارها و نشانه‌های خویش را از طریق تغییر شناخت‌های خود دگرگون سازد. درمانگر کار خود را با رهگیری افکار روزانه شروع می‌کند و بعد می‌کوشد درباره سوداری‌ها و طرحواره‌های شناختی هسته‌ای که باعث و بانی این افکار منفی روزانه هستند، بیش‌تر بداند (۱۷).

۲۵٪ ریزش در هر گروه، حجم نمونه نهایی برای هر گروه ۳۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن سن ۶۰ تا ۷۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، تنها زندگی کردن، فوت همسر، کسب نمره ۷۷ و بیش‌تر از پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری، و معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: استرس شدید یا از دست دادن یکی از بستگان نزدیک در طی ۶ ماه گذشته، استفاده از هرگونه خدمات روان درمانی و مشاوره‌ای در زمان اجرای پژوهش، مشکلات دشوارکننده یا ناممکن‌کننده ارتباط مانند: اختلال تکلم و شنوایی اصلاح نشده، بیماری شدید جسمانی، و معیار خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات مشاوره بود.

تخصیص بیماران به گروه مداخله و کنترل با روش تصادفی‌سازی بلوکی با سایز ۶ و با نسبت گروه‌ها ۱:۱ انجام یافت. جهت تخصیص تصادفی، از بسته یا پاکت‌های پوشش‌دار محرمانه و برای گروه‌ها از حروف الفبایی A و B استفاده شد. به این صورت که از حرف A برای گروه مداخله و از حرف B برای گروه کنترل استفاده شد. با جا دادن ۳۰ حرف A در پاکت‌های پوشش‌دار جداگانه و ۳۰ حرف B در پاکت‌های پوشش‌دار دیگر، اطمینان لازم از پنهان‌سازی (Concealment) به عمل

آمد، به طوری که پژوهش‌گر و شرکت‌کننده هیچ کدام اطلاع نداشتند که هر فرد در کدام گروه قرار گرفته است.

برای انجام کار، پژوهش‌گر به مراکز خدمات جامع سلامت منتخب مراجعه و ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش اقدام به نمونه‌گیری می‌نمود و از میان زنان سالمند مراجعه‌کننده یا تحت پوشش این مراکز، افرادی را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به صورت در دسترس انتخاب و دعوت به همکاری می‌نمود. البته با توجه به شیوع بیماری کووید-۱۹ و مراجعه کمتر گروه هدف به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های سلامت، گاهی اوقات به صورت تلفنی، زنان سالمند واجد شرایط دعوت به همکاری می‌شدند. تعداد نمونه‌ها در غربالگری اولیه ۱۱۵ نفر بودند که از این تعداد، واحدهای مورد پژوهش که نمره کم‌تر از ۷۶ را از پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری کسب نمودند که نشان‌دهنده احساس تنهایی خفیف بود، وارد مطالعه نشدند.

ارزیابی در سه نوبت انجام یافت. ارزیابی اولیه، قبل از شروع مداخله و ارزیابی دوم، بلافاصله پس از پایان مداخله و ارزیابی سوم، ۴ هفته پس از اتمام مداخله.

گروه مداخله به ۳ گروه ۸ نفره و یک گروه ۶ نفره تقسیم شد که دو نفر از یک گروه به دلیل فوت نزدیکان و یک نفر دیگر به دلیل تحت نظر روان‌پزشک بودن و مصرف دارو، از مطالعه خارج شدند و بنابراین گروه مداخله به ۲ گروه ۷ نفره و یک گروه ۸ نفره و یک گروه ۶ نفره تقسیم شدند.

قبل از شروع کلاس‌ها با پزشک مسؤول مراکز خدمات جامع سلامت هماهنگی لازم جهت اختصاص کلاس یا سالن جلسات انجام یافت. تمامی شرکت‌کنندگان دو نوبت واکسن کووید-۱۹ را دریافت و دارای کارت واکسیناسیون بودند که همگی در سامانه سیب و پرونده الکترونیک خانوار ثبت گردیده بود. به منظور اجرای پروتکل‌های بهداشتی، فاصله‌گذاری مناسب طبق دستورالعمل‌های بهداشتی در کلاس‌ها رعایت می‌شد. بدین ترتیب، پروتکل‌های بهداشتی کاملاً اجرا شد و دسترسی نمونه‌های پژوهش به مکان برگزاری جلسات راحت و امکان‌پذیر بود. کلاس‌ها به صورت حضوری در مراکز خدمات جامع سلامت و در کلاس آموزشی مرکز به صورت هفتگی به تعداد ۶ جلسه گروهی و برای هر گروه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار شد که تحت مداخلات مربوط به مشاوره شناختی- رفتاری قرار گرفتند (هر گروه ۶ جلسه مشاوره گروهی درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند) (جدول شماره ۱)، اما گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخله توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام گرفت.

بلافاصله پس از پایان مداخله، در گروه مداخله پرسشنامه احساس تنهایی مجدداً تکمیل شد و در همان جلسه در مورد تکمیل پرسشنامه یک ماه بعد توسط ایشان اطلاع‌رسانی شد و بعد از یک ماه با تماس تلفنی از ایشان درخواست شد جهت تکمیل پرسشنامه به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه نمایند. در گروه کنترل نیز تکمیل پرسشنامه با دعوت

به صورت تلفنی از این گروه در مراکز خدمات جامع سلامت به طور همزمان با گروه مداخله انجام یافت. جهت رعایت موازین اخلاقی، پس از پایان مطالعه، برای گروه کنترل یک جلسه فشرده در مورد درمان شناختی- رفتاری و نحوه کاربرد و استفاده از این درمان جهت برطرف نمودن احساس تنهایی برگزار شد.

ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و پزشکی، پرسشنامه احساس تنهایی دهسیری و همکاران (۱۹). پرسشنامه مربوط به اطلاعات فردی شامل: سن، سن ازدواج، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، فعالیت ورزشی، کتابخوانی، خیاطی، دیدار خانواده و دوستان و اطلاعات پزشکی شامل: بیماری قلبی، بیماری کلیوی، بیماری دیابت، بیماری آرتروز روماتوئید، بیماری گوارشی، بیماری اعصاب و روان و سابقه عمل جراحی بود.

پرسشنامه احساس تنهایی توسط دهسیری و همکاران (۱۹)، برای سنجش احساس تنهایی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۸ سؤال و ۳ مؤلفه تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی است، با سؤالاتی مانند (دوستانی دارم که می‌توانم درباره مشکلات زندگی‌ام با آنها صحبت کنم)، به سنجش احساس تنهایی می‌پردازد. ۱۶ سؤال خرده مقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، ۱۲ سؤال خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و ۱۰ سؤال خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی را تشکیل می‌دهند. نمره‌دهی با استفاده از مقیاس

لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ انجام می‌گیرد (دامنه نمرات قابل کسب ۰-۱۵۲). نمرات کمتر از ۷۶ احساس تنهایی خفیف، نمرات ۷۷ تا ۱۱۴ احساس تنهایی متوسط، نمره ۱۱۵ و بالاتر احساس تنهایی شدید را نشان می‌دهد.

به منظور ارزیابی روایی همگرا و روایی افتراقی مقیاس احساس تنهایی، در مورد ۵۸ نفر از آزمودنی‌ها مقیاس احساس تنهایی به همراه مقیاس تجدیدنظر شده تنهایی UCLA (University California Loneliness) (Azmoon)، سیاهه افسردگی Beck و مقیاس شادکامی Oxford، اجرا شده و همبستگی بین نمرات آن‌ها محاسبه شد. همبستگی مقیاس احساس تنهایی با مقیاس UCLA برابر با ۰/۶۰، همچنین همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با مقیاس UCLA به ترتیب برابر است با ۰/۵۷، ۰/۳۳ و ۰/۴۷ و همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمرات افسردگی برابر با ۰/۵۶ است و همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با افسردگی برابر با ۰/۵۴، ۰/۴۰ و ۰/۳۱ است. این همبستگی‌ها بیانگر روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی است. همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمره شادکامی برابر با ۰/۶۸- و همبستگی خرده مقیاس‌های آن با نمره شادکامی به ترتیب برابر با ۰/۶۲-، ۰/۴۰- و ۰/۵۶- است. این همبستگی منفی و معنادار بین احساس تنهایی و شادکامی، بیانگر روایی افتراقی مقیاس احساس تنهایی است (۱۹).

به منظور بررسی اعتبار مقیاس احساس تنهایی و سه خرده مقیاس آن از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده کرده‌اند.

ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۰، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ به دست آمده است. این مقادیر نشان می‌دهد که مقیاس احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. به منظور بررسی اعتبار بازآزمایی مقیاس، این مقیاس در مورد ۳۷ نفر از دانشجویان (آزمودنی‌ها) با فاصله زمانی دو هفته اجرا شده است و همبستگی بین نمرات با دو بار اجرا محاسبه شده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است. این ضرایب بیانگر ثبات نمرات مقیاس تنهایی در طول زمان است (۱۹). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است.

این مطالعه با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1399.728 از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ثبت شده است. پس از توضیح هدف و روش کار و کسب رضایت کتبی آگاهانه از تمامی نمونه‌ها

متغیرهای فردی و بیماری از تعداد و درصد، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، تی مستقل و آنالیز واریانس دو طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (Two-way repeated measures ANOVA) استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

و اطمینان دادن در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخصی آن‌ها و مختار بودن افراد برای شرکت در پژوهش و دارا بودن حق انصراف از ادامه شرکت در مطالعه، نمونه‌ها وارد مطالعه شدند. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. جهت تجزیه و تحلیل

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مداخله مشاوره گروهی درمان شناختی- رفتاری (۲۰)

جلسه اول	خوش‌آمدگویی و معرفی خود، بیان قوانین اصلی گروه و همچنین صحبت در مورد اهمیت انجام تکالیف و نقش آن در بهبود وضعیت آن‌ها، صحبت در مورد تفکر، احساس، رفتار و معرفی مدل CBT، پیدا کردن افکار مربوط به موقعیت‌های مختلف احساس تنهایی، اقدام برای شناخت یکدیگر، تعهد به راز داری، آشنایی و آموزش تکنیک آرمیدگی، تمرین تکنیک آرمیدگی، تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه دوم	مرور تکلیف جلسه اول و راهنمایی اعضای گروه، بررسی خطای شناختی مربوط به احساس تنهایی اعضای گروه، تمرین تکنیک آرمیدگی، تعیین تکلیف برای جلسه آینده (پیدا کردن سه موقعیت در نمودار عرضی CBT و تعیین افکار و رفتار و هیجان‌های موقعیت خاص).
جلسه سوم	مرور تکلیف جلسه قبل و پاسخ دادن به سؤالات اعضای گروه، بیان این که هر فکر دارای یک پیامد رفتاری و هیجانی است. بررسی چند نمونه از افکار اعضای گروه که منجر به پیامد رفتاری کناره‌گیری از دیگران و در نتیجه موجب احساس تنهایی آنان می‌شود. صحبت در مورد این که احساس تنهایی در نتیجه افکار افراد ایجاد می‌شود. آموزش پیکان رو به پایین، ترسیم چند موقعیت پیکان عمودی که به باور بنیادین من تنها هستم و این سرنوشت فاجعه است، می‌رسد (۱- ترسیم پیکان عمودی و ۲- هر باور جدیدی را که کشف شد، دسته‌بندی کنند). استراحت و پذیرایی، تمرین تکنیک آرمیدگی، تعیین تکلیف برای جلسه آینده و خاتمه جلسه.
جلسه چهارم	مرور تکلیف جلسه قبل و پاسخ‌دهی به سؤالات اعضای گروه، صحبت در مورد احساس تنهایی و معرفی این مؤلفه به اعضای گروه، آموزش پیکان عمودی، ترسیم چند نمونه پیکان عمودی که به طرح‌واره تنهایی و من غمگین هستم و این سرنوشت فاجعه است، می‌رسد. استراحت و پذیرایی، معرفی فهرست اصلی باورها و از افراد خواسته شد، باورهای خود را دسته‌بندی کنند. تمرین تکنیک آرمیدگی، تعیین تکلیف برای جلسه آینده (پیدا کردن سه موقعیت در نمودار عرضی CBT و تعیین افکار و رفتار و هیجان‌های موقعیت خاص).
جلسه پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل و پاسخ دادن به سؤالات، آموزش و اجرای تکنیک شواهد تأییدکننده و نقض‌کننده برای بررسی صحت افکار مربوط به تنهایی، چالش با افکار منفی مربوط به تنهایی، استراحت و پذیرایی، تمرین تکنیک آرمیدگی، تعیین تکلیف برای جلسه آینده (شواهد تأییدکننده و نقض‌کننده برای موقعیت‌های دیگر).
جلسه ششم	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین: بیان کارهایی که قبلاً انجام می‌دادند و آن‌ها را کنار گذاشته‌اند یا کمتر به آن‌ها پرداخته‌اند، آموزش و اجرای تکنیک سود و زیان برای افکار مربوط به تنهایی در موقعیت‌های مختلف، تمرین تکنیک آرمیدگی، سخن‌رانی آموزشی: باورها را می‌توان تغییر داد، تهیه فهرستی از باورهایی که در طول تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت‌کنندگان تغییر کرده‌اند، ایجاد انگیزه در اعضای گروه برای تغییر باورهای منفی، تمرین: تصویرسازی ذهنی، برای تمام باورهای موجود در فهرست اصلی باورها، تحلیل سودمند بودن و تحلیل همسانی را انجام دهند. استراحت و پذیرایی، یاد دادن تکنیک بیان خواسته‌ها و جرأت‌مندی و درخواست از فرزندان و اطرافیان‌شان برای دیدارهای بیشتر، چالش با افکار منفی مربوط به موقعیت‌های تنهایی و عدم جرأت‌مندی با اطرافیان، پرسشنامه احساس تنهایی توسط اعضای گروه مجدداً تکمیل شد. اختتامیه و تشکر و قدردانی از حضور ایشان در جلسات.

یافته‌ها

در این مطالعه بیش‌ترین گروه سنی زنان سالمند ۶۵-۶۰ سال بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر سطح تحصیلات ابتدایی داشتند. هر دو گروه از نظر متغیرهای کمی و کیفی همگن بودند و تفاوت آماری معناداری بین آن‌ها وجود نداشت (جدول شماره ۱).

نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین نمره تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در گروه کنترل در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ($p=0/238$)، ولی در گروه مداخله میانگین نمره تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده حداقل در یکی از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p<0/001$). نتیجه آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر زمان ($p<0/001$) و همچنین اثر متقابل گروه و زمان ($p=0/047$) از نظر آماری معنادار بوده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه نشانه‌های عاطفی تنهایی تأثیر مثبت داشته است (جدول شماره ۲).

نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین نمره تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان در گروه کنترل در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری وجود نداشت است ($p=0/338$). در گروه مداخله نیز میانگین نمره تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت آماری معنادار نداشت ($p=0/094$). نتیجه آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر زمان ($p=0/278$) و همچنین اثر متقابل گروه

و زمان ($p=0/175$) معنادار نیست. به عبارت دیگر، تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان معنادار نبوده است (جدول شماره ۲).

نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین نمره بعد نشانه‌های عاطفی تنهایی در گروه کنترل در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری نداشت است ($p=0/143$)، ولی در گروه مداخله میانگین نمره بعد نشانه‌های عاطفی حداقل در یکی از زمان‌ها تفاوت آماری معناداری داشته است ($p<0/001$). نتیجه آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر زمان ($p<0/001$) و همچنین اثر متقابل گروه و زمان ($p=0/047$) از نظر آماری معنادار بوده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه نشانه‌های عاطفی تنهایی تأثیر مثبت داشته است (جدول شماره ۲).

نتیجه آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که میانگین نمره کلی احساس تنهایی در گروه کنترل در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری وجود نداشت است ($p=0/634$)، ولی در گروه مداخله میانگین نمره احساس تنهایی حداقل در یکی از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری داشته است ($p<0/001$). نتیجه آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که اثر زمان معنادار بوده ($p<0/001$) و همچنین اثر متقابل گروه و زمان ($p<0/001$) از نظر آماری معنادار بوده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی تأثیر مثبت داشته است (جدول شماره ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و بیماری زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خمینی

شهر برحسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۹

p-value	گروه کنترل (n=۳۰)		گروه مداخله (n=۲۸)		متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
.۰/۰۹۵*	۶۳/۳	۱۹	۵۳/۶	۱۵	۶۵-۶۰	گروه سنی (سال)
	۳۶/۷	۱۱	۴۶/۴	۱۳	۷۰-۶۵	
.۰/۱۸۳**	۶۰/۰	۱۸	۵۰/۰	۱۴	ابتدایی	سطح تحصیلات
	۳۰/۰	۹	۱۷/۹	۵	راهنمایی	
	۱۰/۰	۳	۲۸/۶	۸	دبیرستان	
	۰/۰	۰	۳/۶	۱	دانشگاهی	
.۰/۴۸۳**	۱۰۰/۰	۳۰	۹۶/۴	۲۷	خانه‌دار	شغل
	۰۰/۰	۰	۳/۶	۱	شاغل	
.۰/۰۸۴**	۲۳/۳	۷	۱۴/۳	۴	ضعیف	وضعیت اقتصادی
	۷۶/۷	۲۳	۷۱/۴	۲۰	متوسط	
	۰۰/۰	۰	۱۴/۳	۴	خوب	
.۰/۷۶۲*	۲۶/۷	۸	۲۱/۴	۶	دارد	فعالیت ورزشی
	۷۳/۳	۲۲	۷۸/۶	۲۲	ندارد	
.۰/۴۰۳*	۳۶/۷	۱۱	۲۵/۰	۷	دارد	کتابخوانی
	۶۳/۳	۱۹	۷۵/۰	۲۱	ندارد	
.۰/۲۰۱*	۱۳/۳	۴	۲۸/۶	۸	دارد	خیاطی
	۸۶/۷	۲۶	۷۱/۴	۲۰	ندارد	
.۰/۱۷۴*	۵۶/۷	۱۷	۷۵/۰	۲۱	دارد	سایر فعالیت‌ها [†]
	۴۳/۳	۱۳	۲۵/۰	۷	ندارد	
.۰/۳۹۰*	۷۶/۷	۲۳	۶۴/۳	۱۸	دارد	دیدار خانواده و دوستان
	۲۳/۳	۷	۳۵/۷	۱۰	ندارد	
.۰/۷۷۲*	۳۰/۰	۹	۲۵/۰	۷	دارد	بیماری قلبی
	۷۰/۰	۲۱	۷۵/۰	۲۱	ندارد	
.۰/۴۹۲**	۶/۷	۲	۰۰/۰	۰	دارد	بیماری کلیوی
	۹۳/۳	۲۸	۱۰۰/۰	۲۸	ندارد	
.۰/۵۷۳*	۲۶/۷	۸	۳۵/۷	۱۰	دارد	بیماری دیابت
	۷۳/۳	۲۲	۶۴/۳	۱۸	ندارد	
.۰/۴۲۵*	۱۶/۷	۵	۷/۱	۲	دارد	بیماری آرتروز
	۸۳/۳	۲۵	۹۲/۹	۲۶	ندارد	
.۰/۰۶۷*	۵۳/۳	۱۶	۲۸/۶	۸	دارد	بیماری گوارش
	۴۶/۷	۱۴	۷۱/۴	۲۰	ندارد	
.۰/۴۱۵**	۶/۷	۲	۱۴/۳	۴	دارد	بیماری روان
	۹۳/۳	۲۸	۸۵/۷	۲۴	ندارد	
.۰/۱۶۳*	۷۶/۷	۲۳	۵۷/۱	۱۶	دارد	سابقه عمل
	۲۳/۳	۷	۴۲/۹	۱۲	ندارد	

[†] سایر فعالیت‌ها شامل: قالی‌بافی، خواندن قرآن، پرورش گل و گیاه می‌باشد. * آزمون مجذور کای، ** آزمون دقیق فیشر

جدول ۲- میانگین نمره احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان، بعد نشانه‌های عاطفی تنهایی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل در زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی خمینی شهر در سال ۱۳۹۹

p-value	تفاوت میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪)	گروه مداخله (n=۲۸)	گروه کنترل (n=۳۰)	متغیر	
		انحراف معیار ± میانگین		قبل از مداخله	نمره بعد تنهایی
۰/۳۴۷*	۱/۱۷ (-۱/۳۰ - ۳/۱۶)	۳۱/۸۹ ± ۴/۹۹	۳۳/۰۶ ± ۴/۴۴	قبل از مداخله	نمره بعد تنهایی
<۰/۰۰۱*	۷/۵۵ (۴/۸۸ - ۱۰/۲۳)	۲۴/۶۰ ± ۴/۳۸	۳۲/۰۶ ± ۵/۶۶	بلافاصله پس از مداخله	ناشی از ارتباط
۰/۰۰۲*	۳/۹۰ (۱/۴۹ - ۶/۳۲)	۳۰/۳۹ ± ۴/۳۴	۳۴/۳۰ ± ۴/۸۰	یک ماه پس از مداخله	با خانواده
		<۰/۰۰۱**	۰/۳۳۸**	p-value اثر گروه	
		p<۰/۰۰۱***, F=۱۵/۷۶		p-value اثر زمان	
		p=۰/۰۰۱***, F=۷/۴۸		p-value اثر متقابل گروه و زمان	
۰/۷۲۸*	-۰/۳۷ (-۲/۵۰ - ۱/۷۶)	۳۳/۰۷ ± ۴/۲۳	۳۲/۷۰ ± ۳/۸۶	قبل از مداخله	نمره بعد تنهایی
۰/۰۸۱*	۲/۰۳ (-۰/۲۶ - ۴/۳۲)	۳۱/۰۳ ± ۳/۷۴	۳۳/۰۶ ± ۴/۸۵	بلافاصله پس از مداخله	ناشی از ارتباط
۰/۰۸۴*	۲/۳۵ (-۰/۲۹ - ۵/۰۱)	۳۲/۱۰ ± ۴/۱۳	۳۴/۴۶ ± ۵/۸۵	یک ماه پس از مداخله	با دوستان
		<۰/۰۰۱**	۰/۳۳۸**	p-value اثر گروه	
		p=۰/۳۷۸***, F= ۱/۲۸		p-value اثر زمان	
		p=۰/۱۷۵***, F= ۱/۸۰		p-value اثر متقابل گروه و زمان	
۰/۱۹۸*	-۱/۲۸ (-۳/۱۱ - ۰/۵۴۰)	۲۰/۲۱ ± ۳/۶۶	۲۱/۵۶ ± ۴/۱۹	قبل از مداخله	نمره بعد
<۰/۰۰۱*	۵/۹۱ (۴/۰۷ - ۷/۷۴)	۱۵/۷۵ ± ۳/۰۷	۲۰/۹۶ ± ۴/۳۲	بلافاصله پس از مداخله	نشانه‌های عاطفی
۰/۰۳۱*	۲/۹۳ (۰/۶۱ - ۵/۲۱)	۱۶/۲۸ ± ۳/۰۸	۱۹/۱۰ ± ۶/۰۲	یک ماه پس از مداخله	
		<۰/۰۰۱**	۰/۱۴۳**	p-value اثر گروه	
		p<۰/۰۰۱***, F=۱۰/۲۰		p-value اثر زمان	
		p=۰/۰۴۷***, F= ۳/۴۱		p-value اثر متقابل گروه و زمان	

*آزمون تی مستقل، **آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، ***آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

جدول ۳- مقایسه نمره کل احساس تنهایی قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل در زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی خمینی شهر در سال ۱۳۹۹

p-value	گروه کنترل (n=۳۰)	گروه مداخله (n=۲۸)	متغیر	
	انحراف معیار ± میانگین		قبل از مداخله	نمره کل احساس تنهایی
۰/۲۲۹*	۸۷/۳۳ ± ۷/۲۱	۸۵/۱۷ ± ۶/۲۱	قبل از مداخله	نمره کل احساس تنهایی
<۰/۰۰۱*	۸۶/۲۰ ± ۸/۳۶	۷۱/۳۹ ± ۵/۱۵	بلافاصله پس از مداخله	
<۰/۰۰۱*	۸۷/۸۶ ± ۶/۹۵	۷۸/۷۸ ± ۶/۸۶	یک ماه پس از مداخله	
		<۰/۰۰۱**	۰/۶۳۴**	p-value اثر گروه
		p<۰/۰۰۱***, F= ۱۹/۶۶		p-value اثر زمان
		p<۰/۰۰۱***, F= ۱۳/۹۷		p-value اثر متقابل گروه و زمان

*آزمون تی مستقل، **آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، ***آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خمینی شهر انجام گرفت. نتایج توصیفی نشان داد که هر دو گروه از نظر متغیرهای فردی و بیماری همسان بوده‌اند.

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده کاهش معنادار نمره احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در گروه مداخله بود، در حالی که در گروه کنترل تغییرات معناداری مشاهده نشده است. بدین ترتیب می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در زنان سالمند مؤثر بوده است. قدم‌پور و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی در ارتباط با خانواده در افراد سالمند مؤثر است که همسو با نتایج پژوهش حاضر است (۱۸). در همین راستا نتایج مطالعه اصغری و همکاران نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش و بهبود علایم روان‌شناختی از قبیل افسردگی، احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده مؤثر است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. بر این اساس، می‌توان گفت که سالمندان بیش‌تر از افراد دیگر نیازمند دریافت کمک‌های روان‌شناختی برای کنار آمدن با احساس تنهایی هستند (۲۰). برخلاف مطالعه حاضر نتایج مطالعه Jarvis و همکاران با عنوان ارزیابی یک رفتار درمانی شناختی- رفتاری با شدت کم و مداخله حمایت شده از سلامت برای کاهش تنهایی در افراد

مسن، نشان داد که ارتباط معناداری از نظر ارتباط با خانواده بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده نشده است (۲۱). علت متفاوت بودن را می‌توان جامعه هدف و روش برگزاری جلسات آموزشی به صورت مجازی بیان کرد. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری، احساسات و عواطف افراد را به وسیله نحوه تفکر، تحت تأثیر قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا احساسات و افکار و باورهای را که بر رفتارشان تأثیرگذار است درک کنند. افراد می‌آموزند که افکار و خشم خود را کنترل کنند که این امر باعث حل تعارضات بین اعضای خانواده می‌شود و ارتباط صمیمانه بین اعضای خانواده شکل می‌گیرد و تبعاً از میزان احساس تنهایی افراد سالمند در خانواده کاسته می‌شود (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که نمره احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان در گروه مداخله با وجود این که کاهش ناچیزی داشته است، اما در هیچ‌کدام از زمان‌ها تفاوت معنادار آماری وجود نداشته است. در گروه کنترل نیز تفاوت معناداری مشاهده نشده است. همسو با نتایج پژوهش حاضر Jarvis و همکاران در مطالعه خود با عنوان ارزیابی یک رفتار درمانی شناختی- رفتاری با شدت کم و مداخله حمایت شده از سلامت برای کاهش تنهایی در افراد مسن به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری از نظر ارتباط با دوستان بین گروه مداخله و گروه کنترل وجود ندارد (۲۱). در حالی که نتایج مطالعه صدری دمیرچی و رضانی با عنوان بررسی اثربخشی درمان

وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان نشان داد درمان وجودی موجب کاهش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان در گروه مداخله شده است (۲۲)، که ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر است که می‌تواند به دلیل تفاوت در روش درمانی، حجم نمونه و شیوع ویروس کرونا و محدودیت در ارتباطات بین دوستان و آشنایان باشد.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که افراد در سن پیری، تماس با دوستان قدیمی را به تدریج به نفع تعداد معدودی روابط بسیار صمیمانه، کاهش می‌دهند. بدین ترتیب افراد سالمند از جامعه کنار می‌کشند و این کناره‌گیری باعث دوری فرد سالمند از فشارهای اجتماعی شده و تدریجاً تعداد اشخاصی که با سالمند در ارتباط هستند، کاهش می‌یابد. با توجه به نظریه‌گزینش اجتماعی-هیجانی که بیان می‌دارد، کاهش فعالیت اجتماعی در سن پیری ناشی از تغییر شرایط زندگی است. در نتیجه سال خوردگان، شریکان و دوستانی را ترجیح می‌دهند که روابط لذت بخش و ارزشمندی با آنها داشته‌اند (۲۳ و ۲۴).

بخش دیگری از نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده کاهش معنادار نمره بعد نشانه‌های عاطفی تنهایی در گروه مداخله است، در حالی که در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشده است. با توجه به نتایج می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان نشانه‌های عاطفی تنهایی در زنان سالمند مؤثر بوده است. همسو و مشابه با نتایج مطالعه حاضر، کاظمی و همکاران (۲۵)، صدری

دمیرچی و رضانی (۲۲) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که درمان وجودی موجب کاهش احساس تنهایی ناشی از نشانه‌های عاطفی در گروه مداخله شده است. بنابراین، می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری، یک روش درمانی مهم است که به افراد سالمند کمک می‌کند تکنیک‌هایی را برای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی بیاموزند و احساسات خود را مدیریت کنند. تعارضات روابط را حل کنند و روش‌های بهتری برای برقراری ارتباط بیاموزند و بر آسیب‌های عاطفی مربوط به خشونت غلبه کنند و با غم و اندوه کنار بیایند و به این ترتیب علایم روان‌شناختی این افراد در بعد عاطفی تنهایی بهبود می‌یابد (۲۵).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده کاهش معنادار نمره کل احساس تنهایی زنان سالمند در گروه مداخله بود، در حالی که در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. بدین ترتیب می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان احساس تنهایی در زنان سالمند مؤثر بوده است. همچنین، نتایج نشان داد کاهش نمره احساس تنهایی یک ماه بعد از مداخله نیز حفظ شده است. این بدان معنا است که مشاوره شناختی- رفتاری روشی است که یک تأثیر مثبت و طولانی مدت بر کاهش و بهبود مشکلات روان‌شناختی زنان سالمند از جمله احساس تنهایی در حیطه‌های مختلف از خود بر جای می‌گذارد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، قدم‌پور و همکاران (۱۸)، اصغری و همکاران (۲۰)، Kall و همکاران (۲۶)، Smith و همکاران (۲۷) در مطالعات خود

به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری با بهبود علایم روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، احساس فقدان و تنهایی همراه است. این در حالی است که بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، Jarvis و همکاران در مطالعه خود با عنوان ارزیابی یک رفتار درمانی شناختی- رفتاری با شدت کم و مداخله حمایت شده از سلامت برای کاهش تنهایی در افراد مسن به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری از نظر احساس تنهایی بین گروه مداخله و گروه کنترل وجود ندارد (۲۱)، دلیل ناهمسو بودن نتایج، به دلیل تفاوت در گروه هدف و روش برگزاری جلسات آموزشی و نوع جامعه و فرهنگ افراد در کشورهای مختلف بوده است.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری یک رویکرد ساختار یافته، محدود و متمرکز بر شخص می‌باشد که به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمد یا شناخت‌ها و رفتارها و احساسات نامناسب خود را جهت برطرف نمودن مشکلات فعلی اصلاح و گسترش دهند. همین امر باعث کاهش علایم روان‌شناختی در افراد سالمند از جمله احساس تنهایی می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش احساس تنهایی در زنان سالمند مؤثر باشد. لذا با توجه به ارزش و اهمیت قشر سالمند در هر جامعه،

می‌توان برای کاهش احساس تنهایی در سالمندان از مشاوره یا درمان شناختی- رفتاری که یک رویکرد ساختار یافته، محدود و قابل اجرا است، استفاده کرد. از این رو پیشنهاد می‌شود به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر احساس تنهایی مردان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی پرداخته شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، شیوع بیماری کرونا و شرایط روحی و روانی نامساعد زنان سالمند بود. محدودیت دیگر، اجرای پژوهش حاضر فقط در شهرستان خمینی شهر و فقط در گروه زنان انجام گرفته و قابلیت تعمیم آن محدود است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره مامایی می‌باشد. تیم تحقیق مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان خمینی شهر اصفهان که امکان انجام این مطالعه را فراهم کردند، اعلام می‌دارد.

References

- 1 - Khaki S, Khesali Z, Farajzadeh M, Dalvand S, Moslemi B, Ghanei Gheshlagh R. [The relationship of depression and death anxiety to the quality of life among the elderly population]. Hayat, Journal of

- School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2017; 23(2): 152-161. (Persian)
- 2 - Borzou SR, Shadi D, Kalvandi N, Afshari A, Tapak L. [The effect of spiritual care education on hope in the elderly residents of nursing homes in Hamadan province in 2018]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2020; 26(2): 192-204. (Persian)
- 3 - Hatami H, Razavi SM, Eftekhari Ardebili H, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh MJ. [Comprehensive book of public health]. 1st ed. Tehran: Arjmand Publications; 2019. (Persian)
- 4 - Safarkhanloo H, Rezaei Ghahroodi Z. [The evolution of the elderly population in Iran and the world]. *Statistics Journal.* 2017; 5(3): 8-16. (Persian)
- 5 - Ameri GF, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. [The adult age theories and definitions]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2002; 8(1): 4-13. (Persian)
- 6 - Gong G, Mao J. Health-related quality of life among Chinese patients with rheumatoid arthritis: the predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nurs Res.* 2016 Jan-Feb; 65(1): 55-67. doi: 10.1097/NNR.000000000000137.
- 7 - Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: mediator roles of self-esteem and loneliness. *J Health Psychol.* 2016 Jun; 21(6): 1137-44. doi: 10.1177/1359105314547245.
- 8 - Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Arch Psychiatr Nurs.* 2009 Oct; 23(5): 387-96. doi: 10.1016/j.apnu.2008.11.002.
- 9 - Santini ZI, Fiori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM, Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: a prospective community-based study. *J Affect Disord.* 2016 Nov 1; 204: 59-69. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.032.
- 10 - Julsing JE, Kromhout D, Geleijnse JM, Giltay EJ. Loneliness and all-cause, cardiovascular, and noncardiovascular mortality in older men: the Zutphen elderly study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016 Jun; 24(6): 475-84. doi: 10.1016/j.jagp.2016.01.136.
- 11 - Heravi Karimoi M, Jadid Milani M, Faghihzadeh S. [The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2005; 11(1,2): 79-86. (Persian)
- 12 - Zarghami H, Mahmoudian H. [Children's out-migration and loneliness feeling in rural older parents]. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2016; 5(19): 99-116. (Persian)
- 13 - Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults-a mental health/public health challenge. *JAMA Psychiatry.* 2020 Oct 1; 77(10): 990-991. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1054.
- 14 - Alikarami K, Maleki A, Abdollahyan H, Rezaei M. [The lived experience of loneliness among aged women (a phenomenological study)]. *Women's Strategic Studies.* 2019; 21(83): 7-30. doi: 10.22095/JWSS.2019.100355. (Persian)

- 15 - Khaledian M, Sohrabi F. [Effectiveness of group logotherapy on reducing depression and increasing hope in elderly with empty nest syndrome]. *Clinical Psychology Studies*. 2014; 4(15): 79-104. (Persian)
- 16 - Bagherbeik Tabrizi L, Navab E, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi AA, Haghani H. [Effect of cognitive-behavioral intervention on burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2015; 21(1): 94-102. (Persian)
- 17 - Dehestani M. [Translation of Abnormal psychology]. Davison GD, Neale JM, Kring AM (Authors). Tehran: Virayesh Publications; 2016. (Persian)
- 18 - Ghadampoor E, Moradizadeh S, Shakarami M. [The study of effectiveness of training of mind consciousness on reduction of the elderly 's feeling of loneliness and death anxiety in Sedigh center of Khoramabad city]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(4): 44-53. (Persian)
- 19 - Dehshiri GhR, Borjali A, Sheykhi M, Habibi Asgarabad M. [Development and validation of the loneliness scale among the university students]. *Journal of Psychology*. 2008; 12(3): 282-296. (Persian)
- 20 - Asghari N, Madahi ME, Kraskian Mojamnari A, Sahaf R. [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBT) on psychological symptoms (depression and psychological well-being) in the elderly]. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2019; 8(32): 15-26. (Persian)
- 21 - Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mHealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 11; 16(7): 1305. doi: 10.3390/ijerph16071305.
- 22 - Sadri Damirchi E, Ramezani Sh. [Effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly]. *Aging Psychology*. 2016; 2(1): 1-12. (Persian)
- 23 - Valiyollahi S, Asghari MJ. [Investigating the role of religious beliefs in predicting depression, hope and happiness of the elderly]. *The National Conference on the Status and Role of Women in Jihadist Management*. 2014. (Persian)
- 24 - Allen NL. Effects of computer cognitive training on depression in cognitively impaired seniors. Ph.D Thesis, Hofstra University, 2016.
- 25 - Kazemi N, Hejazi E, Rasolzadeh V, Mohammadi ST, Moradi R. [The effectiveness of self-compassion treatment on loneliness and life expectancy in elderly women]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2020; 8(12): 73-80. (Persian)
- 26 - Kall A, Jagholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2020 Jan; 51(1): 54-68. doi: 10.1016/j.beth.2019.05.001.
- 27 - Smith R, Wuthrich V, Johnco C, Belcher J. Effect of group cognitive behavioural therapy on loneliness in a community sample of older adults: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Clin Gerontol*. 2021 Jul-Sep; 44(4): 439-449. doi: 10.1080/07317115.2020.1836105.

The effect of cognitive-behavioral therapy on alleviating loneliness among elderly women

Anahita Zali¹, Parvaneh Mousavi^{2*}, Fatemeh Izadi³, Bahman Cheraghian⁴

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2023
Accepted: May 2023
Published: 26 Aug. 2023

Abstract

Background & Aim: Feelings of loneliness can affect the mental health of the elderly and lead to cognitive problems. As a potentially effective treatment approach, cognitive-behavioral therapy (CBT) has emerged as an intervention to alleviate loneliness among the elderly. This study aims to determine the effect of CBT on alleviating loneliness among elderly women referred to health centers in Khomeini Shahr.

Methods & Materials: This quasi-experimental study was conducted in 2020 on a sample of 60 elderly women who had been referred to health centers in Khomeini Shahr. The participants were conveniently selected and then randomly assigned to either the intervention or control groups. Data were collected using a demographic information form and the Deshiri et al's loneliness questionnaire, which were administered before, immediately after, and one month after the intervention. The intervention group received eight counseling sessions of CBT that lasted for 60 minutes each, while the control group did not receive any counseling. Data analysis was carried out using the SPSS software version 23, employing descriptive and inferential statistics.

Results: The results obtained from conducting a two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA) showed a significant statistical difference in the mean score of loneliness resulting from communication with family, the score of emotional symptoms of loneliness and the total score of loneliness in the intervention group before and after the intervention ($P<0.001$). However, no statistically significant difference was observed in the control group ($P>0.05$). Furthermore, when comparing the mean score of loneliness resulting from communication with friends in the intervention group, no statistically significant difference was observed before and after the intervention ($P=0.094$). Similarly, no statistically significant difference was observed in the control group ($P=0.338$).

Conclusion: The results of the current study indicate that CBT is an effective approach to alleviate loneliness in elderly women. Therefore, it is suggested that this method be implemented as a means to reduce feelings of loneliness among elderly women.

Corresponding author:
Parvaneh Mousavi
e-mail:
mousavip2009@yahoo.
com

Key words: cognitive-behavioral therapy, loneliness, elderly women

Please cite this article as:

Zali A, Mousavi P, Izadi F, Cheraghian B. [The effect of cognitive-behavioral therapy on alleviating loneliness among elderly women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(2): 155-170. (Persian)

1 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2 - Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; Reproductive Health Promotion Research Center, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3 - Dept. of Psychology, School of Humanities, Khomeinishahr Islamic Azad University, Isfahan, Iran

4 - Dept. of Statistics and Epidemiology, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; Alimentary Tract Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

