



The Effectiveness of Schema Therapy on Death Anxiety and Loneliness in Older Women with Hypochondriasis

Zahra Marammazipour ¹ , Ali Naghi Aghdasi ^{2*}  and Amir Panah Ali ² 

¹ Dept. of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

² Dept. of Psychology and Counseling, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Article Info

Article History

Received: 04.06.2025

Revised: 18.12.2025

Accepted: 22.12.2025

ePublished: 23.12.2025

Keywords

death anxiety, loneliness, schema therapy, older women, hypochondriasis

How to cite this article

Marammazipour, Z., Aghdasi, A.N., & Panah Ali, A. (2025). The Effectiveness of schema therapy on death anxiety and loneliness in older women with hypochondriasis *Aging Psychology*, 11(4), 425-444.

*Corresponding Author

AliNaghi Aghdasi

Email

Aghdasi@iau.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Background: Aging is a critical stage of human development that entails specific physical, cognitive, psychological, and social changes due to age-related decline. The present study aimed to investigate the effectiveness of schema therapy on death anxiety and loneliness among older women with hypochondriasis.

Method: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population comprised all older women residing in the Mehrjouyan nursing home in Ahvaz in 2024 who exhibited clinical symptoms of hypochondriasis based on DSM-IV-TR criteria. Initially, 30 eligible older women were selected using convenience sampling and randomly assigned to either the experimental ($n=15$) or control ($n=15$) groups. The experimental group received eight weekly 60-minute sessions of schema therapy, while the control group was placed on a waiting list. Upon completion of the intervention, a posttest was administered to both groups, followed by a follow-up assessment three months later. Data were collected using the Templer Death Anxiety Scale and Dehshiri et al.'s Loneliness Scale. The obtained data were analyzed using mixed-design ANOVA in SPSS version 26.

Results: The results demonstrated that schema therapy significantly reduced death anxiety and loneliness scores in the experimental group at both the posttest and follow-up stages ($p \leq .05$).

Conclusion: It can be concluded that this therapeutic approach can effectively improve the mental health of older women with hypochondriasis. Utilizing this treatment method is highly recommended for counselors and psychologists working with this population.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

According to data from the World Health Organization (WHO), the global population aged 60 and older is increasing at an unprecedented rate and is projected to rise from 12% to 22% by 2050. Among them, older women experience heightened vulnerability due to their longer life expectancy. Persistent preoccupation with the fear of illness is a common manifestation in later life, and an older adult with hypochondriasis interprets the slightest physical symptoms as signs of an incurable disease. This interpretation, in turn, increases their death anxiety and may contribute to developmental crises in later life. Therefore, therapeutic interventions are essential to overcome these challenges. In this regard, various approaches have been employed, including schema therapy. This intervention helps individuals recognize, challenge, and modify deeply rooted maladaptive patterns. Despite the potential of this approach in restructuring maladaptive schemas, a significant research gap exists regarding its effectiveness on death anxiety and loneliness in older women with hypochondriasis, making the present study necessary. The hypotheses of this study were (1) schema therapy training is effective in reducing death anxiety in older women with hypochondriasis, and (2) schema therapy training is effective in reducing loneliness in older women with hypochondriasis.

Method

The present study employed a quasi-experimental pretest-posttest control

group design with a three-month follow-up. The statistical population consisted of all older women aged 65 and above residing in the Mehrjouyan nursing home in Ahvaz in 2024, diagnosed with hypochondriasis. From this population, 30 individuals were selected using convenience sampling and assigned into either experimental group (n=15) or control group (n=15). Inclusion criteria included: (1) diagnosis of illness anxiety disorder based on DSM-5-TR criteria, confirmed by a semi-structured clinical interview; (2) being female and age of 65 years or older; (3) residence in the Mehrjouyan nursing home in Ahvaz; (4) obtaining an acceptable score (≥ 22) on the Mini-Mental State Examination (MMSE) to ensure the capacity for comprehension and participation; (5) scoring above the predetermined cutoff score on the Death Anxiety Scale (score > 30) and the Loneliness Scale (score > 56); and (6) the ability and willingness to attend sessions regularly. Exclusion criteria were: (1) concurrent diagnosis of other major psychiatric disorders such as psychosis, severe major depression with suicide risk, or active substance use disorder; (2) having an acute or unstable physical illness that would impair participation; (3) receiving regular psychotherapy concurrently or major changes in psychiatric medications within the past three months; and (4) uncompensated severe sensory impairment or withdrawal from further participation. The experimental group received a structured therapeutic protocol consisting of eight 60-minute sessions, while the control group received no intervention. The evaluation

of dependent variables (death anxiety and loneliness) was conducted in the subsequent posttest and three-month follow-up stages, and the data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS version 26.

Results

Prior to conducting the analysis, the normality of the distribution of dependent variables was confirmed using the Shapiro-Wilk test ($p > .05$) for all groups across all three stages (pretest, posttest, and follow-up). The

homogeneity of covariance matrices was evaluated using Box's M test, yielding an F-value of 1.07, which was not significant; thus, the assumption of homogeneity of covariance matrices was met. The homogeneity of error variances was confirmed using Levene's test, with a significance level greater than .05, indicating this assumption was satisfied. Given that Mauchly's test of sphericity was not significant for either the death anxiety or loneliness variables, the assumption of sphericity was met.

Table 1

ANOVA for the Effectiveness of Schema Therapy on Death Anxiety and Loneliness

Dependent Variable	Source	SS	df	MS	F	Sig.	Effect Size
Death Anxiety	Pretest	105.622	1.797	58.779	59.413	.001	.680
	Group	92.600	1.791	51.532	52.088	.001	.650
	Error	49.778	50.314	0.989			
Loneliness	Pretest	2501.956	1.631	1533.703	254.518	.001	.901
	Group	1331.467	1.631	816.191	135.447	.001	.829
	Error	275.244	45.677	6.026			

Based on the findings, the interaction between the group and the repeated factor for the research variables (death anxiety and loneliness) was statistically significant. This result indicates that changes in the study variables over time differed significantly between the schema therapy and control groups. Specifically, the interaction between the group and the repeated factor was statistically significant for death anxiety ($F=52.088$, $p < .01$) with an effect size of .650, and for loneliness ($F=135.447$,

$p < .01$) with an effect size of .829. These findings demonstrate the effectiveness of schema therapy in reducing death anxiety and loneliness scores compared to the control group.

Conclusion

From a cognitive perspective, automatic negative thoughts and biases in interpreting events, which can lead to the onset of disorders such as death anxiety in older adults, are viewed as consequences of early maladaptive

schemas. Anxious patients generally accept their schemas as undeniable truths and do not question them. By challenging these flawed schemas, schema therapy assists the patient in strengthening their Healthy Adult mode. As an integrative therapeutic approach, schema therapy has demonstrated considerable effectiveness in reducing loneliness across diverse populations, including older adults, divorced women, and couples experiencing conflict. This method aims to identify and modify early maladaptive schemas, which are deep-seated, dysfunctional mental patterns formed during childhood as a result of unmet basic emotional needs. By assisting patients in challenging and restructuring these profound beliefs, this therapy promotes a more realistic understanding of social relationships and equips them with the necessary skills to satisfy basic emotional needs, such as connection and intimacy.

Ethical Consideration

Ethical Code

This article is derived from the first author's Ph.D. dissertation in General Psychology at Islamic Azad University and

was approved under ethics code IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168. To uphold ethical principles, data collection was conducted only after obtaining informed consent from the participants. Furthermore, participants were assured of the strict confidentiality of their personal information and that the results would be published anonymously without disclosing their identities.

Financial Support

This study did not receive financial support.

Authors' Contributions

Z.M: Conceptualization, methodology, data curation, software, formal analysis, writing - original draft; A.A: Conceptualization, methodology, validation, writing - review & editing, supervision; A.P: Conceptualization, methodology, writing - review & editing, supervision

Conflict of Interest

The authors had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors hereby express their sincere gratitude to all the individuals who participated in this study.



اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری

زهرا مرمزی پور^۱، علی نقی اقدسی^{۲*} و امیر پناه علی^۲

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

زمینه: سالمندی از مراحل حساس در دوران رشد انسان است که به سبب کمبودهای مرتبط با سن، تغییرات جسمانی، شناختی، روانی و اجتماعی خاصی را به دنبال دارد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری بود.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان سالمند ساکن در خانه سالمندان مهرجویان شهر اهواز در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند که علائم بالینی اختلال خودبیمارانگاری را بر اساس معیارهای DSM-IV-TR دارا بودند. از بین زنان سالمند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه به تعداد ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر طرحواره‌درمانی را طی ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. سپس هر دو گروه پس‌آزمون دریافت کردند و در نهایت با فاصله سه ماهه مرحله پیگیری انجام شد. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر و پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری و همکاران بود. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر طرحواره‌درمانی نمرات اضطراب مرگ و احساس تنهایی گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری (۶ هفته بعد) به شکل معناداری کاهش داد ($p \leq 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتیجه‌گیری می‌شود با استفاده از این روش درمانی می‌توان سلامت روانی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری را بهبود بخشید و به کارگیری این روش درمانی از سوی مشاوران و روان‌شناسان توصیه می‌شود.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۴

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۹/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

کلیدواژه‌ها

اضطراب مرگ، احساس تنهایی، طرحواره‌درمانی، زنان سالمند، خودبیمارانگاری

نحوه ارجاع به مقاله

مرمزی پور، زهرا، اقدسی، ع.ن.، و پناه علی، الف. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۴)، ۴۲۵-۴۴۴.

* نویسنده مسئول

علی نقی اقدسی

پست الکترونیکی

Aghdasi@iau.ac.ir

اضطراب مرگ در بین مشکلات روانشناختی سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که مستقیماً با کیفیت زندگی و بهزیستی وجودی سالمندان در ارتباط است (حاجی حسنی و نادر، ۱۴۰۰). اضطراب مرگ نگرانی و هراس آگاهانه یا ناخودآگاه از فرآیند مرگ و نیستی است که با نزدیک شدن به پایان عمر، می‌تواند تشدید شود (سریوستاوا و گوش، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده است اضطراب مرگ در سالمندان با متغیرهای اساسی در سالمندی مانند امیدواری (خلوتی و همکاران، ۱۴۰۰)، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی (حاجی حسنی و نادری، ۱۳۹۹) و معنایابی در زندگی (کاکابرابی و معاذی‌نژاد، ۱۳۹۵) بحران رشد زندگی (لیم و چانگ، ۲۰۲۰) رابطه معنی‌دار دارد.

اشتغال ذهنی مداوم با نگرانی‌های سلامتی و ترس از بیماری، باعث انزوا و کناره‌گیری اجتماعی سالمند می‌شود، چرا که ممکن است معاشرت‌ها را برای سلامتی خود خطرناک ببیند یا دیگران را از شکایت‌های مکرر جسمانی خود خسته کند؛ این انزوا، منجر به تشدید احساس تنهایی می‌گردد (ساکر و همکاران، ۲۰۱۷). در جمعیت سالمند ایران، ۵۰/۴ درصد احساس تنهایی متوسط و ۳۹/۴ درصد احساس تنهایی شدید گزارش شده است (آقاجانی و همکاران، ۱۴۰۳). احساس تنهایی یک تجربه ذهنی و ناخوشایند ناشی از کاستی در روابط اجتماعی کمی یا کیفی است (وو و همکاران، ۲۰۲۴). این احساس در سالمندان می‌تواند ناشی از فقدان همسر، دوری فرزندان، بازنشستگی و کاهش شبکه اجتماعی رخ دهد (ساکر، ۲۰۱۷) و به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده سلامت روان محسوب می‌شود (گونر و همکاران، ۲۰۲۱). احساس تنهایی در دوران پیری پیامدهای نامطلوبی دارد که علاوه بر ایجاد مشکلات فردی ناخوشایند از قبیل بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی و افسردگی (زکی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱) برای این افراد، سلامت جسمی، روانی و عملکردی سالمندان را نیز به خطر می‌اندازد و به نوعی یکی از علل مرگ و میر در این گروه سنی به حساب می‌آید (دانیل و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، متغیرهای خودبیمارانگاری، اضطراب مرگ و احساس تنهایی در یک شبکه به هم تنیده و تقویت کننده قرار دارند.

از جمله مداخلات مؤثر در حیطه روان‌درمانی که برای طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی در دوره سالمندی به کار برده شده است، طرحواره‌درمانی^۴ است (نقدی و

پدیده سالمندی^۱ جمعیت به یک تحول جهانی و یکی از تعیین‌کننده‌ترین روندهای اجتماعی عصر حاضر تبدیل شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۵). داده‌های سازمان جهانی بهداشت گواه این امر است که جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان با سرعتی بی‌سابقه در حال افزایش است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود سهم این گروه سنی از کل جمعیت جهان تا سال ۲۰۵۰ تقریباً دو برابر شده و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد برسد. از منظر آماری، این رشد به معنای افزایش شمار سالمندان از یک میلیارد نفر در سال ۲۰۲۰ به حدود ۱.۴ میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ و سپس به ۲.۱ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد بود (وارلی و آلانکایا، ۲۰۲۲). در ایران نیز حدود پنج میلیون و صد هزار نفر از جمعیت کشور را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل داده‌اند که این تعداد ۷/۲۷ درصد کل جمعیت کشور را در بر می‌گیرد. این تعداد تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (مؤمنی و همکاران، ۱۴۰۳). با توجه به روند فزاینده پیری جمعیت در سطح جهان و به‌ویژه در ایران، پرداختن به مسائل بهداشت روان در این دوره از زندگی به یک ضرورت انکارناپذیر تبدیل شده است (وو و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، زنان سالمند به دلیل طول عمر بیشتر، احتمال بالای تجربه از دست دادن همسر، و نقش‌های اجتماعی سنتی، آسیب‌پذیری مضاعفی را تجربه می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۵). در سالمندی، اشتغال ذهنی مداوم با ترس از بیماری، یکی از تظاهرات شایع است. این پدیده که سابقاً تحت عنوان «اختلال خودبیمارانگاری» (هیپوکندر یاسیس) شناخته می‌شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 تحت عنوان «اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط» و در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11)^۲ با عنوان «اختلال نگرانی سلامتی» دسته‌بندی شده است، با اشتغال ذهنی مداوم و ترس از ابتلا یا داشتن یک بیماری جدی پزشکی مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). افراد با این اختلال، کوچکترین علائم جسمانی را مثل نشانه‌ای از یک بیماری لاعلاج تفسیر می‌کند. این تفسیر، به نوبه خود، اضطراب مرگ^۳ را افزایش می‌دهد (میسر و همکاران، ۲۰۱۲).

1 older adult

2 international classification of diseases, 11th revision

3 death anxiety

4 schema therapy

افزایش جمعیت سالمندی، جوامع را با چالش‌های متعددی مواجه خواهد ساخت. بر این اساس، توجه به شرایط ویژه سالمندان و تأمین بهداشت روانی آنان به عنوان یک اولویت حائز اهمیت مطرح می‌باشد. پژوهش‌های بیان شده نشان می‌دهند سالمندان چه در منزل و یا در مراکز نگهداری با وجود مراقبت و پرستاری با مسائل و چالش‌هایی روبرو هستند که می‌تواند در سلامت روان آنها تأثیر نامطلوبی بگذارد. علیرغم ماهیت مزمن خودبیمارانگاری و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، مطالعات اندکی به بررسی اثربخشی رویکردهای مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر این جمعیت خاص پرداخته است. از اینرو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند با خودبیمارانگاری، می‌تواند شکاف علمی موجود را پر کرده و رهنمودهای کاربردی برای متخصصان سالمندی و سلامت روان فراهم آورد.

پژوهش حاضر

به منظور فائق آمدن بر چالش‌های دوره سالمندی، اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت ارتقای سلامت روان این قشر، امری ضروری به نظر می‌رسد. چرا که ترکیب طرحواره‌درمانی با جمعیت زنان سالمند مبتلا به خودبیمارانگاری و پیامدهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی و در پیشینه پژوهشی مغفول مانده است و در این میان، پژوهش‌های جدید محدودی به بررسی طرحواره‌درمانی در سالمندی پرداخته‌اند. برای مثال، یک مطالعه داخلی نشان داد که طرحواره‌درمانی بر انسجام روانی زنان سالمند (مزینانی و همکاران، ۱۴۰۴) و اختلالات شخصیت در بزرگسالان مسن (نانادیک و همکاران، ۲۰۱۷) مؤثر بوده است. شارما و همکاران (۲۰۱۹) تأکید می‌کنند که این جمعیت هم‌زمان تنهایی، اضطراب مزمن و ترس از مرگ را تجربه می‌کنند. مداخلات محدودی مانند کیو و همکاران (۲۰۲۳) صرفاً بر نشانه‌های خودبیمارانگاری متمرکزند و به مشکلات اساسی این قشر از قبیل تنهایی و اضطراب مرگ توجه نمی‌کنند. طرحواره‌درمانی با اصلاح ریشه‌های تحولی، پاسخی به این نیاز جامع است. از طرف دیگر ضرورت اجتماعی انجام چنین پژوهش‌هایی بر کسی پوشیده نیست. چرا که خودبیمارانگاری در سالمندان منجر به مراجعات مکرر و غیرضروری به نظام سلامت، تحمیل هزینه‌های گزاف تشخیصی و اشغال بی‌دلیل تخت‌های درمانی می‌شود. طراحی یک مداخله روانشناختی اثربخش و نسبتاً کوتاه‌مدت، ضمن ارتقای سرمایه روانشناختی

همکاران، ۱۴۰۲). این رویکرد که توسط جفری یانگ بنیانگذاری شد (هافارت لاندینگ و هافارت، ۲۰۱۶)، بر این اصل استوار است که اگرچه افراد ممکن است در شکل‌گیری رنجش‌های اولیه خود نقشی نداشته باشند، اما در تداوم و پایداری این الگوهای ناکارآمد نقش فعالی ایفا می‌کنند (دی‌کلرک و همکاران، ۲۰۲۱). از منظر طرحواره‌درمانی، ریشه بسیاری از اختلالات از جمله خودبیمارانگاری، در طرحواره‌های ناسازگار اولیه نهفته است (اسلایز و اوربانسکا، ۲۰۲۳).

برای مثال طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری: این طرحواره که با ترس اغراق‌آمیز از فاجعه قریب الوقوع (مانند یک بیماری وحشتناک) مشخص می‌شود و مستقیماً با هسته خودبیمارانگاری و اضطراب مرگ مرتبط است (معتدمنفرد و همکاران، ۱۴۰۳)، طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی: باور به اینکه روابط مهم پایدار نخواهند ماند، ممکن است پیش‌بینی‌کننده احساس تنهایی در سالمندی باشد (ایرانی نژاد و همکاران، ۱۴۰۳)، سالمند خودبیمارانگار، برای مدیریت اضطراب ناشی از این طرحواره‌ها، از سبک‌های مقابله ناسازگار مانند اجتناب^۱ (پرهیز از موقعیت‌های اجتماعی و پزشکی) و جبران افراطی^۲ (چک کردن مداوم بدن و جستجوی اطمینان‌بخشی استفاده می‌کند که این سبک‌ها خود، مشکل اصلی را تداوم می‌بخشند (باملیس و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی حاکی از سهم بسزای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شیوع آسیب‌شناسی روانی است (اسلایز و همکاران، ۲۰۲۳). این طرحواره‌ها به‌طور معناداری با طیف وسیعی از پیامدهای منفی در سالمندان، از قبیل افسردگی و اضطراب اجتماعی (میره‌ای و همکاران، ۱۴۰۳؛ هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱)، احساس تنهایی (یونسی، ۱۴۰۲) و دشواری‌های بین‌فردی (جانووسکی و همکاران، ۲۰۲۰) همبستگی دارند. در این راستا رویکرد طرحواره‌درمانی مدعی است به جای تمرکز صرف بر علائم، به سراغ ریشه‌های شناختی-هیجانی این مشکلات در حوزه‌های مختلف می‌رود (نانادیک و همکاران، ۲۰۲۱). این مداخله از طریق فنون مختلف به فرد کمک می‌کند تا این الگوهای عمیق را بازشناسی نموده، به چالش کشیده و در نهایت تغییر دهد. در راستای به کارگیری رویکردهای مختلف روان‌شناسی جهت تأمین سلامت روان سالمندان بایستی اشاره کرد پدیده

1 avoidance

2 overcompensation

سه ماه گذشته، و (۴) نقص حسی شدید جبران‌نشده یا انصراف از ادامه مشارکت. شرکت کنندگان در پژوهش حاضر مشتمل بر ۳۰ نفر شامل (۱۵) نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش مبتنی بر طرحواره‌درمانی ۶۹/۲۶ (۵/۴۴) و گروه کنترل ۶۹/۸۶ (۴/۴۷) بود. در گروه آزمایش ۱۲ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، و ۳ نفر سیکل بودند و در گروه کنترل ۹ نفر تحصیلات ابتدایی، ۵ نفر سیکل، و ۱ نفر دیپلم داشتند.

ابزار

پرسشنامه اضطراب مرگ^۳. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش شرکت کنندگان به مرگ را می‌سنجد (برای مثال: از مردن خیلی می‌ترسم؛ از اینکه به صورت دردناکی بمیرم می‌ترسم). پاسخ به هر یک از آیتم‌ها به صورت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (۴) می‌باشد. نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ است که نمره بالاتر از ۸ معرف اضطراب مرگ زیاد است. ساگینو و کلاین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای سه عامل با روش تحلیل عاملی و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (خالق خواه و همکاران، ۱۳۹۸). رجیبی و بحرانی (۱۳۸۰) در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و براین اساس ضریب پایایی دو نیمه کردن را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ضریب ۰/۰۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ و ضریب ۰/۳۴ برای همبستگی بین اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود. در پژوهش صمدی‌فرد و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و در پژوهش کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب مرگ ۰/۶۹ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد که برای استفاده در پژوهش حاضر مناسب بود.

پرسشنامه احساس تنهایی^۴. برای اندازه‌گیری احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری و همکاران

سالمندان، بار اقتصادی ناشی از مصرف بی‌رویه خدمات درمانی را کاهش داده و الگویی برای مراکز نگهداری در مواجهه با این اختلال دشوار ارائه می‌دهد. بنابراین، این پژوهش با هدف پاسخ به این فرضیه‌ها بود که (۱) طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ زنان سالمند مبتلا به خود بیمار انگاری اثربخش است، و (۲) طرحواره‌درمانی بر احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خود بیمار انگاری اثربخش است.

روش

طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این پژوهش با کد اخلاق IR.IUA.TABRIZ.REC.1404-168 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی، نیمه آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان سالمند ساکن در خانه سالمندان شهر اهواز در سال ۱۴۰۳ تشکیل می‌دادند که علائم بالینی اختلال خودبیمارانگاری را بر اساس معیارهای DSM-IV-TR دارا بودند. با توجه به ماهیت مطالعه، جامعه آماری خاص و محدودیت‌های عملی در دسترسی به آن، حجم نمونه به صورت در دسترس شامل ۳۰ نفر تعیین شد که به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (طرحواره‌درمانی و گروه کنترل) گمارش شدند. دلیل انتخاب این تعداد برای نمونه این بود که در روش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه، توصیه شده است (دلاور، ۱۴۰۳). در این پژوهش، ملاک‌های ورود شامل: (۱) تشخیص اختلال اضطراب بیماری بر اساس ملاک‌های DSM-5-TR که با مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته تأیید شد، (۲) زن بودن و سن ۶۵ سال یا بالاتر، (۳) سکونت در خانه‌های سالمندان شهر اهواز، (۴) کسب نمره قابل قبول (≥ 24) در آزمون وضعیت شناختی مختصر (MMSE)^۲ جهت اطمینان از توانایی درک و مشارکت، (۵) کسب نمره بالاتر از میانگین در مقیاس‌های اضطراب مرگ (نمره بالاتر از ۳۰) و احساس تنهایی (نمره بالاتر از ۵۶) و (۶) توانایی و تمایل به شرکت منظم در جلسات، و ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: (۱) ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پزشکی عمده دیگر مانند روان‌پریشی، افسردگی اساسی شدید با خطر خودکشی، یا اختلال مصرف مواد فعال، (۲) داشتن بیماری جسمی حاد یا ناپایدار که مشارکت را مختل کند، (۳) دریافت همزمان روان‌درمانی منظم یا تغییر عمده در داروهای روان‌پزشکی در

³ Death anxiety scale

⁴ Loneliness scale

¹ quasi- experimental designs

² mini-mental state examination

دانشگاه تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان و دانشگاه آزاد تبریز بودند) مورد تأیید قرار گرفت. پس از انجام اصلاحات لازم برحسب نظر متخصصان برای محتوای پروتکل، مقدار روایی محتوایی برای پروتکل طرحواره‌درمانی ۰/۸۹ بدست آمد. لازم به ذکر است بر اساس جدول لاوشه (۱۹۷۵) مقدار روایی محتوایی برای ۸ نفر متخصص ۰/۸۵ بود. در مرحله بعدی، پیش از استفاده از محتوای پروتکل تدوینی، اثربخشی آن بر روی ۶ نفر از سالمندان خانه سالمندان شهر اهواز مشخص شد.

روش اجرا

برای انجام پژوهش حاضر پس از هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، پیش از شروع، از بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان مهرجویان شهر اهواز، ۵۳ نفر تمایل خود به پژوهش را اعلام نمودند. ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش در میان اعضا توزیع شد و افرادی که نمره بالاتر از میانگین در مقیاس‌های اضطراب مرگ (بالاتر از ۳۰) و احساس تنهایی (بالاتر از ۵۶) به دست آوردند، به عنوان نمونه انتخاب شدند (۳۷ نفر). در ابتدا هدف و اهمیت پژوهش، زمان برگزاری و تعداد جلسات و محرمانه بودن اطلاعات بیان شد و اعضای نمونه رضایت نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء نمودند. ۷ نفر به دلیل مشکلات شخصی و عدم آمادگی جسمانی از پژوهش خارج شدند. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از سالمندان زن که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و تمایل به همکاری بودند به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. پروتکل طرحواره‌درمانی بر اساس الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) که شامل ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود توسط درمانگر دارای گواهی پایان دوره طرحواره‌درمانی با حداقل ۵ سال سابقه کار با جمعیت سالمند، در خانه سالمندان مهرجویان به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه اجرا گردید. درحالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ارزیابی متغیرهای وابسته (اضطراب مرگ و مقیاس تنهایی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بلافاصله پس از درمان انجام و داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

اضطراب مرگ و احساس تنهایی شامل کاهش میانگین بودند، در حالی که در هر دو متغیر در گروه گواه وضعیتی بر عکس گروه آزمایش داشتند. در این گروه در متغیر اضطراب مرگ کاهش بسیار ناچیز در میانگین پس‌آزمون و

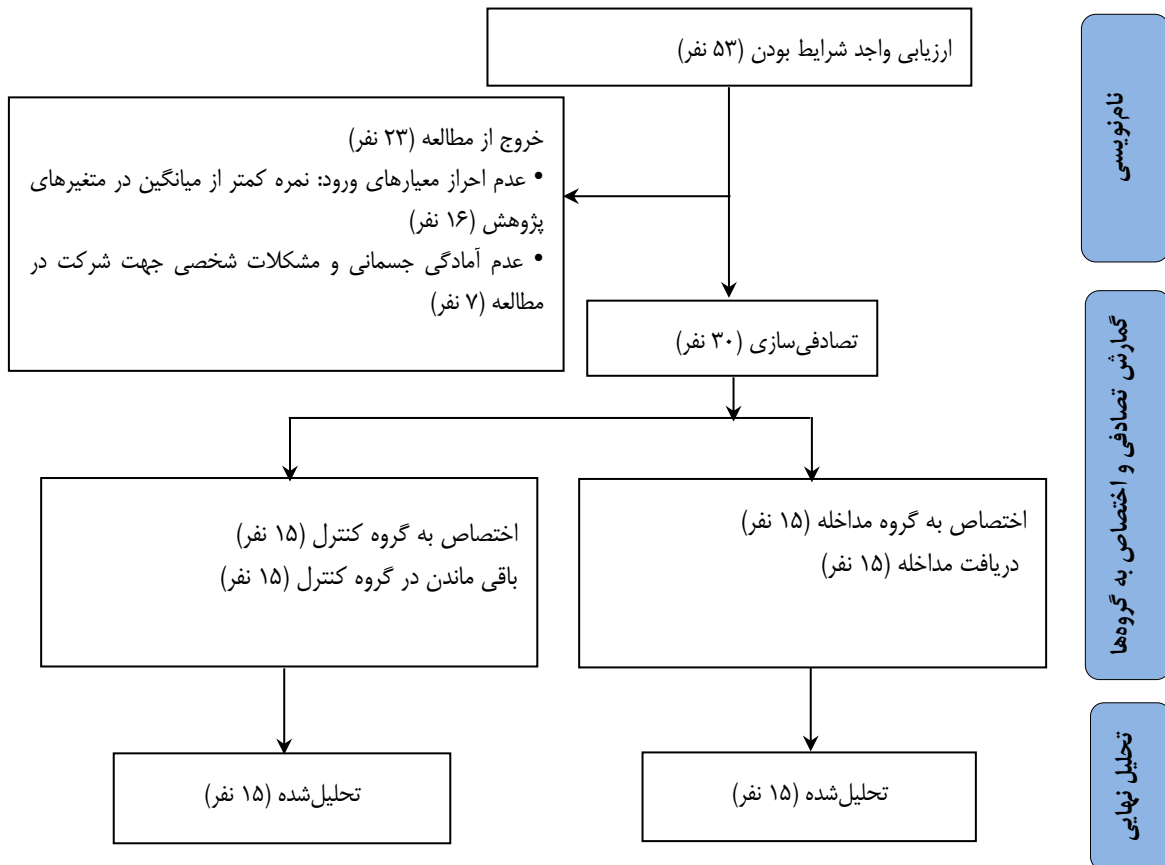
(۱۳۸۷) استفاده شد. این مقیاس ۲۸ سوال دارد. ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی برای اولین بار توسط (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷) صورت گرفته است. این مقیاس دارای سه عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی (برای مثال: ارتباط بسیار نزدیکی با اعضای خانواده/ام دارم)، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان (برای مثال: دوستانم همدم من هستند) و نشانه‌های عاطفی تنهایی (برای مثال: بخاطر روابط عمومی ضعیفی که دارم خودم را سرزنش می‌کنم) تشکیل شده است (صدری دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵). نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف صفر تا ۴ صورت می‌گیرد) که در گروهی از سؤالات خیلی زیاد (نمره صفر)، زیاد (۱)، متوسط (۲)، کم (۳) و خیلی کم (۴) می‌گیرد و برای گروه دیگری از سؤالات به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر از ۵۶ به معنای احساس تنهایی بیشتر و نمره پایین‌تر از آن به معنای احساس تنهایی کمتر می‌باشد. دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی راسل و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تأیید شده است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش فلاحی و همکاران (۱۴۰۳) همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد.

پروتکل آموزشی. پروتکل آموزش طرحواره‌درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای طراحی شده است که خلاصه جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی در این پژوهش از تلفیق مفاهیم موجود در منابع و کتب متعدد در زمینه طرحواره‌درمانی برگرفته از نظریات جفری یانگ (یانگ، ۲۰۰۳) و تقی‌یار و همکاران (۱۳۹۵) ساخته شده است. به صورتی که ابتدا مطالب مرتبط با پروتکل از میان منابع متعدد شناسایی و استخراج شدند و پس از ادغام مطالب در پروتکل اصلی و انطباق مطالب پروتکل با ویژگی‌ها و شرایط دوران سالمندی، پروتکل اصلی طراحی شد که خلاصه آن در جدول ۱ آورده شده است. سپس درستی محتوایی پروتکل طراحی شده با نظرخواهی از ۸ نفر از متخصصان روانشناسی (۳ نفر متخصص مشاوره خانواده، ۳ نفر متخصص روان‌شناسی بالینی، و ۲ نفر متخصص روانشناسی عمومی) که از اعضای هیأت علمی

جدول ۱

پروتکل ۱ جلسه‌ای روان‌درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	در ابتدای جلسه، ارتباط اولیه با اعضای گروه برقرار گردید و هریک از افراد خود را معرفی کردند. سپس قواعد گروه، اهداف کلی دوره و ساختار جلسات به طور کامل شرح داده شد. پس از جلب رضایت افراد برای حضور منظم و مشارکت فعال در فرآیند درمان، از آنان خواسته شد تا مشکل کنونی خود را به زبان ساده بیان کنند. تکلیف: در طی چند روز آینده به دقت روابط خود با دیگران را مشاهده کنید و مشکلات فعلی را که با آنها مواجه هستید، یادداشت و در مقابل هر مشکل، اهداف خود را بیان کنید.
دوم	آموزش طرحواره و سبک مقابله‌ای	مرور تکالیف جلسه قبل؛ آموزش مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های آنها (شامل خاستگاه، قدرت، و تداوم‌بخشی) و انواع پنج‌گانه حوزه‌های طرحواره‌ای به همراه مثال‌های عینی، توضیح سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی، اجتناب و تسلیم و تلاش برای ترسیم ارتباط میان مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌های زیربنایی آنها. تکلیف: چند موقعیت که در آنها احساس سرخوردگی و ناراحتی می‌کنید را به خاطر آورده و بنویسید. مشخص کنید در آن لحظه کدام طرحواره در شما برانگیخته شده و سبک مقابله‌ای شما چه بوده است؟
سوم	راهبردهای شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل؛ منطق فنون شناختی با استفاده از استعاره «جنگ» تشریح گردید. برای آزمون اعتبار طرحواره، از زنان سالمند خواسته شد تا شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره خود را در موقعیت‌های مختلف مرور کنند. رویارویی همدلانه به عنوان سبک درمانی اصلی به کار گرفته شد. تعریف جدیدی از شواهد تأییدکننده طرحواره ارائه گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند برداشت‌های خود را بازنگری کنند. تکلیف: تا جلسه آینده، چند نمونه از رفتارهای متأثر از طرحواره را در نظر بگیرید. طرحواره زیربنایی هر رفتار را مشخص کنید و فهرستی از شواهد تأییدکننده را لیست کنید.
چهارم	فنون شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل؛ در بخش اصلی جلسه، از افراد خواسته شد تا مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای خود (شیوه‌هایی که تاکنون در برابر طرحواره به کار می‌گرفتند) را ارزیابی و فهرست کنند. سپس گفتگویی خیالی میان «جنبه طرحواره» و «جنبه بزرگسال» ذهن هر فرد برقرار شد تا تضاد میان باورهای ناکارآمد و دیدگاه منطقی آشکار گردد. فن بازی «مدافع شیطان» توسط درمانگر به اجرا درآمد و طی آن، با طرح سؤالات چالشی، اعتبار طرحواره‌ها به چالش کشیده شد. تکلیف: با استفاده از تکنیک صندلی خالی، میان جنبه طرحواره و جنبه بزرگسال خود گفتگویی ترتیب دهید و آن را یادداشت کنید.
پنجم	راهبردهای تجربی	تکالیف نوشتاری گفتگوی صندلی خالی بررسی شد و سپس منطق و اهداف فنون تجربی شامل فعال‌سازی هیجانی و بازپردازش خاطرات توضیح داده شد. در مرحله بعد، تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده انجام گرفت. از افراد خواسته شد به موقعیت‌های تنش‌زا و آزارنده دوران کودکی خود بازگردند و تصویر ذهنی مرتبط را با جزئیات تجسم کنند. پس از آن، تلاش شد تا ارتباط میان آن تصاویر گذشته و احساسات و واکنش‌های کنونی مشخص شود. تکلیف: نامه‌ای خطاب به فردی که در دوران کودکی به شما آسیب رسانده است، بنویسید و احساسات، نیازهای برآورده‌نشده و خواسته‌های خود را بیان کرده و به جلسه بیاورید.
ششم	الگویشکی رفتاری	پس از خواندن نامه‌ها و پردازش هیجانی آنها در گروه، منطق فنون رفتاری و هدف الگویشکی (تغییر الگوهای رفتاری پایدار) تشریح گردید. برای هر یک از افراد فهرست جامعی از رفتارهای خاص وابسته به طرحواره که نیاز به تغییر داشتند، با کمک خودشان تهیه شد. راه‌های شناسایی این رفتارها (مانند مشاهده خود، بازخورد دیگران و مرور وقایع تنش‌زا) آموزش داده شد. سپس اولویت‌بندی رفتارها برای شروع الگویشکی انجام گرفت و مشکل‌سازترین رفتارها که بیشترین پیامد منفی را داشتند، به عنوان هدف نخست تغییر انتخاب شد. در پایان، انگیزه‌مندی برای تغییر رفتار از طریق بحث در مورد پیامدهای تداوم وضعیت موجود افزایش یافت. تکلیف: در روزهای آینده، چند موقعیت دارای احساس سرخوردگی را بنویسید. در آن موقعیت چه احساسی داشتید؟ چه فکری از دهنتان گذشت؟ چه رفتاری انجام دادید؟ در مقابل، یک رفتار سالم جایگزین را در مقابل آن پیشنهاد کنید.
هفتم	فنون رفتاری	مرور تکالیف. برای افزایش انگیزه تغییر، موانع احتمالی در مسیر تغییر رفتار (مانند ترس، عادت، یا فقدان مهارت) بحث شد. تمرین رفتارهای سالم از طریق دو روش تصویرسازی ذهنی (تجسم موقعیت‌آمیز رفتار جدید) و ایفای نقش در گروه انجام شد. هر یک از زنان سالمند با ایفای نقشی متفاوت از الگوی همیشگی، رفتار جایگزین را در فضایی امن تمرین کردند. پس از شناسایی موانع و تمرین، بر ایجاد تغییرات کوچک اما مشخص در زندگی روزمره تأکید گردید. تکلیف جلسه: رفتاری را که علی‌رغم تلاش‌ها هنوز موفق به تغییر آن نشده‌اید، انتخاب کنید. از خود بپرسید: «اگر این طرحواره را نداشتیم، در این موقعیت چه کار دیگری انجام می‌دادم؟» پاسخ را به عنوان رفتار جایگزین یادداشت و مزایا و معایب آن را بنویسید.
هشتم	پس‌آزمون و جمع‌بندی	مرور تکالیف. خلاصه‌ای از مباحث و فنون جلسات گذشته (شناختی، تجربی و رفتاری) به همراه دستاوردهای هر فرد ارائه گردید. سپس افراد در فرآیند جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی مشارکت کردند و تجربه خود را از دوره درمان بیان کردند. پس‌آزمون؛ تقدیر و تشکر از حضور و همکاری؛ آرزوی تداوم دستاوردهای درمانی



شکل ۱. فلوچارت روند نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان در مطالعه

مهم آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ برای همه گروه‌ها و در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بود. به منظور بررسی همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. با عنایت به معنادار نبودن مقدار F که برابر با ۱/۰۷ بود، بنابراین ماتریس کواریانس‌ها از شرط همگنی برخوردار بود. جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد و سطح معناداری بالاتر از

افزایش ناچیز در میانگین پیگیری بود. در نهایت در متغیر احساس تنهایی در گروه آزمایش کاهش میانگین در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون چشمگیر بود. این در حالی است که در متغیر مذکور در گروه گواه کاهش پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه آزمایش ناچیز بود. بنابراین چنانچه ملاحظه می‌شود تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است. به منظور میزان بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی و مقایسه آن با گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون مذکور، پیش‌فرض‌های

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به اضطراب مرگ و احساس تنهایی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمایش			گروه گواه		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب مرگ	۳۱ (۱/۳۰)	۱۸/۴۶ (۱/۵۵)	۱۸/۶۶ (۱/۱۱)	۳۱/۰۶ (۱/۶۲)	۳۰/۷۳ (۱/۴۳)	۳۱/۱۳ (۱/۲۴)
احساس تنهایی	۱۰۱/۶۰ (۳/۴۸)	۸۲/۱۳ (۴/۵۰)	۸۲/۵۳ (۳/۷۰)	۱۰۲/۴۰ (۹/۷۰)	۱۰۰/۲۶ (۸/۴۸)	۹۸/۴۰ (۶/۶۳)

می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض کرویت برقرار است. با عنایت به برقراری پیش فرض‌های آماری می‌توان از نتایج آزمون‌های چند متغیره برای تحلیل فرضیه‌ها استفاده کرد.

۰/۰۵ نشان از رعایت این پیش فرض بود. در نهایت برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد. با توجه به اینکه اندازه آزمون موجلی برای هیچ یک از متغیرهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی معنی‌دار نیست

جدول ۳

آزمون‌های چند متغیره برای مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بر متغیرهای پژوهش

آثار درون آزمودنی	مقدار	F	درجه آزادی	درجه خطا	معنی‌داری	مجذور ای‌تا
اثربخشی	۰/۹۷۱	۱۷/۲۹۸	۶	۱۱۰	P<۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
عامل	لا‌مبدای ویلک	۴۳/۹۳۹	۶	۱۰۸	P<۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
مکرر	اثر هاتلینگ	۸۹/۹۶۷	۶	۱۰۸	P<۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
	بزرگترین ریشه	۱۸۵/۵۳۶	۳	۵۵	P<۰/۰۰۱	۰/۹۱۰
	اثربخشی	۱۵/۶۵۶	۶	۱۱۰	P<۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
گروه *	لا‌مبدای ویلک	۳۱/۳۲۳	۶	۱۰۸	P<۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
عامل مکرر	اثر هاتلینگ	۵۳/۸۸۴	۶	۱۰۶	P<۰/۰۰۱	۰/۷۵۳
	بزرگترین ریشه	۱۱۰/۵۹۲	۳	۵۵	P<۰/۰۰۱	۰/۸۵۸

مکرر بر اساس هر چهار روش آزمون‌های چندمتغیره معنی‌دار است. تحلیل جدول ۳ بسیار کلی است و نمی‌توان بدرستی مشخص کرد که دقیقاً بین دو گروه آزمایش در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور پاسخ به این فرضیه باید از آزمون تعقیبی استفاده کرد.

در جدول ۳، آنچه که باید در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به آن توجه کرد این است که همواره معنی‌داری تعامل گروه و عامل مکرر به عنوان عامل اساسی تأثیر مداخله مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به نتیجه گزارش شده در جدول ۳ مشخص است که تعامل گروه و عامل

جدول ۴

آزمون‌های تک‌متغیره برای بررسی اثربخشی مداخله طرحواره‌درمانی در متغیرهای پژوهش

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ای‌تا
عامل مکرر	اضطراب مرگ	۱۰۵/۶۲۲	۱/۷۹۷	۵۸/۷۷۹	۵۹/۴۱۳	P<۰/۰۰۱	۰/۶۸۰
	احساس تنهایی	۲۵۰/۱/۹۵۶	۱/۶۳۱	۱۵۳۳/۷۰۳	۲۵۴/۵۱۸	P<۰/۰۰۱	۰/۹۰۱
تعامل گروه و	اضطراب مرگ	۹۲/۶۰۰	۱/۷۹۷	۵۱/۵۳۲	۵۲/۰۸۸	P<۰/۰۰۱	۰/۶۵۰
عامل مکرر	احساس تنهایی	۱۳۳۱/۴۶۷	۱/۶۳۱	۸۱۶/۱۹۱	۱۳۵/۴۴۷	P<۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
خطا	اضطراب مرگ	۴۹/۷۷۸	۵۰/۳۱۴	۰/۹۸۹			
(عامل مکرر)	احساس تنهایی	۲۷۵/۲۴۴	۴۵/۶۷۷	۶/۰۲۶			

معنی‌داری است. از سوی دیگر مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای متغیر اضطراب مرگ (F=52.088; P<.01) با اندازه اثر ۰/۶۵۰، و احساس تنهایی (F=135.447; P<.01) با اندازه اثر ۰/۸۲۹ از نظر آماری معنی‌دار است. این یافته‌ها دال بر اثربخشی بودن

بر اساس یافته‌های گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تعامل گروه و عامل مکرر برای متغیرهای پژوهش (اضطراب مرگ و احساس تنهایی) از نظر آماری معنی‌دار است. این نتیجه دال بر این است که بین دو گروه آزمایش (یعنی طرحواره‌درمانی و گروه گواه) از نظر آماری تفاوت

طرحواره‌درمانی در کاهش نمرات اضطراب مرگ و احساس تنهایی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی و مواجه شدن با تغییرات جسمانی، مشکلات روحی-روانی و محرومیت‌های اجتماعی در اواخر عمر از سویی و اهمیت و ضرورت توجه به مسائل و مشکلات روانشناختی سالمندان و تلاش در صدد رفع آنها از سوی دیگر، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خود بیمار انگاری انجام شد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که طرحواره‌درمانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی زنان سالمند مبتلا به خود بیمار انگاری به نحو معنی‌دار و پایداری موثر بوده است. همچنین طبق یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داده شد که بین نمرات سالمندان زن در گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش طرحواره‌درمانی با توجه به میانگین دو گروه، موجب کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه شده است.

فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب مرگ زنان سالمند با علائم اختلال هیپوکندری تأثیر دارد تأیید شد. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با نتایج پژوهش‌های معتمدمنفرد و همکاران (۱۴۰۳)، عقیلی و همکاران (۱۳۹۹) و شارما و همکاران (۲۰۱۹) همسویی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در چارچوب طرحواره‌درمانی که توسط یانگ پایه‌گذاری شد، ارزیابی دقیق طرحواره‌های ناسازگار اولیه هر بیمار و ترسیم یک نیمرخ چندبعدی از او، گام نخست و بنیادین محسوب می‌شود. بر این اساس، راهبردهای درمانی به گونه‌ای طراحی می‌شوند که مستقیماً با تجربیات منحصر به فرد فرد، به‌ویژه آن دسته از تجربیاتی که مانع همکاری درمانی، فرآیند یادگیری و اجتناب از مواجهه می‌گردند، مرتبط باشند (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷). از منظر شناختی، افکار خودکار منفی و سوگیری در تفسیر رویدادها که می‌تواند به بروز اختلالاتی مانند اضطراب مرگ در سالمندان بینجامد، همگی به عنوان پیامدهای جانبی این طرحواره‌های عمیق قلمداد می‌شوند (فاسیندر و آراتنز، ۲۰۲۱). این ساختارهای شناختی، مسئول پردازش، کدبندی و ارزیابی داده‌های ورودی هستند و نقش تعیین‌کننده‌ای در آنچه

ادراک می‌شود یا نادیده گرفته می‌شود، ایفا می‌کنند (حسین زاده قناد و همکاران، ۱۴۰۳). بیماران مضطرب عموماً طرحواره‌های خود را به عنوان امری بدیهی می‌پذیرند و آنها را مورد چون و چرا قرار نمی‌دهند (دی کلرک و همکاران، ۲۰۲۱). فرآیند درمان، از طریق به چالش کشیدن این طرحواره‌های معیوب، به بیمار یاری می‌رساند تا با ایجاد یک صدای سالم در درون، ذهنیت بزرگسال سالم خود را تقویت کند (سنگانی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). شایان ذکر است که به‌کارگیری تکنیک‌های رفتاری، سهم بسزایی در اثربخشی این رویکرد دارد. این تکنیک‌ها به مراجع کمک می‌کنند تا الگوهای رفتاری ناسازگار را کنار گذاشته و سبک‌های مقابله‌ای انعطاف‌پذیرتری را در پیش گیرند (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷). در نهایت، هدف این است که فرد بتواند از طرحواره فاصله گرفته و آنرا نه به‌عنوان حقیقتی مطلق درباره خود، بلکه به صورت یک موجودیت مزاحم بازشناسد (ریسو و همکاران، ۲۰۰۷).

فرضیه دوم مطالعه مبنی بر اینکه طرحواره‌درمانی در کاهش احساس تنهایی زنان سالمند با علائم خودبیمارانگاری تأثیر دارد تأیید شد. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های ایرانی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۳)، مرادیان و همکاران (۱۴۰۲) و بیشاپ و همکاران (۲۰۲۲) همسویی دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت بر اساس پژوهش‌های علمی، طرحواره‌درمانی به‌عنوان یک رویکرد درمانی تلفیقی، اثربخشی قابل‌توجهی در کاهش احساس تنهایی در جمعیت‌های مختلف از جمله سالمندان، زنان مطلقه و زوجین دارای تعارض نشان داده است (سنگانی و همکاران، ۱۳۹۷). این روش با هدف شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه عمل می‌کند که الگوهای عمیق و ناکارآمد ذهنی هستند و در دوران کودکی به دلیل برآورده نشدن نیازهای هیجانی اساسی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها، مانند طرحواره‌های رهاشدگی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، و نقص/شرم، مانند فیلتری عمل می‌کنند که باعث ادراک تحریف‌شده‌ای از روابط بین‌فردی می‌شود و فرد را به سمت انزوا و احساس تنهایی سوق می‌دهد. مطالعات متعدد از طریق طرح‌های نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل این اثربخشی را تأیید کرده‌اند. برای نمونه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجرای پروتکل استاندارد طرحواره‌درمانی (بر اساس مدل یانگ و همکاران، ۱۴۰۳) به‌طور معناداری منجر به کاهش احساس تنهایی (هم در ابعاد عاطفی و هم اجتماعی) و همچنین کاهش نشخوار فکری که یکی از مکانیسم‌های تداوم بخش احساس تنهایی است می‌شود (سلمانی و همکاران،

چالش‌های روانی خاص این دوره از زندگی، مقابله‌ای سازگارانه داشته باشد و از تبدیل نگرانی‌های عادی به یک اختلال بالینی (خودبیمارانگاری) پیشگیری کند.

در بعد اجتماعی، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مورد بررسی می‌تواند پیامدهای مثبت اجتماعی قابل توجهی به دنبال داشته باشد. کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان، به کاهش بار عاطفی و روانی وارد بر خانواده‌ها و مراقبان آنان منجر می‌شود و تعاملات بین‌نسلی را تسهیل می‌کند. زمانی که سالمند از نظر روانی سالم‌تر باشد، می‌تواند نقش فعال‌تری در خانواده و جامعه ایفا کند و از انزوای اجتماعی که یکی از معضلات اصلی دوران سالمندی است، رهایی یابد. این امر به نوبه‌ی خود می‌تواند به تغییر نگرش منفی جامعه نسبت به سالمندی و سالمندان کمک کرده و زمینه‌ساز ایجاد یک فرهنگ غنی‌شده از تجربه و خرد سالمندان باشد. علاوه بر این، با ارتقای سلامت روان سالمندان و کاهش نشانه‌های خودبیمارانگاری، از فشار بر سیستم‌های حمایتی و مراکز نگهداری سالمندان نیز کاسته می‌شود و آن‌ها می‌توانند منابع خود را به ارائه‌ی خدمات باکیفیت‌تر اختصاص دهند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

پژوهش حاضر علی‌رغم دستاوردهای ارزشمند، با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که از آن جمله می‌توان به چالش‌های اجرایی ناشی از شرایط ویژه سالمندان (مانند خستگی و شکایت از طولانی بودن جلسات)، عدم امکان کنترل متغیرهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی، و همچنین تک‌جنسیتی بودن نمونه اشاره کرد. با توجه به این محدودیت‌ها و با استناد به یافته‌های مطالعه، پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در آینده با درنظرگیری هر دو جنس و در بسترهای فرهنگی متنوع تکرار شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات کوتاه‌مدت، استفاده از فناوری‌های دیجیتال و رویکردهای سرگرم‌کننده برای تسهیل فرآیند آموزش سالمندان توصیه می‌شود. افزون بر این، با توجه به اثربخشی مستندشده طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی، تدوین محتوای این مداخلات در قالب بسته‌های آموزشی کاربردی جهت بهره‌برداری در برنامه‌های ارتقای سلامت روان سالمندان پیشنهاد می‌گردد.

سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

۱۴۰۱؛ ساکر، ۲۰۱۷). به‌عبارت دیگر، این درمان با کمک به بیماران برای به چالش کشیدن و بازسازی این باورهای عمیق، درک واقع‌بینانه‌تری از روابط اجتماعی در آنان ایجاد کرده و مهارت‌های لازم برای ارضای نیازهای هیجانی اساسی مانند ارتباط و صمیمیت را به آنان می‌آموزد.

تولیحات مطالعه

از منظر نظری، یافته‌های این مطالعه به بسط دانش موجود در زمینه‌ی کاربست طرحواره‌درمانی در جمعیت سالمندان کمک شایانی می‌کند. اولاً، این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حتی در دوران سالمندی، قابل اصلاح هستند و این اصلاح می‌تواند به تغییر در پیامدهای هیجانی مانند اضطراب مرگ بینجامد؛ این امر دیدگاه سنتی مبنی بر ثبات و مقاومت بالای طرحواره‌ها در سنین بالا را به چالش می‌کشد. ثانیاً، این مطالعه با نشان دادن ارتباط بین مداخله بر روی طرحواره‌ها و کاهش احساس تنهایی، بر نقش واسطه‌ای شناخت‌های بنیادین در شکل‌گیری انزوای اجتماعی ادراک‌شده در سالمندان صحنه می‌گذارد. به‌عبارتی، تولیحات نظری آن است که احساس تنهایی در سالمندان مبتلا به خودبیمارانگاری، نه صرفاً ناشی از کمبودهای عینی اجتماعی، بلکه تا حد زیادی متأثر از فعال‌سازی طرحواره‌هایی مانند رهاشدگی یا نقص است. درنهایت، این پژوهش ادبیات نظری مربوط به خودبیمارانگاری را غنی‌تر می‌کند و نشان می‌دهد که این اختلال در سالمندان می‌تواند ریشه در طرحواره‌های ناسازگار داشته باشد و صرفاً یک نگرانی منطقی در مورد سلامت جسمانی نیست، بلکه پاسخی هیجانی و شناختی به طرحواره‌های زیربنایی است.

در سطح فردی و عملی، نتایج پژوهش حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر برای توانمندسازی روانی زنان سالمند به‌کار گرفته شود. این رویکرد درمانی با کاهش اضطراب مرگ، به فرد سالمند کمک می‌کند تا با آسودگی خاطر بیشتری به فرآیند پیری و پایان زندگی بنگرد و از اشتغال ذهنی دائمی با بیماری و مرگ رهایی یابد. همچنین، کاهش احساس تنهایی از طریق این درمان، به فرد امکان می‌دهد تا روابط بین فردی رضایت‌بخش‌تری را تجربه کرده و از حمایت اجتماعی موجود به‌طور مؤثرتری بهره‌مند شود. این تغییرات در نهایت به افزایش کیفیت زندگی، بهبود بهزیستی روان‌شناختی و ارتقای سرمایه‌های روان‌شناختی سالمند (مانند امیدواری و تاب‌آوری) منجر می‌شود. به‌عبارت دیگر، این مداخله به فرد سالمند می‌آموزد که چگونه با

منابع

- آقاجانی، ط.، عزتی فرد، ا.، علایی جنت مکان، ما.، صلحی، م.، فروغان، م.، قهرمان زاده، ن.، و درگاهی، ح. (۱۴۰۳). بررسی احساس تنهایی بر سلامت روان سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران: یک مطالعه مقطعی، *پایش*، ۲۳(۲)، ۲۳۱-۲۲۱.
- ایرانی نژاد، ش.، نیکوی، م.، و شریفی راد، غ. (۱۴۰۳). مدل ساختاری سلامت روان بر اساس طرحواره های ناسازگار با میانجیگری احساس تنهایی در جوانان در غربت ایرانی، *روانشناسی*، ۱۳(۵ پیاپی ۹۸)، ۹۱-۱۰۰.
- پیمانفر، ا.، علی اکبری دهکردی، م.، و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت. *روانشناسی و دین*، ۵(۴)، ۴۱-۵۲.
- تقی یار، ز.، پهلوان زاده، ف.، سماوی، س. ع. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل، *فصلنامه زن و مطالعات خانواده*، ۹(۲۴)، ۶۳-۴۹.
- حاجی حسنی، م.، نادر، ن. (۱۴۰۰). اضطراب مرگ در سالمندان: نقش سلامت معنوی و حمایت اجتماعی ادراک شده، *روانشناسی پیری*، ۴(۴)، ۳۱۹-۳۰۹.
- حسین زاده قناده، پ.، قبری هاشم آبادی، ب.، و عالی، ش. (۱۴۰۳). مقایسه تأثیر درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر الکیسی- تیمیا و اضطراب مرگ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه. *روانشناسی پیری*، ۱۲(۶)، ۱۳۵-۱۲۳.
- خلوتی، م. (۱۴۰۰). اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی: یک مرور نظام مند و متاآنالیز، *مجله سالمندی ایران*، ۱۶(۲)، ۱-۲۴.
- دلاور، ع. (۱۴۰۳). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: ویرایش.
- دهشیری، غ.، برجلی، ا.، شیخی، م.، و حبیبی‌اصغرآبادی، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتبار سنجی مقیاس احساس تنهایی در بین دانش‌آموزان، *فصلنامه روانشناسی*، ۱۲(۴۷)، ۲۹۶-۲۸۲.
- رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤالیهای مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۵(۴ پیاپی ۲۰)، ۳۴۴-۳۳۱.
- زکی زاده، ر.، بحرینی، م.، فرهادی، ا.، باقرزاده، ر. (۱۴۰۱). بررسی نقش میانجی افسردگی در ارتباط بین احساس تنهایی با عملکرد اجتماعی سالمندان شهر بوشهر، *مجله سالمندی ایران*، ۱۷(۴)، ۵۹۵-۵۸۰.
- سلمانی، م.، ذوقی، ل. (۱۴۰۱). رابطه احساس تنهایی، هوش معنوی و سلامت عمومی با اضطراب مرگ در سالمندان: نقش میانجی ذهن آگاهی، *روانشناسی پیری*، ۱۸(۱)، ۶۹-۵۵.
- سنگانی، ع.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه، *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۲۵(۲ پیاپی ۲۰)، ۲۱۶-۲۰۱.
- صدری‌دمیرچی، ا.، و رضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۲(۱)، ۱۲-۱.
- صمدی فرد، ح.ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۶). پیش بینی اضطراب مرگ سالمندان بر اساس ذهن آگاهی و باورهای غیرمنطقی. *روانشناسی پیری*، ۵(۳)، ۲۱-۱۵.
- عقیلی، س. م.، و حجازی، ف. (۱۳۹۸). مطالعه و مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و ذهن آگاهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه و استرس سالمندان مراکز روزانه شهر گرگان. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۴(۴)، ۲۵-۱۲.
- فلاحی، ف.، پرندین، ش.، و ولی زاده، ح. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان، *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۶(۷۴)، ۲۳۱-۲۲۱.
- قاسمی، م.، جمیلیان، ح. ر.، و نوری‌زاده آبیاریکی، م. (۱۴۰۱). بررسی تطبیقی باورهای فراشناختی بیماران هایپوکاندریسیس و افراد بهنجار در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۵(۴)، ۶۲۵-۶۱۴.
- کاکابرایی، ک.، و معاذی نژاد، م. (۱۳۹۵). رابطه سن و معنایی در زندگی با اضطراب مرگ در زنان و مردان سالمند بازنشسته، *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۴۷-۳۷.
- کیارسی، ز.، عمادیان، س. ع.، و حسن زاده ر. (۱۴۰۰). مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان، *روانشناسی*، ۱۰(۸)، ۱۹۶-۱۸۵.
- مرادی، ش.، قدرتی‌میرکوهی، م.، و حیاتی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه مرور زندگی بر احساس تنهایی سازگاری اجتماعی و انسجام و یکپارچگی سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۵(۳)، ۱۹۹-۱۷۹.
- مرادیان، ز.، محمودی، آ.، و تقوایی نیا، ع. (۱۴۰۲). مدل سازی ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه، ویژگی های شخصیتی و گرایش به خودکشی با نقش های واسطه ای خودکارآمدی و معنای زندگی در نوجوانان شهرستان گچساران، *فصلنامه علمی- پژوهشی سبک زندگی اسلامی*، ۷، ۳۲۸-۳۱۷.
- مزینانی، م.، کاظمیان مقدم، ک.، و شهبازی، م. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اختلالات شناختی و انسجام روانی زنان سالمند. *سالمندشناسی*، ۱۰(۳)، ۱۱۶-۱۰۶.

- Aliakbari Dehkordi, M., Peymanfar, E., Mohtashami, T., & Borjali, A. (2015). The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness, and happiness in life of elderly persons under cover of Social Welfare Organisation of Urmia City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 9(4), 297-305. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-682-fa.html> [Persian]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Çakar, F. S. (2020). The levels predicting death anxiety of loneliness and meaning in life in youth. *European Journal of Education Studies*, 6(11), 97-121. <https://doi.org/10.46827/ejes.v0i0.2814>
- Callister, A., Galbraith, Q., & Kelley, H. (2019). Constructing meaning through connection: Religious perspectives on the purpose of life. *International Journal of Religion & Spirituality in Society*, 9(3), 15-31. <https://doi.org/10.18848/2154-8633/CGP/v09i03/15-31>
- Daniel, F., Espírito-Santo, H., Lemos, L., Guadalupe, S., Barroso, I., Gomes da Silva, A., & Ferreira, P. L. (2023). Measuring loneliness: Psychometric properties of the three-item loneliness scale among community-dwelling adults. *Heliyon*, 9(5), e15948. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15948>
- De Klerk, A., Keulen-De Vos, M., & Lobbetael, J. (2021). The effectiveness of schema therapy in offenders with intellectual disabilities: A case series design. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(3), 218-226. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1978956>
- معمدمنفرد، س.، تیزدست، ط.، و آزادیکتا، م. (۱۴۰۳). رابطه طرحواره جدایی با اضطراب مرگ در پرستاران بخش مراقبت های ویژه: بت نقش میانجی معنا در زندگی و ادراک حمایت اجتماعی، *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۱۰ پیاپی ۱۰۳)، ۶۱-۷۰.
- موسوی س. و ا.، خالق خواه ع.، میرمهدی س. ر.، و زبردست، ع. (۱۳۹۸). مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان پذیر و افراد غیرمیتلا: شواهدی از تفاوت های جنسیتی. *سلامت و بهداشت اردبیل*، ۱۰ (۳)، ۳۴۶-۳۵۸.
- مومنی، خ.، مجذوبی، م. ر.، سابتینی، س.، و نصرتی، پ. (۱۴۰۳). رابطه بین نگرش به سالمندی و احساس تنهایی از طریق نقش میانجی تاب‌آوری و عزت نفس در سالمندان ایرانی. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰ (۴)، ۵۲۴-۵۰۹.
- میره ای، ن.، بزازیان، س.، و قدرتی، س. (۱۴۰۳). رابطه طرحواره های ناسازگار او لیه با افسردگی و اضطراب اجتماعی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰ (۳)، ۳۳۳-۳۲۵.
- نقدی مژگان، م.، آقایی، ح.، و حسین خانزاده، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان *مجله علوم روانشناختی* ۲۲ (۱۲۸)، ۱۷۲-۱۵۷.
- هولستی، ل. ر. (۲۰۰۷). تحلیل محتوی در علوم اجتماعی و انسانی، ترجمه: سالارزاده امیری، نادر. (۱۴۰۴). چاپ چهارم، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.
- یانگ، ج.، گلوکسو، ژ.، و ویشار، م. (۲۰۰۷). *طرحواره‌درمانی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. (۱۴۰۳). چاپ شانزدهم، تهران: ارجمند.
- یونسی، ز. (۱۴۰۲). *طرحواره‌های ناسازگار اولیه و احساس تنهایی در سالمندان*، تهران: راز نهان.

References

- Aghajani, T., Ezatifard, A., Alaei JanatMakan, M., Solhi, M., Foroughan, M., & GhahremanZadeh, N. (2024). Exploring the impact of loneliness on mental health among elderly in west health center of Tehran, Iran. *Payesh*, 23(2), 221-231. <http://payeshjournal.ir/article-1-2226-fa.html> [Persian]
- Aghili, S. M., & Hejazi, F. (2019). Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on early maladaptive schemas and stress in the elderly in daily centers of Gorgan City. *Clinical Psychology Achievements*, 4(4), 11-24. <https://doi.org/10.22055/jacp.2021.34189.1156> [Persian]

- Dehshiri, G. R., Borjali, A., Sheykhi, M., & Habibi Askarabad, M. (2008). Development and validation of the loneliness scale among university students. *Journal of Psychology, 12*(3), 282-296. <https://sid.ir/paper/54424/en> [Persian]
- Delawar, A. (2024). *Research methods in psychology and educational sciences*. [Publisher]. [Persian]
- Falahi, F., Parandin, S., & Valizadeh, H. (2024). Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment therapy and therapy based on mindfulness on death anxiety and loneliness of the elderly. *Journal of Modern Psychological Researches, 19*(74), 221-232. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.59381.5949> [Persian]
- Fassbinder, E., & Arntz, A. (2021). Schema therapy. In *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (Vol. 1, pp. 493-537). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-000>
- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Ghasemi, M., Jamilian, H., & Nourizadeh Ab-Barik, M. (2021). Comparing metacognitive beliefs between hypochondriasis COVID-19 patients and healthy individuals. *Journal of Arak University of Medical Sciences, 24*(4), 616-627. <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6667-fa.html> [Persian]
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA—Journal of Death and Dying*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Hajihassani, M., & Naderi, N. (2021). Death anxiety in the elderly: The role of spiritual health and perceived social support. *Aging Psychology, 6*(4), 309-319. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5778.1473> [Persian]
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Hoffart Lunding, S., & Hoffart, A. (2016). Perceived parental bonding, early maladaptive schemas, and outcome in schema therapy of cluster C personality problems. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(2), 107-117. <https://doi.org/10.1002/cpp.1938>
- Holsti, L. R. (2019). *Content analysis of humanities and social sciences* (N. Salarzadeh Amiri, Trans.). Allameh Tabataba'i University Press. https://book.atu.ac.ir/book_117.html [Persian]
- Hosseinzadeh Ghannad, P., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Aali, S. (2025). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and schema therapy on alexithymia and death anxiety of intensive care unit nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 12*(6), 122-135. <http://ijpn.ir/article-1-2470-fa.html> [Persian]
- Huang, D., Zeng, T., Mao, J., & Zhao, M. (2022). The unmet needs of older adults living in nursing homes in mainland China: A nationwide observational study. *BMC Geriatrics, 22*(1), 989. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03699-9>
- Iraninejad, S., Nikooy, M., & Sharifirad, G. (2024). The structural model of mental health based on maladaptive schemas with the mediation of loneliness in young people in Iran. *Rooyesh, 13*(5), 91-100. <http://frooyesh.ir/article-1-5422-fa.html> [Persian]
- Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., & Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(3), 408-447. <https://doi.org/10.1002/cpp.2439>
- Kakabaraei, K., & Moazinejad, M. (2016). The relationship between finding meaning in life and demographic characteristics with death anxiety in the elderly. *Aging Psychology, 2*(1), 37-47. https://jap.razi.ac.ir/article_500.html [Persian]
- Khalvati, M., Babakhanian, M., Khalvati, M., Nafei, A., Khalvati, M., & Ghafuri, R. (2021). Death anxiety in the elderly in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 16*(2), 152-171.

- <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2028-fa.html> [Persian]
- Kiarasi, Z., Emadian, S. O., & Hassanzadeh, R. (2021). Comparison of the efficacy of compassion-focused therapy and logotherapy on death anxiety in females with breast cancer. *Rooyesh, 10*(8), 185-196. <http://frooyesh.ir/article-1-2834-fa.html> [Persian]
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology, 28*(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Lim, S. Y., & Chang, S. O. (2020). Ego-integrity management of residents in nursing homes: A concept analysis based on the method by Walker and Avant. *Journal of Korean Gerontological Nursing, 20*(2), 97-108. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2018.20.2.97>
- Mazinani, M., Kazemian Moghadam, K., & Shahbazi, M. (2025). The effectiveness of schema therapy on cognition disorders and sense of coherence in elderly women. *Journal of Gerontology, 10*(3), 106-116. <http://joge.ir/article-1-780-fa.html> [Persian]
- Mirei, N., Bozazian, S., & Ghodrati, S. (2024). The relationship between early maladaptive schemas and depression and social anxiety in the elderly. *Aging Psychology, 10*(3), 325-343. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10733.1783> [Persian]
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van der Houwen, K. (2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA—Journal of Death and Dying, 64*(4), 357-379. <https://doi.org/10.2190/OM.64.4.e>
- Momeni, K., Majzoobi, M., Sabatini, S., & Nosrati, P. (2025). The relationship between attitudes toward aging and feelings of loneliness through the mediating role of resilience and self-esteem in Iranian older adults. *Aging Psychology, 10*(4), 509-524. <https://doi.org/10.22126/jap.2025.11692.1833> [Persian]
- Moradi, S., Ghodrati Mirkohi, M., & Hayati, M. (2019). The effectiveness of the life review program on sense of loneliness, social adjustment, coherence, and integration in the elderly. *Aging Psychology, 5*(3), 179-199. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.1225> [Persian]
- Motamed Monfared, S., Tizdast, T., & Azad Yekta, M. (2024). The relationship between the schema of separation and death anxiety in nurses of intensive care units: The mediating role of meaning in life and perception of social support. *Rooyesh, 13*(10), 61-70. <http://frooyesh.ir/article-1-5270-fa.html> [Persian]
- Mousavi, S., Khalegh Khah, A., Abbasian, S., & Zebardast, A. (2019). Comparison of spiritual health, life expectancy, and death anxiety in two groups of patients with curable cancer and non-cancer patients: Evidence of gender differences. *Journal of Health, 10*(3), 346-358. <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-1926-fa.html> [Persian]
- Naghdi, M., Taher, M., Aghaei, H., & Hossein Khanzadeh, A. A. (2023). Comparing the effectiveness of logotherapy and acceptance and commitment therapy on the loneliness of the elderly. *Journal of Psychological Science, 22*(128), 157-172. <https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1663> [Persian]
- Nenadic, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry Research, 253*, 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.093>
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 579-597. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Qiu, T., Zhang, G., Zhou, F., & Jiang, H. (2023). Hypochondriasis as a mental disorder of the elderly: Possibilities for alleviating the psychological state in group fitness Qigong classes. *Current Psychology, 43*(14), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05396-1>
- Rajabi, G. R., & Borhani, M. (2002). Item factor analysis of the Death Anxiety

- Scale. *Journal of Psychology*, 5(4), 331-344. <https://sid.ir/paper/54487/en> [Persian]
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association.
- Sacker, A., Ross, A., MacLeod, C. A., Netuveli, G., & Windle, G. (2017). Health and social exclusion in older age: Evidence from Understanding Society, the UK Household Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 71(7), 681-690. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208037>
- Sadri Damirchi, E., & Ramezani, S. (2016). The effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*, 2(1), 1-12. https://jap.razi.ac.ir/article_343.html [Persian]
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 329-333. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199605\)52:3<329::AID-JCLP11>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199605)52:3<329::AID-JCLP11>3.0.CO;2-K)
- Salmani, M., & Zoghi, L. (2022). The relationship between loneliness, spiritual intelligence, and general health with death anxiety in the elderly: The mediating role of mindfulness. *Aging Psychology*, 8(1), 55-69. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7586.1609> [Persian]
- Samadifard, H., & Narimani, M. (2017). Prediction of death anxiety in the elderly based on mindfulness and irrational beliefs. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 15-21. <http://ijpn.ir/article-1-945-fa.html> [Persian]
- Sangani, A., & Dasht Bozorgi, Z. (2018). The effectiveness of schema therapy on general health, rumination, and social loneliness of divorced women. *Psychological Achievements*, 25(2), 201-216. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.24944.2008> [Persian]
- Sharma, P., Asthana, H. S., Gambhir, I. S., & Ranjan, J. K. (2019). Death anxiety among elderly people: Role of gender, spirituality, and mental health. *Indian Journal of Gerontology*, 33(3), 240-254.
- Słysz, A., & Urbańska, J. (2023). Psychological consequences of experiencing the COVID-19 coronavirus pandemic: Early maladaptive schemas and mental health and quality of life. *Psychology, Health & Medicine*, 28(9), 2660-2671. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2179645>
- Srivastava, M., & Ghosh, A. (2024). Societal impact of death anxiety and mental health among nurses in India. *Societal Impacts*, 4, 100095. <https://doi.org/10.1016/j.socimp.2024.100095>
- Taghi Yar, Z., Pahlavan Zadeh, F., & Samavi, S. A. (2016). The effectiveness of schema therapy on marital frustration in married women. *Quarterly Journal of Women and Family Studies*, 9(24), 49-63. <https://sanad.iau.ir/journal/jwsf/Article/531622?jid=531622> [Persian]
- Templer DI. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. Apr;82(2d Half):165-77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Urang, S., Hashemi Razini, H., & Abdollahi, M. H. (2017). Relationship between early maladaptive schemas, meaning of life, and psychological well-being of the elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 12(3), 326-345. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1320-fa.html> [Persian]
- Varlı, U., & Alankaya, N. (2022). Effect of health anxiety on disease perception and treatment compliance in elderly patients during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.05.002>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Retrieved Month Day, Year, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Wu, J., Fu, D., Zhang, L., Xie, X., Wang, X., Shen, X., Liu, S., Xu, X., Cheng, H., Ma, X., & Lin, D. (2024). The relationship between psychological vulnerability, aging attitudes, and life meaning in elderly patients with comorbidities. *International Journal of Mental Health Promotion*, 26(11), 894-904. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2024.056223>
- Younesi, Z. (2023). *Early maladaptive schemas and loneliness in the elderly*. Raz-e Nahan Publications. [Persian]

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2007/1403). *Schema therapy* (H. Hamidpour & Z. Andoz, Trans., 16th ed.). Arjmand Publications. [Persian]

Zakizadeh, R., Bahreini, M., Farhadi, A., & Bagherzadeh, R. (2023). Assessing the

mediating role of depression in the relationship between feeling of loneliness and social functioning in the elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 17(4)*, 580-595. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2336-fa.html> [Persian]