AGING PSYCHOLOGY
Saberi Tilaki et al., Aging Psychology, 2026, 12(1), 23-44
DOI: 10.22126/JAP.2026.13174.1892

Research Article

The Comparison of the Effectiveness of Stress Inoculation Training and Lazarus Multimodal Therapy on Loneliness and Quality of Life in Older Adults

Mohaddaseh Saberi Tilaki [1], **Kolsom Akbarnataj Bisheh** [2*] and **Hossein Eghbali** [3]

[1] Educational and Psychological Service, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran.
[2] Department of Nursing, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
[3] Department of Psychology, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran.

Article Info

Article History
Received: 17.11.2025
Revised: 02.03.2026
Accepted: 04.04.2026
ePublished: 05.04.2026

Keywords
stress inoculation training, loneliness, Lazarus multimodal therapy, older adults, quality of life

How to cite this article
Saberi Tilaki, M., Akbarnataj Bisheh, K., & Eghbali, H. (2026). Comparison of the effectiveness of stress inoculation training and lazarus multimodal therapy on loneliness and quality of life in older adults. *Aging Psychology, 12*(1), 23-44.

*Corresponding Author
Kolsom Akbarnataj Bisheh

Email
K.akbarnataj@iausari.ac.ir

© The Author(s)
Publisher: Razi University

Abstract

Background: Later life is a stage that can significantly influence individuals' physical and psychological health and may also lead to changes in lifestyle. Consequently, loneliness and reduced quality of life are relatively common among older adults. In this context, the use of psychological interventions and addressing these issues can enhance the overall well-being of this population. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) and Lazarus Multimodal Therapy (LMT) on loneliness and quality of life among older adults attending a daytime care center.

Method: This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population consisted of adults aged over 65 who attended a daytime care center for older adults in Sari in 2023. From this population, 45 participants were selected through convenience sampling based on the study's inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to three groups of 15 participants each. Data were collected using the UCLA Loneliness Scale developed by Russell and colleagues and the Quality-of-Life Questionnaire developed by WHO researchers. In this study, the two experimental groups received eight 60-minute sessions of SIT (Meichenbaum) and LMT, respectively, while the control group received no intervention. Finally, the collected data were analyzed using interactive regression analysis.

Results: The results indicated that both SIT and LMT significantly reduced loneliness among older adults. Bonferroni post hoc comparisons showed that loneliness scores were significantly lower and quality-of-life scores were significantly higher in both intervention groups than in the control group, while the difference between the two intervention groups was not statistically significant.

Conclusion: Based on the findings of the present study, SIT and LMT appear to reduce loneliness and improve quality of life among older adults by enhancing psychological flexibility. Therefore, the application of these interventions may be beneficial in promoting psychological well-being in later life.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Aging is a multifactorial process and one of the most complex biological phenomena, representing a major risk factor for mortality and various diseases. Advances in nutrition, technology, and medical science have substantially increased average life expectancy. However, age-related problems and their consequences have become important public health concerns and may play a significant role in functional limitations among older adults. In recent years, the cost of living for this population has also increased, including expenses related to medical care, housing, food, and health and pharmaceutical products. Loneliness is one of the common challenges associated with later life and can have a substantial impact on the health of older adults. It has been linked with a variety of physical and psychological disorders. In addition, quality of life (QOL) refers to an individual's overall well-being and life satisfaction, encompassing feelings, circumstances, and personal experiences. It reflects satisfaction with personal values, goals, and lifestyle. Improving QOL among older adults can be facilitated through educational programs, as they promote skill development, knowledge exchange, and behavioral modification. The use of psychological interventions alongside medical treatments may help older adults improve their individual and social functioning and enhance their ability to manage life challenges. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) and Lazarus Multimodal Therapy (LMT) in loneliness and QOL among older adults.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group. The statistical population consisted of adults aged over 65 who attended a daytime care center for older adults in Sari in 2023. From this population, 45 participants were selected using convenience sampling and were randomly assigned to three groups of 15 participants each. The inclusion criteria were: (1) age between 65 and 85 years; (2) obtaining the required scores on the study questionnaires; (3) ability to attend training sessions; (4) relative psychological stability; (5) relatively good physical health; (6) minimum literacy at the level of reading and writing; and (7) no prior participation in similar training programs. The exclusion criteria included: (1) age below 65 years; (2) failure to obtain the required questionnaire scores; (3) absence from more than one session; (4) onset of acute illness during the study; (5) presence of severe physical illnesses such as cancer; (6) illiteracy; (7) unwillingness to continue participation; and (8) withdrawal from the study due to circumstances such as death, illness, travel, or transfer to another center. Data were collected using the UCLA Loneliness Scale by Russell et al. and QOL questionnaire developed by WHO. In this study, the two experimental groups received eight 60-minute sessions of SIT (Meichenbaum) and LMT, respectively, while the control group received no intervention. The data were analyzed using interactive regression analysis and Bonferroni post hoc tests in SPSS-26.

Results

At the preliminary stage, the normality of the distributions of loneliness and quality of life (QOL) scores was examined separately across the three groups, namely the control group, the Stress Inoculation Training (SIT) group, and the Lazarus Multimodal Therapy (LMT) group, using the Shapiro–Wilk test. Since all p-values were greater than .05, the assumption of normality was not rejected, and therefore parametric statistical methods were used.

Each group consisted of 15 participants. The descriptive statistics, including the means and standard deviations of loneliness and QOL scores at the pretest and posttest stages, are presented in Table 3. As shown in the table, loneliness scores decreased from pretest to posttest in both intervention groups, whereas QOL scores increased from pretest to posttest in these groups. In contrast, the control group showed no substantial difference between pretest and posttest scores.

To compare the effects of the interventions on loneliness, the assumptions of analysis of covariance were first examined. The homogeneity of variances across the three groups was confirmed by Levene's test, F = 0.411, p = .666. However, the assumption of homogeneity of regression slopes was violated, as the interaction between group and pretest loneliness was statistically significant, SS = 10481.20, df = 3, MS = 3493.73, F = 208.03, p = .0009, η^2 = 0.938. Therefore, classical ANCOVA was not used for this variable, and a regression model including the group × pretest interaction term was applied. The results of this regression model showed that the main effect of group on posttest loneliness was not statistically significant, SS = 55.43, df = 2, MS = 27.72, F = 1.71, p = .195, η^2 = 0.081. However, the effect of pretest loneliness was statistically significant, SS = 149.65, df = 1, MS = 149.65, F = 9.22, p = .004, η^2 = 0.191, and the group × pretest loneliness interaction was also statistically significant, SS = 284.02, df = 2, MS = 142.01, F = 8.75, p = .010, η^2 = 0.310.

To further examine the significant group × pretest loneliness interaction, adjusted group means were compared at three relative levels of baseline loneliness, defined as low baseline loneliness (one standard deviation below the mean, 51.10), moderate baseline loneliness (the sample mean, 58.93), and high baseline loneliness (one standard deviation above the mean, 66.76). At the low level of baseline loneliness, Bonferroni comparisons showed significant differences between the control group and the LMT group (mean difference = 26.04, p < .001) and between the control group and the SIT group (mean difference = 24.09, p < .001), while the difference between the LMT and SIT groups was not statistically significant (mean difference = 1.95, p = 1.000). At the moderate level of baseline loneliness, significant differences were again observed between the control group and the LMT group (mean difference = 33.71, p < .001) and between the control group and the SIT group (mean difference = 31.63, p < .001), with no significant difference between the two intervention groups (mean difference = 2.07, p = .937). At the high level of baseline loneliness, significant differences were found between the control group and the LMT group (mean difference = 41.38, p < .001) and between the control group and the SIT group (mean difference = 39.18, p < .001), while the difference between the LMT and SIT groups remained non-significant (mean difference = 2.20, p = 1.000). Overall Bonferroni pairwise comparisons for loneliness also indicated that both intervention groups differed significantly from the control group, with mean differences of 31.640 (p < .001) for SIT versus control and 33.719 (p < .001) for LMT versus control, whereas the difference between the two intervention groups was not statistically significant (mean difference = 2.08, p = .937).

For QOL, the assumptions of analysis of covariance were also examined. Levene's test confirmed the homogeneity of variances across the three groups, F = 0.12, p = .886. A preliminary test of the group × pretest QOL interaction was statistically significant, SS = 10151.02, df = 3, MS = 3383.67, F = 55.76, p = .0009, η^2 = 0.803; therefore, a regression model including group, pretest QOL, and the group × pretest interaction term was applied. The results of the final regression model showed that the main effect of group

on posttest QOL was statistically significant, SS = 1521.87, df = 2, MS = 760.94, F = 30.71, p = .0009, η^2 = 0.612, whereas the effect of pretest QOL was not statistically significant, SS = 36.70, df = 1, MS = 36.70, F = 1.48, p = .231, η^2 = 0.037, and the group × pretest QOL interaction was also not statistically significant in the final model, SS = 1.57, df = 2, MS = 0.78, F = 0.03, p = .969, η^2 = 0.002. Bonferroni post hoc comparisons for QOL showed that both intervention groups differed significantly from the control group, with mean differences of 30.516 ($p < .01$) for SIT versus control and 35.507 ($p < .01$) for LMT versus control, while the difference between the two intervention groups was not statistically significant (mean difference = 4.99, p = .324).

Conclusion

The effectiveness of SIT and LMT may be related to their influence on established cognitive and emotional patterns. SIT emphasizes adaptive self-statements, cognitive restructuring, coping skills training, and the enhancement of perceived control. Through these processes, older adults may reconsider maladaptive interpretations related to loneliness, rejection, or feelings of uselessness and shift from a passive stance toward a more active psychological orientation. LMT adopts a comprehensive approach by addressing multiple dimensions of functioning, including behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal relationships, and biological factors. This multidimensional framework allows intervention across several components of the loneliness experience. In addition to modifying maladaptive beliefs, it addresses interpersonal patterns, social skills, and behavioral activation, thereby helping to reduce emotional and interpersonal isolation. In SIT, the emphasis on cognitive restructuring, active coping strategies, and increased mastery over stressful situations may help older adults move away from focusing on limitations and instead attend to their personal strengths and internal resources. Such cognitive shifts may enhance components of life satisfaction and perceived meaning. Similarly, the multidimensional nature of LMT may facilitate changes in daily behavior, social interaction, and emotional regulation, which may contribute to improvements in individuals' evaluation of their QOL.

Ethical Consideration

Ethical Code

Ethical approval for this study was obtained from the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Semnan Branch (Code: IR.IAU.SEMNAN.REC.1403.064).

Financial Support

This study did not receive support.

Authors' Contributions

M.S.T: Conceptualization, Methodology, Data Curation, Software, Formal analysis, Writing-Original Draft; K.A: Conceptualization, Methodology, Validation, Writing-Review & Editing, Supervision; H.E: Writing-Review & Editing

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Graduate Studies and the Vice-Chancellor for Research at the Islamic Azad University, Semnan Branch, the supervising and advisory professors of this research, all participating older adults, and everyone who contributed to the completion of this study.

روان‌شناسی پیری
صابری تیلکی و همکاران، روان‌شناسی پیری، ۱۴۰۵، ۱۲(۱)، ۴۴-۲۳
شناسه دیجیتال: 10.22126/JAP.2026.13174.1892
مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان

محدثه صابری تیلکی [۱]، کلثوم اکبرنتاج بیشه [۲*] و حسین اقبالی [۳]

[۱] گروه خدمات تربیتی و روان‌شناختی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
[۲] گروه پرستاری، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
[۳] گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله
دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۶
اصلاح: ۱۴۰۴/۱۲/۱۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۵/۰۱/۱۶

کلیدواژه‌ها
آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، احساس‌تنهایی، درمان چندوجهی لازاروس، سالمندان، کیفیت‌زندگی

نحوه ارجاع به مقاله
صابری تیلکی، م.، اکبرنتاج بیشه، ک.، و اقبالی، ح. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۲(۱)، ۴۴-۲۳.

*** نویسنده مسئول**
کلثوم اکبرنتاج بیشه

پست الکترونیکی
K.akbarnataj@iausari.ac.ir

چکیده

زمینه: سالمندی دوره‌ای از زندگی است که بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد و اختلالاتی نیز در سبک زندگی ایجاد می‌کند. از این رو شیوع احساس تنهایی و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان رایج می‌باشد. در همین راستا استفاده از مداخلات روانشناختی و رسیدگی به این مسأله سطح سلامت سالمندان را افزایش می‌دهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان در مرکز نگهداری روزانه انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، سالمندان بالای ۶۵ سال مراجعه‌کننده به مرکز روزانه نگهداری سالمندان شهرستان ساری در سال ۱۴۰۲ بود از بین این افراد تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک ورود و خروج انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامهٔ احساس تنهایی راسل و همکاران و پرسشنامه کیفیت‌زندگی هروی و همکاران بود. در این پژوهش دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام و درمان چند وجهی لازاروس قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل رگرسیونی تعاملی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دو مداخله آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام و درمان چندوجهی لازاروس به‌طور معناداری موجب کاهش احساس تنهایی در سالمندان شدند. آزمون بنفرونی نشان داد میانگین نمرات احساس تنهایی و کیفیت زندگی در هر دو گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود، تفاوت بین دو گروه مداخله غیرمعنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر کاهش احساس تنهایی و بهبود و افزایش کیفیت‌زندگی در سالمندان مؤثر بوده است، از این رو کاربرد این نوع مداخلات می‌تواند در سالمندان مؤثر واقع شود.

سالمندی[1] یک فرایند چندعاملی و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های زیستی است که عامل اصلی خطر مرگ‌ومیر و بیماری‌های متعدد است (دماگالاس و همکاران، ۲۰۲۴). طول عمر متوسط به دلیل پیشرفت‌هایی که در تغذیه، فناوری و پزشکی رخ داده است، به‌شدت گسترش یافته است. علاوه بر این، کاهش نرخ تولد به افزایش جمعیت افراد ۶۵ ساله یا مسن‌تر کمک کرده است. در سال ۲۰۱۹، حدود ۷۰۳ میلیون نفر در این گروه سنی در سراسر جهان حضور داشتند پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به یک میلیارد و پانصد هزار نفر برسد که در مجموع از ۹ به ۱۶ درصد افزایش می‌یابد (فیگوردو و همکاران، ۲۰۲۴) و این روند روبه‌افزایش در شرق و جنوب شرقی آسیا، آمریکای لاتین و کارائیب بیشتر به چشم می‌خورد (سارکار و همکاران، ۲۰۲۳). در ایران طی سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال ۹/۳ درصد بوده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۰، ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل دهند (عیدی‌وندی و همکاران، ۱۴۰۴). به‌گزارش خبرگزاری ایرنا نیز در ایران، طی سرشماری سال ۱۴۰۱، جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال، ۹ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر بوده است (ایرنا، ۱۴۰۲). با ورود به دوره سالمندی بسیاری از عملکردهای بدن از هم از جنبه فیزیولوژیکی و هم از جنبه مکانیکی، کاهش پیدا می‌کند (کومادا، ۲۰۲۳). سالمندان کاهش فیزیکی بیشتری را نسبت به دوره‌های قبل تجربه می‌کنند و مستعد بیماری‌های خاص مربوط به کاهش فیزیکی می‌شوند. چنین شرایطی به طور معمول باعث استرس در سالمندان می‌شود. همچنین می‌توان گفت که تغییر در شیوه زندگی، استرس در سالمندان را به‌دنبال دارد (ایسالیلا و آیسیا، ۲۰۲۲).

مشکلات مرتبط با سن و آسیب‌های ناشی از آن، یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی است که می‌تواند نقش مهمی در ناتوانی سالمندان داشته باشد (محمد و همکاران، ۲۰۲۳). هزینه‌های زندگی در سال‌های اخیر برای سالمندان افزایش‌یافته است که هزینه‌های مراقبت پزشکی، مسکن، خوراک و محصولات بهداشتی و دارویی را شامل می‌شود. همچنان گروه زیادی از سالمندان از امنیت اقتصادی برخوردار نیستند. امنیت اقتصادی زمانی شکل می‌گیرد که سالمندان بدون اینکه به برنامه‌های حمایتی درآمد، وام‌ها یا هدایا تکیه کنند، قادر به پوشش هزینه‌های اساسی و ضروری برای زندگی خود باشند (ماچلر و همکاران، ۲۰۲۳). اغلب درگیری‌های طولانی‌مدت خانوادگی، سوء استفاده مالی و روانی و فیزیکی را بدنبال دارد. اینگونه که افراد سالمند در معرض خطر خشونت و سوء رفتار خانگی، آسیب پذیرتر خواهند شد (بارو، ۲۰۲۳). این امر بر کیفیت زندگی[2] افراد سالمند تأثیر بسزایی می‌گذارد. دو مورد از مشکلات دوران سالمندی احساس تنهایی[3] و کیفیت زندگی است.

احساس تنهایی به نوعی ارزیابی ذهنی فرد از خودش می‌باشد که بسنجد دایره دوستانش در چه اندازه‌ای قرار دارد به عبارتی عدم هماهنگی میان روابط اجتماعی که فرد از خودش توقع دارد با روابط اجتماعی که در حال حاضر دارد، احساس تنهایی را تعریف می‌کند (مطهری و ترکان، ۱۴۰۴). احساس تنهایی می‌تواند به‌عنوان بخشی از مشکلات سالمندی، بر سلامت سالمندان تأثیر زیادی داشته باشد. احساس تنهایی با بسیاری از اختلالات جسمی و روانی همراه است (مونتجو کاراسکو و همکاران، ۲۰۲۲). باتوجه به اینکه بدن در طول سال‌ها وظایف خود را از دست می‌دهد، باعث آسیب‌پذیری بیشتر افراد مسن‌تر می‌شود و در نتیجه عوامل خطری وجود دارند که می‌تواند احساس تنهایی را بدتر کنند (والنسیاکنترا و سانزا آلوارادو، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که احساس تنهایی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون افسردگی و عملکرد اجتماعی (زکی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱)، سلامت معنوی (کاووسیان، ۱۳۹۵) رابطه معکوس و معنادار و تفکر قطعی نگر و افسردگی(شریفی، ۱۳۹۶) رابطه مثبت دارد.

کیفیت زندگی شامل رفاه و رضایت کلی فرد است که مرتبط با احساسات، موقعیت‌ها و تجربیات می‌باشد. این موضوع نشان دهنده رضایت از ارزش‌ها، اهداف و سبک زندگی شخصی است. آنچه که در مورد کیفیت زندگی مهم به نظر می‌رسد، بررسی این مسأله از منظر روانشناسی، اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و دیگر علوم می‌باشد. این موضوع نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بر تمام جنبه‌های زندگی بشر اعم از جسمانی و روحی تأثیر می‌گذارد (تمنایی‌فر و همکاران، ۱۴۰۳). این مفهوم را می‌توان به دو مؤلفه اصلی جسمی (که مربوط می‌شود به سرزندگی،

[1] ageing

[2] quality of life

[3] loneliness

شادی، فقدان درد و کیفیت خواب است) و روانی (که شامل ادراک از خود، طیف عاطفی و عزت نفس است) تقسیم کرد. بهبود کیفیت زندگی در سالمندان را از طریق آموزش می‌توان نهادینه کرد چرا که بهبود مهارت‌ها، تبادل دانش و اصلاح رفتار را تسهیل می‌کند (چارنکاتکان و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده است که بین کیفیت زندگی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و افت کیفیت زندگی کاهش فعالیت‌های روزانه را به‌همراه دارد که نه‌تنها بر مشارکت اجتماعی، بلکه بر عملکرد فرد تأثیر منفی می‌گذارد (کیشیکاوا و همکاران، ۲۰۲۳). بطور کلی می‌توان گفت هدف اصلی از بهبود کیفیت زندگی، درمان بیماری‌های مزمن در افراد سالمند می‌باشد. بنابراین اندازه‌گیری در ارزیابی و همچنین بررسی سودمندی مداخلات درمانی حائز اهمیت می‌باشد (ویتام و همکاران ، ۲۰۰۷). طبق نظریه مازلو[1] نیازهای فیزیولوژیکی از اساسی‌ترین نیازها برای سالمندان می‌باشد. نیاز اصلی، داشتن منابع اقتصادی کافی برای گذران زندگی می‌باشد. نیاز به ایمنی، حفظ سلامتی و حفاظت از زندگی و دارایی برای سالمندان مهم است. از نظر سلسله مراتب نیازها، سالمندان در طبقه دیگر می‌خواهند مورد احترام خانواده‌ها و افراد اطراف خود قرار گیرند، خودشکوفایی بالاترین سطح نیازها است که سالمندان علاقه دارند به مهارت‌های خود ادامه دهند و زمینه‌ای جدید را برای خدمت به جامعه ایجاد کنند (یونگ کی، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون سلامت اجتماعی و سلامت روانی (جعفری و همکاران، ۱۴۰۱)، امید به زندگی و شادکامی (اورکی، ۱۳۹۸) رابطه مثبت و معناداری دارد.

از آنجا که جمعیت سالمند در ایران رو به افزایش است در نتیجه این موضوع توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است. باتوجه به اینکه با بالارفتن سن، آسیب‌پذیری نیز بیشتر خواهد شد، پژوهشگران حوزه سلامت در صدد آن هستند تا با ارائه راه‌کارهای مناسب و آموزش‌های لازم این آسیب‌پذیری‌ها را در حوزه اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی کاهش دهند (خلوتی و همکاران، ۱۴۰۰). استفاده از مداخلات روانشناختی در کنار دارودرمانی کمک می‌کند تا سالمندان از لحاظ فردی و اجتماعی ارتقاء یافته، درنتیجه بتوانند مشکلات خود را مدیریت کنند (نقدی و همکاران، ۱۴۰۲). تحقیقات زیادی در خصوص اثربخشی انواع مداخلات درمانی بر احساس تنهایی وکیفیت زندگی سالمندان صورت پذیرفته است. از جمله این مداخلات که بر روی احساس تنهایی سالمندان کار شده است می‌توان به درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (فلاحی، ۱۴۰۳)، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (نقدی، ۱۴۰۲)، فراشناخت‌درمانی و معنویت‌درمانی (دیناروند، ۱۴۰۰)، معنادرمانی گروهی (رضایی‌فام، ۱۴۰۰) اشاره کرد. همچنین مداخلاتی که بر روی کیفیت زندگی سالمندان کار شده است می‌توان به آموزش برنامه درسی (چارنکیاتکان، ۲۰۲۴)، آموزش خودشفابخشی (جنگی‌جهان‌تیغ، ۱۴۰۰)، موسیقی‌درمانی غیرفعال (عاملی‌رضایی، ۱۳۹۹)، آموزش توانمندسازی خودمراقبتی (اورکی، ۱۳۹۸)، آموزش گروهی امیدمحور (قاضی‌محسنی، ۱۳۹۵) اشاره کرد. از روش‌های نوین درمانی در این حوزه می‌توان به ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام و درمان چندوجهی لازاروس اشاره کرد. زارعی (۱۳۹۷) دریافت که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به سالمندان شاغل کمک می‌کند تا بتوانند با مشکلات زندگی شغلی بهتر روبرو شوند.

آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس(SIT) یک روش مبتنی بر شواهد، برای کاهش اثرات نامطلوب استرس است که کمک می‌کند تا افراد بتوانند موقعیت‌های استرس‌آور را کنترل کنند (مک کورمیک، ۲۰۲۵). روش ایمن‌سازی در برابر استرس که به روش ایمن‌سازی روانی مایکنبام نیز شناخته می‌شود مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری می‌باشد. این روش بیشتر جنبه پیشگیری داشته و با تقویت مهارت‌های شناختی و رفتاری، اضطراب و نا آرامی را کاهش می‌دهد و در نتیجه باعث افزایش تاب‌آوری در برابر مسائل دشوار می‌شود. این روش به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم در برابر مشکلات را بیاموزند (مصطفایی و اورکی، ۱۳۹۹). روش ایمن‌سازی در مقابل استرس سه مرحله دارد: مرحله اول مفهوم سازی، مرحله دوم اکتساب و تمرین مهارت‌ها و مرحله سوم کاربرد و پیگیری مستمر می‌باشد. مرحله اول بر ایجاد رابطه همکارانه با مراجع و کمک به وی برای فهم بهتر مفهوم استرس و تأثیر آن بر هیجان، تأکید دارد، مرحله دوم مراجع انواع مهارت‌های مقابله با استرس را می‌آموزد و سپس در واقعیت آن را تمرین می‌کند و مرحله سوم بر مبنای نیاز و همچنین به

[1] Maslow

منظور پیشگیری از عود مشکل و نیاز به گسترش برنامه‌های آموزشی در آینده بنا نهاده شده است (مایکنبام، ۱۳۹۵).

رویکرد سالمندی به طور انحصاری مبتنی بر بیماری‌محور نیست و به ویژه بر وضعیت عملکردی تمرکز دارد. بنابراین بیماران مسن نیازمند درمان چندبعدی هستند (کودلکا و همکاران، ۲۰۲۴). یکی دیگر از مداخلات مؤثر و کارا در حوزه سالمندی درمان چندوجهی لازاروس[1] می‌باشد. در این درمان فرض بر این است که بیمار دارای مشکل خاص است و باید با استفاده از چندین فن، این مشکل برطرف شود. این شیوه با تأکید بر هفت عامل شامل رفتار[2]، عاطفه[3]، حس[4]، تصویر ذهنی یا تخیل[5]، شناخت[6]، روابط بین‌فردی[7] و دارو/زیست‌شناسی[8] به تحلیل مشکل مراجع می‌پردازد. درمان چندوجهی لازاروس هر دو زمینه پیشگیری و درمان را در برمی‌گیرد. لازاروس بر این مسأله تأکید دارد که درمانگران می‌توانند بدون تکیه بر نظریه‌ای خاص و با انتخاب شیوه‌ای از هر نظام به‌صورت التقاطی[9] کار کنند. به‌عبارت‌دیگر درمان چندوجهی یکی از شیوه‌های مشاوره در سطح گسترده است (حجت خواه و همکاران، ۱۴۰۰). نظریه‌های زیربنایی این رویکرد نظریه‌های یادگیری، شناختی و اجتماعی و نظریه نظام و ارتباطات می‌باشد. به اعتقاد لازاروس شخصیت افراد از تأثیر متقابل میان یادگیری، شرطی‌سازی اجتماعی و محیط پیرامون آنها شکل می‌گیرد (بهرامخانی و همکاران ، ۱۳۸۹). تأثیر این درمان بر دیگر متغیرها زیاد کار شده است از جمله تأثیر درمان چندوجهی لازاروس بر اضطراب و امید به زندگی بیماران مبتلا به کرونا (فرزین و همکاران، ۲۰۲۴)، بر عزت‌نفس و سازش‌یافتگی کودکان با اختلال اضطراب جدایی (طاهر، ۱۴۰۱)، شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر (خدابخشی، ۱۴۰۱)، بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان پسر (حجت خواه، ۱۴۰۰)، خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع‌مصرف مواد (جعفری، ۱۳۹۸)، افزایش رضایت زناشویی (کرمی، ۱۳۹۱).

[1] Lazarus multimodel therapy
[2] behaviour
[3] affect
[4] senses
[5] imagination
[6] cognition
[7] interpersonal relationships
[8] drugs
[9] eclectic

پژوهش حاضر

در نهایت با توجه به افزایش بالا رفتن سن و ورود به دوره سالمندی در ایران و بروز مشکلات متعدد از لحاظ جسمی و روانی و افزایش احساس تنهایی در سالمندان و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی و ارتباطات خانوادگی و اجتماعی آنها، جای خالی درمان‌های مؤثر که بتواند احساس تنهایی را کاهش داده و باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان شود، بشدت به چشم می‌خورد. با توجه به اینکه مداخلات شناختی رفتاری، از پشتوانه درمانی خوبی برخوردار بوده است و در درمان بسیاری از اختلالات خوب عمل کرده است، لذا مسأله اصلی این پژوهش پاسخ به این سؤال است که اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس که نوعی درمان شناختی رفتاری می‌باشند بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان چگونه است؟ و اینکه کدامیک از دو روش یاد شده مؤثرتر است؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل سالمندان حاضر در مراکز نگهداری روزانه شهرستان ساری در سال ۱۴۰۲ بود که از میان آنها یک مرکز به طور تصادفی انتخاب شد. تعداد ۴۵ سالمند با روش نمونه‌گیری تصادفی (۱۵ نفر برای دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. دلیل انتخاب این تعداد برای نمونه این بود که در روش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه، توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۶). ملاک ورود به مطالعه عبارت بود از (۱) سن بین ۶۵ تا ۸۵ سال، (۲) توانایی حضور در جلسات آموزشی، (۳) داشتن سلامت نسبی جسمی و اعصاب و روان، و ملاک‌های خروج عبارت بودند از (۱) شرکت همزمان در جلسات درمانی دیگر، و ۳- وجود بیماری حاد. در گروه کنترل، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن بودند. در گروه آزمون یک، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) مرد و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) زن بودند. در گروه آزمون دو، ۹ نفر (۶۰/۰ درصد) مرد و ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) زن بودند. در گروه کنترل، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) متاهل و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) همسر فوت شده بودند. در گروه آزمون یک، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) متاهل و ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) همسر فوت شده بودند. در گروه آزمون دو، ۷

نفر (۴۶/۷ درصد) متاهل و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) همسر فوت شده بودند. در گروه کنترل، ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) بین ۶۵ تا ۷۰ سال، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در بازه سنی ۷۱ تا ۸۰ سال و ۱ نفر (۶/۷ درصد) در بازه سنی ۸۱ تا ۸۵ سال قرار داشتند. در گروه آزمون یک، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بین ۶۵ تا ۷۰ سال، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در بازه سنی ۷۱ تا ۸۰ سال و ۳ نفر (۲۰/۰ درصد) در بازه سنی ۸۱ تا ۸۵ سال قرار داشتند. در گروه آزمون دو، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۶۵ تا ۷۰ سال، ۹ نفر (۶۰/۰ درصد) در بازه سنی ۷۱ تا ۸۰ سال و ۱ نفر (۶/۷ درصد) در بازه سنی ۸۱ تا ۸۵ سال قرار داشتند.

ابزار

پرسش‌نامه احساس تنهایی[1]. این پرسش‌نامه توسط راسل و همکاران (۱۹۸۰) ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۰ سؤال ۴ گزینه‌ای بوده که شامل ۱۰ سؤال منفی و ده سؤال مثبت است. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز تا همیشه) بوده که با نمره ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است و میانگین نمرات ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. این پرسشنامه برای چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و سالمندان اجرا شد که نخستین بار توسط راسل و فرگوسن (۱۹۸۰) تدوین و سپس بعد از سه بار ویرایش نسخه نهایی آن به اجرا درآمد که پایایی آزمون به روش بازآزمایی دامنه آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ بدست آمد. در ایران پایایی این مقیاس توسط میردریکوند و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شد که به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ گزارش شد. همچنین در پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۸) با تحلیل نتایج بدست آمده از ۲۵۳ سالمند، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر ۰/۸۱ بدست آمد. پایایی این ابزار در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی[2]. نسخه فارسی پرسشنامه توسط هروی و همکاران (۱۳۹۴) طراحی شده که شامل ۱۹ سؤال است. پرسشنامه شامل ۴ بعد کنترل (۶ عبارت)، استقلال (۵ عبارت)، لذت (۴ عبارت) و خودشکوفایی (۴ عبارت) است. ابزار مذکور به صورت لیکرت دارای چهارگزینه «غالب اوقات» تا «هرگز» می‌باشد. کمترین امتیاز مربوط به هر عبارت «صفر» جهت انتخاب گزینه هرگز، و بیشترین امتیاز «سه» جهت انتخاب گزینه غالب اوقات می‌باشد. طراحان حداکثر نمره پرسشنامه را ۵۷ (رضایت کامل از هر چهار بعد) و صفر (فقدان کامل کیفیت زندگی) گزارش نموده‌اند. نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بیشتر فرد در آن بعد بوده و کسب نمره پایین، بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب فرد در آن بعد است. در ایران توسط هروی و همکاران (۱۳۹۴) این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شده است و روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط هروی و همکاران (۱۳۹۴) که بر روی ۱۰۰ سالمند اجرا شد، مناسب گزارش شد و یافته‌های آنها نشان داد که پرسشنامه ثبات بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش هروی و همکاران بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است.

پروتکل آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس[3]. توای این پروتکل از کتاب آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام تألیف سیروس مبینی(۱۳۹۵) استخراج گردیده و شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی-رفتاری نظیر مفهوم سازی استرس، توجه برگردانی، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله و آموزش خودگویی هدایت شده و خود فرمانی می‌باشد. این پروتکل در ۸ جلسه طراحی شد و در هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه بر روی گروه آزمایش اول ارائه شد. خلاصه جلسات برگزار شده به همراه شرح کوتاه این پروتکل در جدول شماره ۱ آورده شده است.

پروتکل درمان چندوجهی لازاروس[4]. یکی از مداخلات مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری است که با هدف ارتقاء سطح سلامت و مهارت‌های شناختی طراحی شده است. محتوای این پروتکل برگرفته شده از کتاب آرنولد لازاروس و روان درمانی چند وجهی نوشته اسحاق رحیمیان بوگر و حسین شاره و نظریات لازاروس (۱۹۷۲) می‌باشد که شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی-رفتاری از جمله تصویرسازی ذهنی می‌باشد. در این پروتکل ابتدا مراجعین پرسشنامه تاریخچه زندگی را تکمیل می‌کنند تا بتوانند به ابعاد هفتگانه خویش آشنایی بیشتری پیدا کنند. سپس با تهیه نیمرخ ابعادی و ساختاری به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. بعد از این مرحله درمان چندوجهی لازاروس بصورت آموزش ارائه گردید. خلاصه‌ای از طرح درمانی در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

---

[1] loneliness questionnaire (UCLA)
[2] quality of life questionnaire (CASP-19)
[3] stress inoculation training
[4] Lazarus's multimodal therapy

جدول ۱

پروتکل آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
اول	معرفی برنامه و آشنایی اعضا با یکدیگر	آشنایی و معارفه، برقراری رابطه درمانی با مراجع، ایجاد قوانین گروه و سازمان‌دهی جلسات، بیان اهداف جلسه، مفهوم‌سازی استرس، اهمیت مدیریت استرس، ایجاد فهرست استرس‌زاها
دوم	معرفی درمان	مرور مباحث جلسهٔ قبل، حل تکلیف، معرفی درمان ایمن‌سازی در مقابل استرس، آموزش فن تن‌آرامی
سوم	آموزش فن جدید	مرور جلسات قبل، حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، آموزش فن توجه برگردانی.
چهارم	آشنایی با بازسازی شناختی	مرور جلسات قبل، حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرین فن توجه‌برگردانی، بازسازی شناختی
پنجم	شناخت حل مساله	مرور جلسات قبل، حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرین بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله
ششم	آموزش خودگویی	مرور، حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرین حل‌مسأله، آموزش خودگویی هدایت شده و خودفرمانی
هفتم	آموزش تصویرسازی	حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرین خودگویی هدایت شده و خودفرمانی، آموزش تصویرسازی
هشتم	آموزش نقش گزاری و پس آزمون	حل تکلیف، تمرین تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرین تصویرسازی، آموزش نقش‌گزاری و سرمشق‌دهی، پس‌آزمون

جدول ۲

پروتکل درمان چندوجهی لازاروس (لازاروس ۱۹۷۲)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات
اول	معرفی برنامه و آشنایی اعضا با یکدیگر	آشنایی و معارفه، برقراری رابطه درمانی با مراجع، ایجاد قوانین گروه (رازداری، عدم تمسخر دیگران، تعهد در انجام تکالیف، وقت‌شناسی و حضور به‌موقع و صداقت در گفتار)، سازمان‌دهی جلسات، بیان اهداف جلسه
دوم	تهیه نیمرخ	جمع‌آوری پرسشنامه تاریخچه زندگی، معرفی درمان چندوجهی و ابعاد هفتگانه، تهیه نیمرخ ابعادی
سوم	معرفی ابعاد شخصیت	مرور جلسات قبل، بررسی نیمرخ ابعادی، تهیه نیمرخ ساختاری، معرفی بعد رفتار از ابعاد هفتگانه شخصیت
چهارم	معرفی ادراکات حسی	مرور جلسات قبلی، پیگیری تکالیف، آموزش تن‌آرامی، توضیح در مورد عاطفه و ادراکات حسی
پنجم	آشنایی با تصویرسازی ذهنی	مرور جلسات قبلی، پیگیری تکالیف، تمرین تن‌آرامی، توضیح در مورد تصویرسازی ذهنی
ششم	توضیح در مورد شناخت	مرور جلسات قبلی، پیگیری تکالیف، تمرین تن‌آرامی، توضیح در مورد شناخت
هفتم	آموزش روابط بین‌فردی	مرور جلسات قبلی، پیگیری تکالیف، تمرین تن‌آرامی، توضیح در مورد روابط بین‌فردی
هشتم	معرفی داروها	مرور جلسات قبلی، پیگیری تکالیف، تمرین تن‌آرامی، توضیح در مورد داروها

روش اجرا

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی مد نظر گرفته شد. ابتدای امر، کد اخلاق از مرکز کمیته اخلاق دانشگاه اخذ شد. پس از اخذ رضایت نامه شرکت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها با رعایت اصول رازداری و محرمانگی جمع‌آوری شد. پیش از ارائه مداخلات، اطلاعات لازم درخصوص چارچوب و اهداف پژوهش، نحوه اجرای مداخلات، به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و به سؤالات آنها پاسخ داده شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱-سالمندان بیشتر از ۶۵ سال و کمتر از ۸۵ سال، ۲- نمره مورد نظر از

پرسش‌نامه ها را کسب کرده باشند. ۳- توانایی حضور در جلسات اموزشی، ۴- داشتن سلامت نسبی اعصاب و روان، ۵- داشتن سلامت نسبی جسمی، ۶- سطح تحصیلات حداقل در حد خواندن و نوشتن و ۷- عدم شرکت در جلسات مشابه آموزشی. همچنین ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱-سالمندان کمتر از ۶۵ سال، ۲- نمره مورد نظر از پرسشنامه را کسب نکرده باشند، ۳- غیبت بیش از یک جلسه، ۴- در صورت مبتلا شدن به بیماری حاد، ۵- داشتن بیماری حاد جسمی و صعب العلاج همچون سرطان، ۶- نداشتن سواد خواندن و نوشتن، ۷- عدم تمایل به ادامه همکاری در طول پژوهش و ۸- خروج از مطالعه به دلایلی همچون مرگ، بیماری، مسافرت و یا انتقال به مرکزی دیگر. سپس شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه احساس تنهایی و کیفیت زندگی پاسخ دادند. مداخله آموزشی در دو گروه آزمایش توسط پژوهشگر در مرکز نگهداری روزانه سالمندان مینا شهرستان ساری انجام شد. برای انتخاب گروه کنترل و آزمون یک و دو، سعی گردید شرایط گروه‌های سه گانه از نظر جنسیت، وضعیت تاهل و رده های سنی، با یکدیگر همگن باشد، لذا با قرعه کشی بین نمونه های تحقیق، هر یک از افراد در زیرمجموعه گروه کنترل و آزمون یک و دو، قرار گرفتند. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای را دریافت نمودند و گروه دوم نیز درمان چندوجهی لازاروس را در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در همان مکان دریافت کردند. گروه کنترل هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند. تمرینات بصورت گروهی انجام گرفت. با توجه به تعداد بالای سؤالات و ناتوانی افراد در پاسخگویی، پژوهشگر به ناچار سؤالات را برای هر فرد جداگانه خواند و افراد پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل رگرسیونی تعاملی و آزمون بنفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها

در گام مقدماتی و برای انتخاب رویکردهای استنباطی مناسب، نرمال‌بودن توزیع نمرات احساس تنهایی و کیفیت زندگی به‌صورت جداگانه در سه گروه کنترل، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام و درمان چندوجهی لازاروس با آزمون شاپیرو–ویلک بررسی شد. با توجه به p-valueهای بزرگ‌تر از ۰/۰۵ در همه متغیرها و گروه‌ها، فرض نرمال‌بودن رد نشد؛ ازاین‌رو استفاده از روش‌های پارامتریک موجه بود. هر گروه ۱۵ نفر بود. شاخص‌های توصیفی سه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون شامل میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی و کیفیت زندگی در جدول ۳ آورده شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود نمرات دو گروه آزمایش در ارتباط با متغیر احساس تنهایی در مرحله پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون کاهش پیدا کرده است. همچنین نمرات دو گروه آزمایش در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون افزایش پیدا کرده است. در حالی که نمرات پس آزمون گروه کنترل نسبت به نمرات پیش آزمون تفاوت چندانی با هم نداشت.

جدول۳

شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس تنهایی و کیفیت زندگی

متغیرها	گروه					
	مایکنبام		لازاروس		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)	میانگین (ا.م)
احساس تنهایی	۵۳/۰(۷/۶۲)	۲۷/۶۲۷(۴/۵۹)	۶۵/۲۰(۵/۷۲)	۲۵/۰۷(۴/۴۶)	۵۸(۵/۳۲)	۵۸(۵/۵۲)
کیفیت زندگی	۲۹/۶۷(۸/۱۵)	۴۹/۶۰(۴/۸۷)	۱۳/۸۷(۴/۲۷)	۱۴/۲۰(۵/۰۶)	۱۵/۳۳(۸/۲۰)	۱۹/۶۲(۱۰/۰۱)

برای مقایسه اثر مداخلات بر احساس تنهایی، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ارزیابی شد. الف- همگنی واریانس‌ها در گروه‌های سه گانه با آزمون لون با نتایج F = ۰/۴۱۱ و Sig. = ۰/۶۶۶ تأیید گردید. ب- پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی با انجام آزمون اثر تعاملی گروه و نمره پیش‌آزمون نقض شد، چرا که یکی از مفروضه‌های اساسی در تحلیل کوواریانس، برقراری همگنی شیب‌های رگرسیونی در گروه‌های مطالعه است.

جدول ٤

نتایج آزمون اثر تعاملی گروه و نمره پیش‌آزمون برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیونی احساس تنهایی

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.	اندازه اثر
گروه × نمره پیش‌آزمون تنهایی	۱۰۴۸۱/۲۰	۳	۳۴۹۳/۷۳	۲۰۸/۰۳	۰/۰۰۰۹	۰/۹۳۸

طبق جدول ۴، آزمون تعامل گروه×پیش‌آزمون رد شده و شاخص‌ها به‌ترتیب SS=۱۰۴۸۱/۲۰ ، MS=۳۴۹۳/۷۳ ، F=۲۰۸/۰۳، p<۰/۰۵ و η^2=۰/۹۳۸ گزارش شد. بر این اساس، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی رد می‌شود و استفاده از تحلیل کوواریانس کلاسیک برای این متغیر، فاقد اعتبار تلقی می‌گردد. ازاین‌رو، ANCOVA کلاسیک معتبر نبود و تحلیل رگرسیونی تعاملی به‌عنوان آزمون جایگزین به‌کار رفت.

جدول ٥

نتایج رگرسیون تعاملی برای متغیر احساس تنهایی

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.	اندازه اثر
گروه	۵۵/۴۳	۲	۲۷/۷۲	۱/۷۱	۰/۱۹۵	۰/۰۸۱
نمره پیش‌آزمون احساس تنهایی	۱۴۹/۶۵	۱	۱۴۹/۶۵	۹/۲۲	۰/۰۰۴	۰/۱۹۱
اثر تعاملی گروه × نمره پیش‌آزمون تنهایی	۲۸۴/۰۲	۲	۱۴۲/۰۱	۸/۷۵	۰/۰۱	۰/۳۱۰

طبق جدول ۵، در آزمون رگرسیون تعاملی، با وارد کردن نمره پس‌آزمون احساس تنهایی به‌عنوان متغیر وابسته، نمره پیش‌آزمون احساس تنهایی به‌عنوان کوواریانس، گروه به‌عنوان عامل، و اثر تعاملی گروه × نمره پیش‌آزمون، نتایج نشان داد که اثر اصلی گروه بر پس‌آزمون احساس تنهایی معنادار نبود؛ مقدار F = ۱/۷۱ ، سطح معناداری = ۰/۱۹۵، و مجذور اتا = ۰/۰۸۱. در مقابل، اثر نمره پیش‌آزمون احساس تنهایی بر پس‌آزمون معنادار بود؛ مقدار F = ۹/۲۲ ، سطح معناداری = ۰/۰۰۴، و مجذور اتا = ۰/۱۹۱. همچنین، اثر تعاملی گروه × نمره پیش‌آزمون احساس تنهایی نیز معنادار بود؛ مقدار F = ۸/۷۵ ، سطح معناداری = ۰/۰۱، و مجذور اتا = ۰/۳۱۰. این یافته نشان می‌دهد که شیب رابطه بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون احساس تنهایی در گروه‌ها متفاوت است.

به‌منظور تفسیر دقیق‌تر اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون احساس تنهایی، میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌ها در سه سطح نسبی احساس تنهایی اولیه بررسی شد. این سطوح بر اساس میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون تعیین گردید؛ به‌گونه‌ای که سطح پایین احساس تنهایی اولیه معادل یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین (۵۱/۱۰)، سطح متوسط معادل میانگین نمونه (۵۸/۹۳) و سطح بالا معادل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (۶۶/۷۶) در نظر گرفته شد. بدین ترتیب، سطح پایین بیانگر سالمندانی با احساس تنهایی اولیه کمتر، سطح متوسط نشان‌دهنده وضعیت متوسط در نمونه پژوهش و سطح بالا نمایانگر سالمندانی با احساس تنهایی اولیه بیشتر در مقایسه با سایر شرکت‌کنندگان بود.

نتایج مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی در سطوح مختلف پیش‌آزمون نشان داد که در هر سه سطح پایین، متوسط و بالای احساس تنهایی اولیه، هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل موجب کاهش معنادار احساس تنهایی شدند، اما شدت این تفاوت‌ها در سطوح مختلف یکسان نبود. به‌طوری‌که در سطح پایین احساس تنهایی اولیه، اختلاف میانگین تعدیل‌شده بین گروه کنترل و مداخلات کمتر بود، در سطح متوسط افزایش یافت و در سطح بالای احساس تنهایی اولیه به بیشترین میزان رسید. این الگو نشان می‌دهد هرچه سالمندان در خط پایه احساس تنهایی بیشتری داشته‌اند، اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و درمان چندوجهی الزاروس نیز قوی‌تر بوده است. در مقابل، تفاوت بین دو مداخله در هیچ‌یک از سطوح پیش‌آزمون معنادار مشاهده نشد که بیانگر اثربخشی نسبتاً مشابه دو رویکرد درمانی است.

جدول ٦

میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌ها در سه سطح نسبی احساس تنهایی اولیه

سطح پیش‌آزمون	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین	p
(۵۱/۱۰) پایین	کنترل – الزاروس	۲۶/۰۴	<۰/۰۰۱
(۵۱/۱۰) پایین	کنترل – مایکنبام	۲۴/۰۹	<۰/۰۰۱
(۵۱/۱۰) پایین	الزاروس – مایکنبام	۱/۹۵	۱/۰۰۰
(۵۸/۹۳) متوسط	کنترل – الزاروس	۳۳/۷۱	<۰/۰۰۱
(۵۸/۹۳) متوسط	کنترل – مایکنبام	۳۱/۶۳	<۰/۰۰۱
(۵۸/۹۳) متوسط	الزاروس – مایکنبام	۲/۰۷	۰/۹۳۷
(۶۶/۷۶) بالا	کنترل – الزاروس	۴۱/۳۸	<۰/۰۰۱
(۶۶/۷۶) بالا	کنترل – مایکنبام	۳۹/۱۸	<۰/۰۰۱
(۶۶/۷۶) بالا	الزاروس – مایکنبام	۲/۲۰	۱/۰۰۰

جدول۷

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها در متغیر احساس تنهایی

گروه		اختلاف میانگین	خطا	Sig.
کنترل	لازاروس	۳۳/۷۱۹*	۱/۹۰	۰/۰۰۰۹
	مایکنبام	۳۱/۶۴۰*	۱/۶۶	۰/۰۰۰۹
لازاروس	کنترل	-۳۳/۷۱۹*	۱/۹۰	۰/۰۰۰۹
	مایکنبام	-۲/۰۸	۲/۰۳	۰/۹۳۷
مایکنبام	کنترل	-۳۱/۶۴۰*	۱/۶۶	۰/۰۰۰۹

طبق جدول ۷، برای تبیین تفاوت‌های بین‌گروهی، مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی انجام شد. این مقایسه‌ها، به‌ویژه در شرایطی که تحلیل رگرسیونی تعاملی نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها باشد، نقش مهمی در تبیین نحوه تأثیر هر مداخله نسبت به سایر گروه‌ها دارند. طبق نتایج، هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل موجب کاهش معنادار تنهایی شدند؛ به‌طوری‌که اختلاف میانگین مایکنبام–کنترل = ۳۱/۶۴۰, p<۰/۰۰۱ و لازاروس–کنترل =۳۹/۷۱۹, p<۰/۰۰۱ بود. اما، دو مداخله تفاوت معناداری نداشتند؛ به طوری که اختلاف میانگین =۲/۰۸-, p=۰/۹۳۷. بر این اساس، هر دو مداخله مؤثر بودند، اما برتری آماری یکی از مداخلات نسبت به دیگری تأیید نشد. همانند متغیر قبلی، برای مقایسه اثر مداخلات بر کیفیت زندگی، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ارزیابی شد تا مشخص شود که بر اساس داده‌های پژوهش، استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است یا خیر. نخست، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در گروه‌های سه‌گانه با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد این پیش‌فرض برقرار است؛ F =۰/۱۲, p=۰/۸۸۶ دوم، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی از طریق بررسی اثر تعاملی گروه × نمره پیش‌آزمون ارزیابی شد. نتایج نشان داد که این پیش‌فرض نقض شده است؛ زیرا یکی از مفروضه‌های اساسی تحلیل کوواریانس، برقراری همگنی شیب‌های رگرسیونی در گروه‌های مطالعه است. طبق جدول ۷، اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون معنادار بود و شاخص‌ها به‌ترتیب چنین گزارش شدند که مجموع توان دوم برابر با ۱۰۱۵۱/۰۲، میانگین توان دوم معادل ۳۳۸۳/۶۷، شاخص f برابر با ۵۵/۷۶ و اندازه اثر برابر با ۰/۸۰۳ بود. بر این اساس، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیونی رد می‌شود و استفاده از تحلیل کوواریانس کلاسیک برای این متغیر فاقد اعتبار آماری است. ازاین‌رو، تحلیل کوواریانس کلاسیک معتبر نبود و تحلیل رگرسیونی تعاملی به‌عنوان آزمون جایگزین به کار رفت.

جدول ۸

نتایج آزمون اثر تعاملی گروه و نمره پیش‌آزمون برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیونی کیفیت زندگی

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.	اندازه اثر
اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۱۰۱۵۱/۰۲	۳	۳۳۸۳/۶۷	۵۵/۷۶	۰/۰۰۰۹	۰/۸۰۳

جدول ۹

نتایج رگرسیون تعاملی برای متغیر کیفیت زندگی

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.	اندازه اثر
گروه	۱۵۲۱/۸۷	۲	۷۶۰/۹۴	۳۰/۷۱	۰/۰۰۰۹	۰/۶۱۲
نمره پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۳۶/۷۰	۱	۳۶/۷۰	۱/۴۸	۰/۲۳۱	۰/۰۳۷
اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون کیفیت زندگی	۱/۵۷	۲	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۹۶۹	۰/۰۰۲

طبق جدول ۹، در آزمون رگرسیون تعاملی با واردکردن پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته، پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس، گروه به‌عنوان عامل و جمله تعاملی گروه×پیش‌آزمون، نتایج نشان داد، اثر اصلی گروه بر پس‌آزمون کیفیت زندگی با مقادیر $p<0.01, F=۳۰/۷۱$, $\eta^2=۰/۶۱۲$ به‌طور معناداری قوی بود که بیانگر تفاوت روشن بین گروه‌ها پس از کنترل خط پایه است. اثر پیش‌آزمون با مقادیر $p=۰/۲۳۱$, $\eta^2=۰/۰۳۷$ معنادار نبود و اثر تعاملی گروه×پیش‌آزمون نیز با مقادیر $p=۰/۹۶۹$, $\eta^2=۰/۰۰۲$. معنادار نشد، بنابراین بهبود کیفیت زندگی عمدتاً به نوع مداخله نسبت داده می‌شود و به سطح اولیه کیفیت زندگی وابسته نیست. با توجه به نتایج مدل نهایی، اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون برای کیفیت زندگی معنادار باقی نماند؛ بنابراین تفسیر نتایج عمدتاً بر اساس اثر اصلی گروه انجام شد.

تفاوت مشاهده‌شده بین نتایج جدول‌های ۸ و ۹ ناشی از تفاوت ماهیت آماری دو تحلیل است. در جدول ۸، اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون در مرحله بررسی اولیه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی آزمون شد؛ در حالی‌که جدول ۸ نتایج مدل نهایی رگرسیون تعاملی را پس از ورود همزمان اثرات اصلی گروه، پیش‌آزمون و جمله تعاملی گزارش می‌کند. در مدل نهایی، پس از کنترل اثرات اصلی و کوواریانس، اثر تعاملی گروه × پیش‌آزمون برای متغیر کیفیت زندگی معنادار باقی نماند ($p=۰/۹۶۹$). این یافته نشان می‌دهد که رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه‌ها تفاوت معناداری نداشته و اثر مداخله بر کیفیت زندگی عمدتاً مستقل از سطح اولیه متغیر بوده است.

طبق جدول ۱۰، برای تبیین تفاوت‌های بین‌گروهی، مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی انجام شد و این مقایسه‌ها به‌ویژه در شرایطی که تحلیل رگرسیونی تعاملی نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها باشد، نقش مهمی در تبیین دقیق‌تر نحوه تأثیر هر مداخله نسبت به سایر گروه‌ها ایفا می‌کنند. طبق نتایج، تحلیل تعقیبی بونفرونی نشان داد هر دو مداخله نسبت به کنترل بهبود معناداری ایجاد کرده‌اند اختلاف میانگین مایکنبام–کنترل=۳۰.۵۱۶ $p<0.01$,و اختلاف میانگین لازاروس–کنترل=۳۵.۵۰۷ $p<0.01$ ، درحالی‌که تفاوت بین دو مداخله غیرمعنادار بود اختلاف میانگین=۴.۹۹و $p=۰/۳۲۴$.

نتایج نشان می‌دهد آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس مایکنبام و درمان چندوجهی لازاروس هر دو در کاهش احساس تنهایی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان نسبت به عدم مداخله اثربخش‌اند. اثر بر احساس تنهایی به‌صورت مشروط و وابسته به سطح پایه آشکار شد وجود تعامل معنادار گروه× پیش‌آزمون، در حالی‌که اثر بر کیفیت زندگی مستقل از سطح پایه و اساساً تابع نوع مداخله بود اثر اصلی قوی گروه و عدم تعامل. این الگو با ضرورت طراحی

و تفسیر مداخلات بر مبنای وضعیت خط پایه برای پیامدهای هیجانی مانند تنهایی و قابلیت تعمیم مستقیم‌تر برای پیامدهای عملکردی مانند کیفیت زندگی همخوان است.

جدول ۱۰

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی

گروه		اختلاف میانگین	خطا	Sig.
کنترل	لازاروس	*-۳۵/۵۰۷	۲/۶۵	۰/۰۰۰۹
	مایکنبام	*-۳۰/۵۱۶	۲/۵۵	۰/۰۰۰۹
لازاروس	کنترل	*۳۵/۵۰۷	۲/۶۵	۰/۰۰۰۹
	مایکنبام	۴/۹۹	۳/۰۳	۰/۳۲۴
مایکنبام	کنترل	*۳۰/۵۱۶	۲/۵۵	۰/۰۰۰۹
	لازاروس	-۴/۹۹	۳/۰۳	۰/۳۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان بود. نتایج در خصوص پاسخ به این سؤال که آیا آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس، بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است؟ و کدامیک از دو روش یاد شده مؤثرتر است؟ نشان داد هر دو مداخله روان‌شناختی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری موجب کاهش احساس تنهایی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان شدند. یافته‌ها همچنین نشان داد در متغیر احساس تنهایی، اثر مداخلات وابسته به سطح اولیه تنهایی بوده و تعامل معناداری میان گروه و پیش‌آزمون وجود داشته است، در حالی که در متغیر کیفیت زندگی، اثر اصلی گروه معنادار و مستقل از سطح پایه گزارش شد. مقایسه‌های تعقیبی بیانگر برتری هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل بود، اما تفاوت آماری معناداری بین دو رویکرد مشاهده نشد. در مجموع، نتایج پژوهش حاکی از کارآمدی هر دو مداخله در ارتقای شاخص‌های روان‌شناختی سالمندان و فراهم‌آوردن شواهدی حمایتی برای کاربرد آن‌ها در سالمندی است.

این پژوهش نشان داد که اجرای مداخلات روان‌شناختی باعث کاهش احساس تنهایی در سالمندان می‌شود که این یافته با مطالعات ما و همکاران، (۲۰۲۵)، ژیانگ و همکاران، (۲۰۲۵)، مهرا و همکاران، (۲۰۲۴)، لو و همکاران، (۲۰۲۴)، گونر و همکاران (۲۰۲۳)، همسو است. تبیین نتایج مربوط به کاهش احساس تنهایی در سالمندان را باید از چند سطح مکمل و درهم‌تنیده مورد تحلیل قرار داد، زیرا احساس تنهایی در دوره سالمندی صرفاً یک هیجان گذرا نیست، بلکه تجربه‌ای چندبعدی است که در پی کاهش نقش‌های اجتماعی، افت شبکه‌های ارتباطی، بازنشستگی، فقدان همسر یا دوستان و کاهش کارکردهای جسمانی شکل می‌گیرد و به‌تدریج به یک الگوی شناختی هیجانی پایدار تبدیل می‌شود. در چنین بافتی، اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس را می‌توان ناشی از مداخله مستقیم بر همین الگوهای شناختی و هیجانی تثبیت‌شده دانست. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس با تأکید بر خودگویی‌های سازگارانه، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش احساس کنترل، به سالمندان کمک می‌کند تا تفسیرهای ناکارآمد خود از تنهایی، طردشدگی یا بی‌فایدگی را مورد بازبینی قرار دهند و از موضع انفعال به موضع کنشگری روان‌شناختی حرکت کنند؛ در واقع این مداخله احساس درماندگی آموخته‌شده را که در بسیاری از سالمندان در نتیجه تجارب فقدان و محدودیت شکل گرفته است، تعدیل می‌کند و از این طریق تجربه ذهنی تنهایی کاهش می‌یابد. از سوی دیگر، درمان چندوجهی لازاروس با نگاه جامع به ابعاد رفتار، عاطفه، احساس، تصویرسازی ذهنی، شناخت، روابط بین‌فردی و عوامل زیستی، امکان مداخله هم‌زمان بر مؤلفه‌های مختلف تجربه تنهایی را فراهم می‌آورد؛ بدین معنا که نه‌تنها باورهای ناکارآمد بلکه

الگوهای ارتباطی، مهارت‌های بین‌فردی و حتی سطح فعالیت رفتاری سالمند نیز مورد توجه قرار می‌گیرد و همین رویکرد چندسیستمی سبب می‌شود احساس انزوا در سطح هیجانی و بین‌فردی کاهش یابد. نکته کلیدی در جامعه سالمندان این است که تنهایی در این دوره اغلب با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تثبیت سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد همراه می‌شود؛ بنابراین مداخلاتی که به‌طور ساختاریافته بر افزایش انعطاف‌پذیری، بازتعریف معنا و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای تمرکز دارند، می‌توانند اثربخشی بیشتری نشان دهند. همچنین اجرای گروهی این مداخلات خود به‌عنوان یک عامل درمانی مضاعف عمل کرده است، زیرا حضور در جمع همسالان، شنیده‌شدن تجربه‌های مشترک و شکل‌گیری حس تعلق، به‌طور مستقیم شبکه ادراک‌شده حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند و این امر در کاهش احساس تنهایی نقش تعیین‌کننده دارد. معنادار بودن تعامل گروه و پیش‌آزمون نیز نشان می‌دهد که سالمندانی که در خط پایه سطح بالاتری از تنهایی را تجربه می‌کردند، احتمالاً ظرفیت بیشتری برای تجربه تغییر داشته‌اند، زیرا فاصله بیشتری میان وضعیت موجود و وضعیت مطلوب داشته‌اند و مداخله توانسته است این شکاف را تعدیل کند. از آنجا که این پژوهش برای نخستین‌بار در جامعه سالمندان اجرا شده است، می‌توان چنین استنباط کرد که سازوکارهای شناختی و مقابله‌ای هدف‌گیری‌شده در این دو رویکرد، برخلاف تصور رایج مبنی بر مقاومت تغییر در سنین بالا، همچنان در دوره سالمندی فعال و قابل اصلاح‌اند و سالمندان نیز از نظر ظرفیت یادگیری مهارت‌های روان‌شناختی و بازسازی شناختی، آمادگی لازم برای بهره‌مندی از مداخلات ساختاریافته را دارند؛ بنابراین کاهش معنادار احساس تنهایی را می‌توان نتیجه فعال‌سازی منابع روان‌شناختی نهفته و بازسازمان‌دهی ادراک فرد از خود و دیگران در بستر اجتماعی سالمندی دانست.

نتایج این پژوهش ثابت کرد که اجرای مداخله‌های روان شناسی باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود که این یافته ها با مطالعات دیوای و همکاران، (۲۰۲۵)، چارنکیاتکان و همکاران، (۲۰۲۴)، اندرسن و همکاران، (۲۰۲۴)، کیشیکاوا و همکاران، (۲۰۲۳)، پاپادوپولو، (۲۰۲۳) همسو است. تبیین نتایج مربوط به بهبود کیفیت زندگی در سالمندان نیز مستلزم نگاهی چندلایه و مبتنی بر درک ویژگی‌های خاص این دوره رشدی است، زیرا کیفیت زندگی در سالمندی صرفاً بازتاب وضعیت جسمانی نیست، بلکه حاصل ارزیابی شناختی فرد از میزان معنا، رضایت، احساس کارآمدی، استقلال و پیوندهای اجتماعی اوست. یافته‌های پژوهش حاضر که نشان داد هر دو مداخله آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس به‌طور معناداری موجب ارتقای کیفیت زندگی شده‌اند و این اثر مستقل از سطح پایه بوده است، بیانگر آن است که این مداخلات توانسته‌اند در سطحی عمیق‌تر از یک تغییر هیجانی مقطعی عمل کنند و ساختار ارزیابی ذهنی سالمندان از زندگی خود را متحول سازند. در آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، تأکید بر بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله فعال، افزایش احساس تسلط و کنترل بر موقعیت‌های تنش‌زا، به سالمند کمک می‌کند تا از موضع انفعال و تمرکز بر محدودیت‌ها فاصله گرفته و بر توانمندی‌ها و منابع درونی خود متمرکز شود؛ چنین تغییری در سبک ارزیابی، مستقیماً مؤلفه‌های رضایت از زندگی و احساس معنا را تقویت می‌کند. در درمان چندوجهی لازاروس نیز مداخله هم‌زمان بر ابعاد رفتاری، هیجانی، شناختی و بین‌فردی موجب می‌شود که سالمند نه‌تنها در سطح افکار بلکه در سطح کنش روزمره، تعاملات اجتماعی و تنظیم هیجانی تغییراتی ملموس را تجربه کند و همین تغییرات عینی، ارزیابی کلی او از کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد. از آنجا که در سالمندی بسیاری از منابع بیرونی مانند اشتغال، نقش‌های اجتماعی گسترده یا توان جسمانی کاهش می‌یابد، کیفیت زندگی بیش از پیش وابسته به منابع درونی و نحوه تفسیر فرد از شرایط خود می‌شود؛ بنابراین مداخلاتی که بر تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بازتعریف معنا و افزایش مهارت‌های انطباقی تمرکز دارند، می‌توانند حتی بدون تغییر اساسی در شرایط عینی، سطح ادراک‌شده کیفیت زندگی را بهبود بخشند. معنادار نبودن تعامل گروه و پیش‌آزمون در این متغیر نیز حاکی از آن است که این بهبود محدود به زیرگروه خاصی از سالمندان نبوده و فارغ از سطح اولیه کیفیت زندگی، اثر مداخله به‌طور نسبتاً یکنواخت مشاهده شده است؛ این یافته از منظر بالینی بسیار ارزشمند است، زیرا نشان می‌دهد این

رویکردها قابلیت تعمیم و کاربرد گسترده‌تری در جمعیت سالمندان دارند. از آنجا که این پژوهش برای نخستین‌بار در جامعه سالمندان انجام شده است، نتایج آن این پیش‌فرض سنتی را که تغییر در ارزیابی کلی زندگی در سنین بالا دشوار یا محدود است، به چالش می‌کشد و نشان می‌دهد که حتی در دوره سالمندی نیز نظام‌های شناختی، هیجانی و رفتاری انعطاف‌پذیر باقی می‌مانند و می‌توان با مداخلات ساختاریافته، احساس رضایت، معنا و کیفیت زندگی را به‌طور معنادار ارتقا داد. در مجموع، بهبود کیفیت زندگی را می‌توان حاصل بازسازمان‌دهی شناختی، فعال‌سازی رفتاری، تقویت روابط بین‌فردی و افزایش احساس تسلط درونی دانست که در بستر این دو مداخله به‌صورت هم‌افزا عمل کرده‌اند و تجربه زیسته سالمندان از زندگی را در جهت مثبت بازتعریف کرده‌اند.

تلویحات مطالعه

بر اساس یافته‌های حاصل از تحلیل‌های آماری، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان چندوجهی لازاروس بر کاهش احساس تنهایی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به‌طور معناداری تأیید شد و نتایج نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل از کارآمدی بالینی برخوردارند، هرچند تفاوت آماری معناداری میان دو رویکرد مشاهده نشد؛ این امر بیانگر آن است که هر دو چارچوب درمانی، با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون اجرایی، در سطح پیامدهای روان‌شناختی سالمندان به نتایجی همسو منتهی می‌شوند و می‌توانند به‌عنوان گزینه‌هایی معتبر و مبتنی بر شواهد در حوزه مداخلات سالمندی مورد استفاده قرار گیرند.

از منظر عملی، یافته‌های این پژوهش ظرفیت بالایی برای کاربرد در محیط‌های درمانی، مراکز نگهداری روزانه، خانه‌های سالمندان و حتی کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی دارد؛ به‌گونه‌ای که متخصصان سلامت روان می‌توانند با طراحی و اجرای برنامه‌های گروهی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، بازسازی شناختی، خودگویی‌های سازگارانه، مدیریت هیجان، حل مسأله و نیز ارزیابی چندبعدی کارکردهای زیستی، هیجانی، شناختی و بین‌فردی، به‌صورت هدفمند به کاهش احساس تنهایی و تقویت احساس کارآمدی و رضایت از زندگی در سالمندان کمک کنند. ادغام این مداخلات در برنامه‌های توان‌بخشی روانی اجتماعی می‌تواند رویکردهای سنتی مراقبتی که غالباً بر جنبه‌های جسمانی تمرکز دارند را به سمت الگوی جامع زیستی روانی اجتماعی سوق دهد و کیفیت خدمات ارائه‌شده به سالمندان را ارتقا بخشد. همچنین استفاده از این رویکردها در قالب کارگاه‌های آموزشی برای کارکنان مراکز سالمندی می‌تواند به توانمندسازی نظام ارائه خدمات و افزایش حساسیت حرفه‌ای نسبت به نیازهای هیجانی سالمندان منجر شود.

از منظر نظری، این مطالعه سهم معناداری در غنی‌سازی ادبیات روان‌شناسی سالمندی ایفا می‌کند، زیرا نشان می‌دهد مداخلات ساختاریافته مبتنی بر مهارت‌آموزی و رویکردهای چندوجهی می‌توانند هم‌زمان متغیرهای هیجانی مانند احساس تنهایی و شاخص‌های کلان‌تری همچون کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهند و بدین‌ترتیب پیوند میان سازه‌های هیجانی و ارزیابی شناختی از زندگی را در دوره سالمندی برجسته سازند. افزون بر این، مشاهده نقش تعدیل‌کننده سطح پایه در متغیر احساس تنهایی، افق‌های جدیدی برای مدل‌سازی نظری در زمینه تعامل ویژگی‌های اولیه فرد با اثربخشی مداخلات روان‌شناختی فراهم می‌آورد و می‌تواند مبنایی برای توسعه چارچوب‌های تبیینی دقیق‌تر درباره سازوکارهای تغییر در سالمندان باشد. از منظر اجتماعی، کاهش احساس تنهایی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان پیامدهایی فراتر از سطح فردی دارد و می‌تواند به افزایش مشارکت اجتماعی، تقویت شبکه‌های حمایتی، کاهش انزوای مزمن، پیشگیری از اختلالات خلقی و در نهایت کاهش فشار بر نظام سلامت و خدمات حمایتی منجر شود. چنین پیامدهایی به‌طور غیرمستقیم بار اقتصادی ناشی از بستری‌های مکرر، مصرف داروهای روان‌پزشکی و وابستگی عملکردی را کاهش می‌دهد و به بهبود سرمایه اجتماعی در جامعه کمک می‌کند. برای سیاست‌گذاران حوزه سالمندی، این یافته‌ها شواهد تجربی معتبری فراهم می‌آورد تا در تدوین برنامه‌های ملی ارتقای سلامت روان سالمندان، توسعه مراکز روزانه با رویکرد مداخله‌محور، آموزش تخصصی نیروهای انسانی و تخصیص بودجه به خدمات پیشگیرانه و روان‌درمانی گروهی را در اولویت قرار دهند و از این طریق پاسخ نظام‌مندتری به چالش‌های جمعیت رو به رشد سالمندان ارائه شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

با وجود نتایج معنادار و قابل دفاع، این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرد؛ نخست آن‌که طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و مبتنی بر نمونه‌گیری در دسترس از یک مرکز نگهداری روزانه در شهرستان ساری بود، بنابراین تعمیم نتایج

به سایر سالمندان، به‌ویژه سالمندان ساکن در منزل یا مراکز شبانه‌روزی و نیز سایر بافت‌های فرهنگی، با احتیاط صورت می‌گیرد. حجم نمونه نسبتاً محدود و اجرای مداخلات در یک بازه زمانی کوتاه و بدون پیگیری طولانی‌مدت، امکان بررسی پایداری اثرات درمان را فراهم نکرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی و خوانده‌شدن پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر، احتمال سوگیری پاسخ و اثر تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی را افزایش می‌دهد. افزون بر این، متغیرهای مداخله‌گر احتمالی مانند وضعیت اقتصادی، میزان حمایت خانوادگی، بیماری‌های جسمی مزمن و ویژگی‌های شخصیتی کنترل نشدند که می‌توانند بر احساس تنهایی و کیفیت زندگی اثرگذار باشند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های آزمایشی با نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی استفاده شود، دوره‌های پیگیری میان‌مدت و بلندمدت برای سنجش ماندگاری اثرات در نظر گرفته شود، و علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از شاخص‌های عینی‌تر یا ارزیابی چندمنبعی بهره گرفته شود. همچنین بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده مانند جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و میزان حمایت اجتماعی می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر زیرگروه‌های بهره‌مند از مداخله کمک کند. مقایسه این دو رویکرد با سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد در حوزه سالمندی و نیز طراحی بسته‌های تلفیقی متناسب با ویژگی‌های فرهنگی ایرانی نیز می‌تواند مسیر پژوهش‌های آتی را غنی‌تر سازد و به توسعه مداخلات هدفمندتر و اثربخش‌تر در این حوزه بینجامد.

سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله از معاونت محترم تحصیلات تکمیلی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، اساتید محترم راهنما و مشاور این پژوهش، کلیه سالمندان شرکت کننده و همه افرادی که در انجام پژوهش به نویسندگان کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

امینی، س.، دهقانی چم‌پیری، ا.، صالحی، ا.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۹۸). نقش اجتناب تجربه‌ای و سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی با میانجی‌گری معنای زندگی در سالمندان. *علوم روان‌شناختی، ۱۸* (۷۴)، ۲۳۴–۲۲۳.

اورکی، م.، مهدی‌زاده، آ.، و درتاج، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی، شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی. *سالمند، ۱۴* (۳)، ۳۳۱–۳۲۳.

ایرنا. (بی‌تا). خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران.

تمنایی‌فر، م.، منصوری‌نیک، ا.، و ملک‌زاده کاشانی، ف. (۱۴۰۳). ارتباط بین سبک دلبستگی ناایمن و کیفیت زندگی در مبتلایان به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل‌گری تاب‌آوری. *روان‌شناسی سلامت، ۱۳* (۲)، ۶۲–۴۵.

جعفری، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره مبتنی بر نظریه چندوجهی لازاروس بر خودهای ممکن، منبع کنترل و ولع مصرف مواد در معتادان تحت دارودرمانی. *روان‌شناسی کاربردی، ۱۳* (۴)، ۶۲۳–۶۰۲.

جنگی جهان‌تیغ، ل.، لطیفی، ز.، و سلطانی‌زاده، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر کیفیت زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری، ۷* (۴)، ۳۵۹–۳۴۵.

حجت‌خواه، م.، مصباح، ا.، و پروانه، آ. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان پسر. *پژوهش‌های مشاوره، ۷۸*، ۱۲۸–۱۰۹.

خدابخشی، ن.، و فروزنده، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و درمان ماتریکس بر شاخص‌های درمان سوءمصرف مواد مخدر. *اعتیادپژوهی، ۱۶* (۶۳)، ۲۲۲–۱۹۹.

خلوتی، م.، باباخانیان، م.، خلوتی، م.، نافعی، ا.، خلوتی، م.، و غفوری، ر. (۱۴۰۰). اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی: یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل. *سالمند، ۱۶* (۲)، ۱۷۱–۱۵۲.

دیناروند، ن.، و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت‌درمانی و معنویت‌درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری، ۷* (۲)، ۱۹۷–۱۸۱.

زارعی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کاهش استرس شغلی در سالمندان فعال. نشریه مطالعات *روان‌شناسی بالینی، ۳۲*، ۱۷۳–۱۵۹.

طاهر، م.، و میرزاده، ب. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس بر عزت‌نفس و سازش‌یافتگی کودکان با اختلال اضطراب جدایی. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی، ۱۹* (۴۶)، ۹۹–۸۵.

عاملی رضایی، ل.، امیرمظاهری، ا.، و حقیقتیان، م. (۱۳۹۹). تأثیر موسیقی‌درمانی غیرفعال بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان تهران. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۷* (۲۴)، ۳۵–۱.

عیدی‌وندی، م.، ارجمند سیاه‌پوش، ا.، و هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری و ناگویی هیجانی سالمندان. *روان‌شناسی پیری، ۱۱* (۲)، ۱۷۲–۱۵۵.

فلاحی، ف.، پرندین، ش.، و ولی‌زاده، ح. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۹*(۷۴)، ۲۳۲—۲۲۱.

قاضی محسنی، م.، سلیمانیان، ع.، و حیدرنیا، ا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی امیدمحور بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان. *سالمند، ۱۱*(۲)، ۳۰۹—۳۰۰.

کبیری‌نسب، ی.، بحرینیان، ع.، آهی، ق.، و منصوری، ا. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر وسواس مرگ و توان خودمراقبتی در سالمندان: مطالعه تک‌آزمودنی. *علوم روان‌شناختی، ۲۳*(۱۴۲)، ۲۵۳۸—۲۵۱۹.

کرمی، ا.، آرین، خ.، سلطانی خورشید، ح.، و خان‌آبادی، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش گروهی با رویکرد چندوجهی لازاروس بر افزایش رضایت زناشویی زنان. *زن و جامعه، ۳*(۱)، ۳۹—۲۱.

مصطفایی، ع.، و اورکی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر مهارت‌های عصب‌روان‌شناختی و نشانگان رفتاری (کمبود توجه و تکانشگری) کودکان دارای اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی بر اساس مدل مایکنبام. *عصب‌روان‌شناسی، ۲*، ۱۳۰—۱۱۱.

مطهری، ن.، و ترکان، ه. (۱۴۰۴). رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری، ۱۱*(۲)، ۲۳۰—۲۱۳.

مایکنبام، د. (۱۳۹۵). آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس (ترجمه سیروس مبینی). انتشارات رشد.

میردریکوند، ف.، پناهی، ه.، و حسینی رمقانی، ن. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی. *روان‌شناسی پیری، ۲*(۲)، ۱۱۳—۱۰۳.

نقدی، م.، طاهر، م.، آقایی، ح.، و حسین‌خانزاده، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان. علوم روان‌شناختی، ۲۲(۱۲۸)، ۱۶۸۷—۱۶۶۳.

هروی کریموی، م.، رژه، ن.، گرشاسبی، ا.، نیکخواه، م.، و منتظری، ع. (۱۳۹۵). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی سالمندان (CASP-19). *پایش، ۱۵*(۴)، ۴۴۲—۴۳۲.

References

Ameli Rezaei, L., Amir Mazaheri, A. M., & Haghighatyan, M. (2020). The effect of passive music therapy on the quality of life of the elderly living in nursing homes in Tehran (A case study of nursing homes in Tehran). *Journal of Social Work Research, 7*(24), 1–35. https://doi.org/10.22054/rjsw.2021.58517.473 [Persian]

Amini, S., Dehghani-Champiri, A., Salehi, A., & Soltanizadeh, M. (2019). The role of experiential avoidance and psychological capitals in predicting feeling loneliness by mediating meaning in life in the elderly. *Psychological Science, 18*(74), 223–234. https://www.sid.ir/paper/92866/fa#downloadbottom [Persian]

Andersen, G. K., Bauer, E. H., Bhavsar, R. P., Jensen, H. I., Ahrenfeldt, L. J., Hvidt, N. C., & Stroem, T. (2024). Assessment of quality of life for frail elderly patients' post-ICU discharge: A protocol for a scoping review. *BMJ Open, 14*(1), 1–6. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076494

Baruah, M. (2023). Old age people and human rights: A socio-psychological perspective. *Journal of Pharmaceutical Negative Results, 14*(3), 592–597. https://doi.org/10.47750/pnr.2023.14.03.074

Charoenkiatkan, C., Khositditsayanan, N., & Wannupatam, B. (2024). Training curriculum to enhance the quality of life for the elderly. *Education and Learning (EduLearn), 18*(3), 616–623. https://doi.org/10.11591/edulearn.v18i3.21336

Delavar, A. (2016). *Research methods in psychology and educational sciences*. Roshd Publications.

De Magalhães, J. P., Abidi, Z., dos Santos, G. A., Avelar, R. A., Barardo, D., Chatsirisupachai, K., Clark, P., de Souza, E. A., Johnson, E. J., Lopes, I., Novoa, G., Senez, L., Talay, A., Thornton, D., & Ka Po To, P. (2024). Human ageing genomic resources: Updates on key databases in ageing research. *Nucleic Acids Research, 52*(1), 900–908. https://doi.org/10.1093/nar/gkad927

Dewi, C. F., Marlina, Y. F., & Dafiq, N. (2025). Family support and loneliness in the elderly: Their influence on quality of life. *Keperawatan dan Kesehatan, 13*(1), 68–74. https://doi.org/10.20527/jdk.v13i1.781

Dinarvand, N., & Barghi Irani, Z. (2021). The comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and spiritual therapy on cognitive dissonance and feeling loneliness in the elderly living in nursing homes. *Aging Psychology, 7*(2), 181–197. https://doi.org/10.22126/JAP.2021.6334.1520 [Persian]

Eydivand, M., Arjmand-Siyapoush, I., & Haroon-Rashidi, H. (2025). The effectiveness of schema therapy on rumination and alexithymia in older adults. *Aging Psychology, 11*(2), 155–172. https://doi.org/10.22126/jap.2024.10521.1771 [Persian]

Farzin, M., Amiri Majd, M., & Ghamari, M. (2024). Comparing the effectiveness of guided imagery and Lazarus multimodal therapy on COVID-19 anxiety and life expectancy in people recovered from COVID-19. *Journal of Practice in Clinical Psychology, 12*(1), 53–66. https://doi.org/10.32598/jpcp.12.1.917.1

Falahi, F., Parandin, S., & Valizadeh, H. (2024). Comparison of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment therapy and mindfulness-based therapy on death anxiety and loneliness of the elderly. *Modern Psychological Researches, 19*(74), 221–232. https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59381.5949 [Persian]

Figueiredo, T., Midao, L., Rocha, P., Cruz, S., Lameira, G., Conceicao, P., Ramos, R. J. G., Batista, L., Corvacho, H., Almada, M., Martins, A., Rocha, C., Ribeiro, A., Alves, F., & Costa, E. (2024). The interplay between climate change and ageing: A systematic review of health indicators. *PLOS ONE, 19*(4), 1–17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297116

Ghazi Mohseni, M., Soleimanian, A. A., & Heidarnia, A. (2016). Examining the effectiveness of hope-based group training on the quality of life of the elderly people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 11*(2), 300–309. https://doi.org/10.21859/sija-1102300 [Persian]

Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *Omega: Journal of Death and Dying, 87*(1), 262–282. https://doi.org/10.1177/00302228211010587

Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Garshasbi, A., Nikkhah, M., & Montazeri, A. (2016). A validation study of the Persian version of older people's quality of life questionnaire (CASP-19). *Payesh, 15*(4), 432–442. [Persian]

Hojatkhah, S. M., Mesbah, I., & Azar, P. (2021). Effectiveness of group counseling based on Lazarus multimodal approach on psychological well-being of male students. *Counseling Research, 20*(78), 109–128. https://doi.org/10.18502/qjcr.v20i78.6786 [Persian]

IRNA. (n.d.). *Islamic Republic News Agency*. https://www.irna.ir/news/85309149/%DB%B9

Issalillah, F., & Aisyah, N. (2022). The elderly and the determinants of stress. *Social Science Studies, 2*(1), 9–12. https://doi.org/10.56348/jos3.v2i1.19

Jafari, A. (2019). Effectiveness of counseling based on Lazarus multimodal theory on possible selves, locus of control, and decrease of opiate craving in addicts under pharmacotherapy. *Quarterly of Applied Psychology, 13*(4), 602–623. https://doi.org/10.29252/APSY.13.4.601 [Persian]

Jangi Jahantigh, L., Latifi, Z., & Soltani Zadeh, M. (2021). The effectiveness of self-healing education on the quality of life in the elderly. *Aging Psychology, 7*(4), 345–359. https://doi.org/10.22126/JAP.2022.6911.1561 [Persian]

Kabirinasab, Y., Bahrainian, S. A., Ahi, G., & Mansouri, A. (2024). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy on death obsession and self-care ability in the elderly. *Psychological Science, 23*(142), 2519–2538. https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.2519 [Persian]

Karami, A., Arian, S. Kh., Soltani Khorshid, H., & Khanabadi, M. (2012). Exploring the effectiveness of group training based on Lazarus multifaceted approach on women's marital satisfaction. *Woman & Society, 3*(1), 21–39. [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*

Indian Journal of Psychological Medicine, 46(6), 564–569. https://doi.org/10.1177/02537176241231060

Mirdrikvand, F., Panahi, H., & Hoseyni-Ramaghani, N. S. (2016). Loneliness of the elderly: The role of communication skills, social support, and functional disability. *Aging Psychology, 2*(2), 103–113. https://jap.razi.ac.ir/article_582.html?lang=fa [Persian]

Muhammad, T., Maurya, P., Selvamani, Y., & Kelekar, U. (2023). Mediation of pain in the association of sleep problems with falls among older adults in India. *Scientific Reports, 13*(221), 1–11. https://doi.org/10.1038/s41598-022-27010-3

Mutchler, J., Su, Y. J., & Roldan, N. V. (2023). *Living below the line: Economic insecurity and older Americans, insecurity in the states, 2022* (pp. 1–15). University of Massachusetts Boston.

Mobini, S. (2016). *Stress inoculation training: Donald Meichenbaum*. Roshd Publications. [Persian]

Montejo, C. P., Crespo, D. P., Rubio, C. M., & Montenegro-Pena, M. (2022). Loneliness in the elderly: Association with health variables, pain, and cognitive performance. A population-based study. *Clínica y Salud, 33*(2), 51–58. https://doi.org/10.5093/clysa2021a14

Mostafaie, A., & Oraki, M. (2020). The effectiveness of psychological immunization training on neuropsychological skills and behavioral symptoms (Attention deficit and impulsivity) of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on the Meichenbaum model. *Neuropsychology, 6*(21), 111–130. https://doi.org/10.30473/clpsy.2020.48949.1470 [Persian]

Motahari, N., & Torkan, H. (2025). The relationship between loneliness, distress tolerance, and resilience with spiritual well-being among older adults residing in nursing homes. *Aging Psychology, 11*(2), 213–230. https://doi.org/10.22126/JAP.2024.10521.1771 [Persian]

Naghdi, M., Taher, M., Aghaei, H., & Hossein Khanzadeh, A. A. (2023). Comparing the effectiveness of logotherapy and

Ageing, 16(2), 152–171. https://doi.org/10.32598/sija.16.2.862.2 [Persian]

Khodabakhshy, N., & Foroozandeh, E. (2022). Comparison of the effectiveness of Lazarus multifaceted treatment and matrix treatment on indications for treatment of drug abuse. *Etiadpajohi, 16*(63), 199–222. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.63.199 [Persian]

Kishikawa, Y., Miyabara, H., Uchinoura, M., Yamaguchi, Y., Nishimura, S., Shibata, S., Shibata, H., & Owada, H. (2023). Determinants of quality of life in elderly rehabilitation users at a day care service center. *Journal of Physical Therapy Science, 35*(1), 12–17. https://doi.org/10.1589/jpts.35.12

Kudelka, J., Ollenschläger, M., Dodel, R., Eskofer, B. M., Hobert, M. A., Jahn, K., Klucken, J., Labeit, B., Polidori, M. C., Prell, T., Warnecke, T., von Arnim, C. A. F., Maetzler, W., & Jacobs, A. H. (2024). Which comprehensive geriatric assessment (CGA) instruments are currently used in Germany: A survey. *BMC Geriatrics, 24*(347), 1–19. https://doi.org/10.1186/s12877-024-04913-6

Komada, Y. (2023). Sleep and body composition, physical function in older women. *Sleep and Biological Rhythms, 21*, 129–129. https://doi.org/10.1007/s41105-023-00443-7

Luo, J., Guo, Y., & Tian, Z. (2024). Loneliness or sociability: The impact of social participation on the mental health of the elderly living alone. *Health & Social Care in the Community*, 1–12. https://doi.org/10.1155/2024/5614808

Ma, J., Zhang, Z., Zheng, J., & Huo, Z. (2025). Can travel relieve the loneliness of the elderly? *Journal of Sustainable Tourism*.

McCormick, I. (2025). A qualitative study of client experiences using stress inoculation coaching. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 23*(2), 289–302. https://doi.org/10.24384/tg0c-yt11

Mehra, A., Agarwal, A., Bashar, M., Avasthi, A., Chakravarty, R., & Grover, S. (2024). Prevalence of loneliness in older adults in rural population and its association with depression and caregiver abuse.

Relationship between insecure attachment style and quality of life in chronic pain patients: The mediating role of alexithymia and moderating role of resilience. *Health Psychology, 13*(2), 45–62. https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68731.5868 [Persian]

Valencia-Contrera, M. A., & Sanhueza-Alvarado, O. I. (2023). Diseases associated with loneliness in the elderly: A social challenge. *Enfermería Global, 22*(1), 642–668. https://doi.org/10.6018/eglobal.514761

Witham, M. D., Crighton, L. J., & MacMurdo, M. E. T. (2007). Using an individualised quality of life measure in older heart failure patients. *International Journal of Cardiology, 116*(1), 40–45. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.03.026

Xiong, Q., & Zhang, N. (2025). An interaction design study of horticultural healing resting appliance for alleviating loneliness among the elderly. In *International Conference on Human-Computer Interaction* (Vol. 15809). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-92707-2_24

Yongqi, X. (2023). Research on the influence of pension insurance on the Chinese elderly's subjective well-being based on Maslow's hierarchy of needs. In *Proceedings of the 6th International Conference on Economic Management and Green Development* (pp. 198–203). *Applied Economics and Policy Studies*. Springer. https://www.springerprofessional.de/en/applied-economics-and-policy-studies/19570136

Zarei, S. (2018). The effectiveness of stress inoculation training on vocational stress of active elderly. *Clinical Psychology Studies, 8*(32), 151–173.

acceptance and commitment therapy on the loneliness of the elderly. *Psychological Science, 22*(128), 1663–1678. https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.166 [Persian]

Oraki, M., Mahdizadeh, A., & Dortaj, A. (2019). The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness, and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. *Salmand: Iranian Journal of Ageing, 14*(3), 320–331. https://doi.org/10.32598/sija.13.10.670 [Persian]

Papadopoulou, S. K., Mantzorou, M., Voulgaridou, G., Pavlidou, E., Vadikolias, K., Antasouras, G., Vorvolakos, T., Psara, E., Vasios, G. K., Serdari, A., Poulios, E., & Giaginis, C. (2023). Nutritional status is associated with health-related quality of life, physical activity, and sleep quality: A cross-sectional study in an elderly Greek population. *Nutrients, 15*(2), 1–14. https://doi.org/10.3390/nu15020443

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(3), 472–480.

Sarkar, S. M., Dhar, B. K., Crowley, S., Ayittey, F. K., & Gazi, M. A. I. (2023). Psychological adjustment and guidance for ageing urban women. *Ageing International, 48*, 222–230. https://doi.org/10.1007/s12126-021-09467

Taher, M., & Mirzadeh, B. (2022). Evaluation of the effectiveness of Lazarus multidimensional treatment on self-esteem and adjustment of children with separation anxiety disorder. *Educational Psychology Studies, 19*(46), 85–99. https://doi.org/10.22111/JEPS.2022.6756 [Persian]

Tamannaeifar, M. R., Mansourinik, A., & Malekzade Kashani, F. (2024).