

تدوین و اعتباریابی محتوایی بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان

Development and Content Validation of a Cognitive-Emotional Health Educational Package for the Ardly

ساره پیمان^۱

Abstract

The present study aimed to develop and conduct content validation of a cognitive-emotional health educational package specifically designed for the Ardly. This research was developmental-applied in nature and was conducted in two qualitative and quantitative phases. In the qualitative phase, employing an integrative systematic review and drawing upon theoretical models of working memory (Baddeley & Hitch, 2000), inhibition (Barkley, 1997), and information processing (Broadbent, 1958), the initial structure of a 20-session (45 minutes each) package was developed. After preliminary revisions, the pre-final version underwent quantitative evaluation by 12 experts in the field of Ardly studies (each with at least 5 years of experience). Content validity was assessed using the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) based on the methods of Lawshe (1975) and Waltz and Bausell (1981). Findings indicated acceptable content validity for the developed package (CVR = 0.84; S-CVI/Ave = 0.89).

Keywords: Educational package, Cognitive-Emotional health, Ardly.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تدوین و اعتباریابی محتوایی بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان بود. این مطالعه از نوع پژوهش توسعه‌ای-کاربردی بود و در دو مرحله کیفی و کمی انجام شد. در مرحله کیفی، با استفاده از مرور نظام‌مند ترکیبی و با استناد به مدل‌های نظری حافظه کاری (بدلی و هیچ، ۲۰۰۰)، بازداری (بارکلی، ۱۹۹۷) و پردازش اطلاعات (برودبنت، ۱۹۵۸)، ساختار اولیه بسته در قالب ۲۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طراحی شد. پس از بازبینی اولیه، نسخه پیش‌نهایی در مرحله کمی توسط ۱۲ متخصص حوزه سالمندی (با حداقل ۵ سال سابقه) مورد ارزیابی محتوایی قرار گرفت و از شاخص‌های نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) بر اساس روش‌های لاوشه (۱۹۷۵) و والتز و باسل (۱۹۸۱) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بسته آموزشی تدوین شده از روایی محتوایی قابل قبولی برخوردار است (CVR=0.84) و (S-CVI/Ave=0.89).

واژگان کلیدی: بسته آموزشی، سلامت شناختی-هیجانی، سالمندان.

^۱ گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Sr.peyman@gmail.com

مقدمه

سالمندی یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن بیست‌ویکم به شمار می‌رود و بسیاری از کشورها، از جمله ایران را در ابعاد بهداشتی، روان‌شناختی و اجتماعی با چالش‌های گسترده مواجه کرده است. بر اساس گزارش سازمان ملل متحد^۱ (۲۰۲۲)، جمعیت سالمندان جهان تا سال ۲۰۵۰ به بیش از دو میلیارد نفر خواهد رسید. ایران نیز با سرعتی قابل توجه در مسیر گذار به جامعه سالمند قرار دارد؛ به گونه‌ای که پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد سهم جمعیت سالمندان کشور از حدود ۱۰ درصد کنونی به ۲۰ تا ۳۰ درصد در دهه‌های آینده افزایش خواهد یافت (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱). این روند، ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های هدفمند برای ارتقای ابعاد مختلف سلامت سالمندان، به‌ویژه سلامت شناختی و هیجانی را بیش از پیش برجسته می‌سازد. در این میان، سلامت شناختی-هیجانی به‌عنوان یک سازه یکپارچه و چندبعدی، نقش محوری در حفظ استقلال عملکردی، کیفیت زندگی و مشارکت اجتماعی سالمندان ایفا می‌کند (یون و ریو، ۲۰۲۲). این سازه فراتر از ترکیب مکانیکی «شناخت» و «هیجان» است و به‌جای آن، بر پویایی تعاملی بین فرایندهای شناختی (مانند حافظه کاری، توجه، انعطاف‌پذیری شناختی و بازداری پاسخ) و فرایندهای تنظیمی هیجانی (شامل مدیریت استرس، کنترل خشم، مهارت‌های اجتماعی و تعاملات عاطفی سازنده) تأکید دارد (اوسترهاوس، اسلید، می و همکاران^۳، ۲۰۲۳). شواهد عصب‌شناختی نشان می‌دهند ساختارهایی مانند قشر پیش‌پیشانی، هیپوکامپ و شبکه‌های کنترل اجرایی، نه تنها در پردازش اطلاعات شناختی نقش دارند، بلکه در تعدیل پاسخ‌های هیجانی و تطبیق با استرس نیز ضروری‌اند (هارادا، ناتلسون و تریبل^۴، ۲۰۲۰). متأسفانه، فرآیند طبیعی سالمندی با تحلیل تدریجی این سیستم‌های عصبی همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن کاهش حجم مغز، کاهش تراکم سیناپسی و کاهش اتصال عملکردی بین مناطق شناختی-هیجانی رخ می‌دهد (دیری، دی پائولو، موران و همکاران^۵، ۲۰۲۳). این تغییرات بیولوژیکی به‌صورت بالینی در قالب کاهش سرعت پردازش اطلاعات، ضعف در حافظه کاری، تغییرات در توجه (پایدار، انتخابی، تقسیم‌شده) و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی خود را نشان می‌دهند (مک‌آلیستر و اشمیتر اجکامب^۶، ۲۰۱۶). مهم‌تر از آن، این ضعف‌های شناختی با اختلال در توانایی‌های تنظیم هیجان همراه است. سالمندان اغلب دچار کاهش توانایی در بازبینی شناختی احساسات، افزایش واکنش‌پذیری به محرک‌های استرس‌زای روزمره و کاهش استفاده از راهبردهای هیجانی سازگارانه (مانند بازآرایی شناختی) می‌شوند (ساردلا، لنزو، باسیل و همکاران^۷، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، عوامل روان‌اجتماعی نیز سلامت شناختی-هیجانی سالمندان را تهدید می‌کنند. یکی از این عوامل بازنشستگی، و دور شدن از موقعیتهای شغلی گذشته است، که کاهش مسئولیتهای مرتبط با شغل و در نتیجه کاهش ارتباطات اجتماعی فرد را به همراه دارد. از دیگر عوامل، تنهایی یا احساس تنهایی است. به خصوص در مواردی که شخص شاهد از دست دادن یکی از دوستان، بستگان و هم سن و سال و افراد هم دوره خویش است، لذا هر روز بیش از پیش دچار احساس تنهایی می‌شود. برخی به مرور از مشارکت در زندگی اجتماعی کناره می‌گیرند و در مقابل، جامعه نیز آنها را به کناری می‌نهد که این خود احساس بیهودگی و افسردگی را در فرد سالمند تعمیق می‌کند (محمدپناه اردکان و همکاران، ۱۴۰۴). این عوامل، به‌ویژه هنگامی که با ضعف شناختی همراه شوند، خطر افسردگی، اضطراب، کاهش حس معنا و انزوای اجتماعی را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهند. مطالعات اپیدمیولوژیک در ایران نشان داده‌اند که افسردگی در سالمندان پس از بیماری‌های جسمی، دومین عامل اصلی کاهش عملکرد روزمره است و با اختلال در فعالیت‌هایی مانند

¹ United Nations, Department of Economic

² Yun & Ryu

³ Oosterhuis, Slade, May & et al

⁴ Harada, Natelson & Triebel

⁵ Deery, Di Paolo, Moran & et al

⁶ McAlister & Schmitter Edgecombe

⁷ Sardella, Lenzo, Basile & et al

مدیریت داروها، خرید، پخت‌وپز و ارتباط با دیگران همراه است (شیخیانی خواه و بخشی سورشجانی، ۱۴۰۴). بنابراین توجه به رابطه دوطرفه بین شناخت و هیجان حائز اهمیت است. از یک سو، ضعف در کارکردهای اجرایی به‌ویژه حافظه کاری و بازداری پاسخ می‌تواند فرآیندهای تنظیم هیجان را مختل کند، چرا که این فرایندها نیازمند منابع شناختی هستند. از سوی دیگر، هیجان‌های منفی مزمن (مانند اضطراب و افسردگی) از طریق القای پریشانی ذهنی، منابع شناختی را مصرف کرده و ظرفیت پردازشی را کاهش می‌دهند (میناداسی، براش، شفلر و همکاران^۱، ۲۰۲۲). این چرخه منفی که در آن ضعف شناختی منجر به اختلال هیجانی و اختلال هیجانی باز هم شناخت را تضعیف می‌کند می‌تواند به تدریج به کاهش کیفیت زندگی، کاهش خودکارآمدی و افزایش وابستگی به مراقبان منجر شود.

در همین راستا، رویکردهای نظری معتبری وجود دارند که پایه‌های علمی لازم برای طراحی مداخلات یکپارچه را فراهم می‌کنند. مدل حافظه کاری بدلی و هیج^۲ (۲۰۰۰)، با معرفی مؤلفه‌های حلقه فونولوژیک^۳ (برای اطلاعات کلامی) و دفترچه دیداری-فضایی (برای اطلاعات تصویری)، چارچوبی برای تمرین‌های هدفمند حافظه کاری فراهم می‌کند. مدل پردازش اطلاعات برودبنت^۴ (۱۹۵۸) با تأکید بر ظرفیت محدود سیستم توجه، اهمیت تمرین‌های توجه‌محور را برجسته می‌سازد. همچنین، نظریه بازداری بارکلی^۵ (۱۹۹۷) اگرچه برای اختلالات توجه و بیش‌فعالی طراحی شده است، اما مفاهیم کلیدی آن به‌ویژه نقش بازداری پاسخ به‌عنوان هسته کارکردهای اجرایی در سالمندی نیز کاربرد دارد و می‌تواند برای طراحی فعالیت‌های کنترل رفتاری و هیجانی به کار رود. با این وجود، بررسی ادبیات موجود در ایران نشان می‌دهد که مطالعات پیشین به‌صورت متفرقه و تک‌بعدی انجام شده‌اند. برای مثال، پژوهش‌های قیصری و مظاهری (۱۴۰۴) و شفائی و همکاران (۱۴۰۱) عمدتاً بر تقویت کارکردهای شناختی از طریق توان‌بخشی شناختی یا نرم‌افزارهای رایانه‌ای تمرکز کرده‌اند. همچنین، مطالعاتی مانند فغفورآذر (۱۴۰۲) به اثربخشی تمرینات ادراکی-حرکتی بر حافظه کاری پرداخته‌اند، اما هیچ‌یک از این پژوهش‌ها به‌طور سیستماتیک بر تعامل پویا بین شناخت و هیجان تمرکز نکرده‌اند. از سوی دیگر، مداخلات درمانی در حوزه هیجان (مانند آموزش تنظیم هیجان یا ذهن‌آگاهی) نیز معمولاً فاقد مؤلفه‌های عصب‌شناختی ساختاریافته هستند و از چارچوب‌های نظری یکپارچه بهره نمی‌برند. این شکاف پژوهشی یعنی عدم وجود یک بسته آموزشی جامع، ساختاریافته و مبتنی بر تلفیق مدل‌های نظری شناختی-هیجانی که دارای ویژگی‌های خاصی در سبک زندگی، روابط خانوادگی و دسترسی به فناوری است، اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند. لذا با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی محتوایی بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی محتوایی یک بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان انجام شد. این مطالعه از نوع پژوهش توسعه‌ای-کاربردی بود و در دو مرحله کیفی (تدوین محتوا و ساختار بسته) و کمی (اعتباریابی محتوایی) اجرا گردید. در **مرحله کیفی** به‌منظور استخراج مؤلفه‌های کلیدی سلامت شناختی-هیجانی و طراحی چارچوب نظری بسته آموزشی، از رویکرد مرور نظام‌مند مطالعات ترکیبی^۶ استفاده شد. پروتکل مرور بر اساس راهنمای PRISMA-Scr (اصول گزارش‌دهی ترجیحی برای مرورهای نظام‌مند و متاآنالیز: نسخه گسترش‌یافته برای مرورهای محدود‌دهی)

¹ Meynadasy, Brush, Sheffler & et al

² Baddeley & Hitch

³ phonological loop

⁴ Broadbent

⁵ Barkley

⁶ Mixed Studies Review

طراحی شد. جستجوی منابع در پایگاه‌های علمی داخلی (نورمگز، مگ‌ایران، سیویلیکا، ایرانداک) و بین‌المللی (PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, ProQuest, EBSCO, Google Scholar) انجام شد. جستجو بر اساس ترکیبی از کلیدواژه‌های انگلیسی از جمله: "emotion, cognitive-emotional health, elderly, working memory, regulation, executive functions, training package" بود که بر سلامت شناختی، هیجانی یا اجتماعی سالمندان تمرکز داشتند و معیارهای خروج، مقالات غیرعلمی و پژوهش‌هایی که بر جمعیت غیرسالمند متمرکز بودند را شامل شد. یافته‌ها در تلفیق با سه چارچوب نظری کلیدی؛ مدل حافظه کاری بدلی و هیچ (۲۰۰۰)، مدل پردازش اطلاعات برودبنت (۱۹۵۸) و چارچوب کارکردهای اجرایی با استناد به بارکلی (۱۹۹۷) مورد تحلیل مفهومی قرار گرفت. در نتیجه، ده مؤلفه اصلی سلامت شناختی-هیجانی شامل (انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری پاسخ، تنظیم هیجان، توجه پایدار، توجه انتخابی، توجه تقسیم‌شده، حافظه کاری کلامی، حافظه کاری دیداری-فضایی، سلامت ذهن و مهارت‌های اجتماعی-هیجانی) استخراج شد، بر اساس این مؤلفه‌ها، ساختار اولیه بسته آموزشی در قالب ۲۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طراحی شد. هر جلسه شامل هدف آموزشی، خلاصه نظری کوتاه، ۲ تا ۳ فعالیت عملی، ابزارهای لازم و راهنمای اجرای گام‌به‌گام بود. فعالیت‌ها با در نظر گرفتن ویژگی‌های شناختی و حسی سالمندان (مانند کاهش سرعت پردازش، محدودیت‌های بینایی و شنوایی و خستگی‌پذیری) طراحی و سطح‌بندی شدند. پس از مشاوره کیفی با سه متخصص باتجربه در حوزه روان‌شناسی سالمندی، نسخه اولیه اصلاح گردید. اصلاحات شامل؛ افزایش وضوح دستورالعمل‌ها، کاهش دشواری فعالیت‌های ابتدایی، و تقویت مؤلفه‌های اجتماعی-هیجانی بود. در مرحله کمی برای اعتباریابی محتوایی نسخه پیشنهادی بسته، از روش اعتباریابی تخصصی^۱ استفاده شد. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند از بین متخصصان انجام شد و معیارهای انتخاب شامل؛ حداقل ۵ سال سابقه فعالیت در حوزه سالمندی، داشتن تخصص مستقیم در یک یا چند مؤلفه شناختی-هیجانی، تنوع رشته‌ای برای پوشش ابعاد مختلف بسته بود. در نهایت، ۱۲ متخصص (شامل ۵ روان‌شناس بالینی، ۳ درمانگر حوزه شناختی-هیجانی، ۲ متخصص علوم اعصاب شناختی و ۲ کاردرمانگر سالمندی) در فرایند اعتباریابی مشارکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه اعتباریابی متخصصان بود که دو شاخص اصلی را پوشش می‌داد: نسبت روایی محتوا^۲ بر اساس روش لاوشه^۳ (۱۹۷۵) متخصصان هر فعالیت را از نظر «ضرورت» در سه گزینه «ضروری است»، «مفید است ولی ضروری نیست»، «ضروری نیست» ارزیابی کردند. بر اساس جدول لاوشه، حداقل مقدار قابل قبول CVR برای نمونه ۱۲ نفره برابر با ۰٫۵۶ تعیین شد. و شاخص روایی محتوا^۴ بر اساس روش والتز و باسل^۵ (۱۹۸۱) که هر فعالیت از سه بعد «تناسب محتوایی»، «وضوح» و «اجراپذیری» با مقیاس ۴ درجه‌ای (۱ - نامناسب تا ۴ - کاملاً مناسب) نمره‌دهی شد. معیارهای پذیرش با توجه به حجم پانل > 6 نفر، $(I-CVI \geq 0.79)$ بود و برای کل بسته $(S-CVI/Ave \geq 0.90)$ در نظر گرفته شد. فعالیت‌هایی که در ارزیابی اولیه (به‌ویژه فعالیت‌های ۸ و ۱۲) معیارهای مذکور را نداشتند، بازنگری شدند (از طریق ساده‌سازی دستورالعمل‌ها، کاهش سرعت ارائه محرک‌ها و افزودن راهنمای اجرای دقیق‌تر) و مجدداً به همان پانل ارسال شدند. پس از اصلاح، تمامی فعالیت‌ها معیارهای پذیرش را برآورده ساختند و میانگین نهایی شاخص‌ها محاسبه گردید (میانگین، CVR ۰٫۸۴، میانگین S-CVI/Ave میانگین تمام I-CVI ها، ۰٫۸۹). در ادامه خلاصه محتوای جلسات بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان

¹ Expert Validation

² Content Validity Ratio; CVR

³ Lawshe

⁴ Content Validity Index; CVI

⁵ Waltz & Bausell

جلسات	هدف	محتوا	فعالیت
جلسه اول	آشنایی و ارزیابی پایه	مرور اهداف، توضیح روند برنامه، سنجش اولیه توانایی‌های شناختی-هیجانی	درمانگر مصاحبه‌ای کوتاه انجام می‌دهد، پیش‌آزمون شناختی-هیجانی اجرا می‌شود، سپس سالمند روی صندلی راحت می‌نشیند و تنفس آرام ساز دم ۴ شماره و بازدم ۶ شماره را با هدایت درمانگر انجام می‌دهد.
جلسه دوم	تقویت توجه پایدار	تمرین‌های ذهن‌آگاهی، حضور در لحظه، افزایش تمرکز دیداری-شنیداری	سالمند چشمان خود را می‌بندد و سه چیزی که می‌شنود را نام می‌برد؛ سپس سه چیزی که می‌بیند و لمس می‌کند. تمرین گوش‌دادن یک دقیقه‌ای انجام می‌شود و سالمند صداهای شنیده‌شده را گزارش می‌کند.
جلسه سوم	توجه انتخابی	تمایز بین محرک‌های هدف و غیرهدف	سه نوع صدا پخش می‌شود (موسیقی، صدای محیط، صدای فرد). سالمند باید فقط هنگام شنیدن صدای فرد واکنش دهد. سپس در صدای شلوغ باید صدای هدف را تشخیص دهد و درمانگر بازخورد ارائه می‌کند.
جلسه چهارم	توجه تقسیم‌شده	پردازش همزمان دو محرک دیداری-شنیداری	درمانگر متن کوتاهی می‌خواند و سالمند باید هر جا کلمه «خانه» را در صفحه می‌بیند علامت × بگذارد. هم‌زمان به متن گوش می‌دهد. سپس تمرین همزمان موسیقی و گروه‌بندی اشکال انجام می‌شود.
جلسه پنجم	بازداری پاسخ ۱	مهار پاسخ‌های ناخودآگاه	درمانگر کارت «روز» را نشان می‌دهد و سالمند باید بگوید «شب» و برعکس. سپس سرعت تعویض کارت‌ها افزایش می‌یابد. این تمرین پاسخ‌های خودکار را مهار می‌کند.
جلسه ششم	بازداری پاسخ ۲	کاهش تکانه‌های هیجانی و کنترل رفتار	تکنیک STOP آموزش داده می‌شود (توقف، تنفس، مشاهده، پاسخ). سالمند سه موقعیت واقعی زندگی خود را برای اجرای تکنیک انتخاب می‌کند. سپس تمرین مکث ۵ ثانیه‌ای قبل از هر پاسخ اجرا می‌شود.
جلسه هفتم	انعطاف شناختی ۱	تغییر مسیر پردازش ذهنی	درمانگر ابتدا کارت‌ها را نشان می‌دهد و سالمند نام همان رنگ را می‌گوید. سپس قانون عوض می‌شود: هر کارت باید با رنگ مخالف نام برده شود. در ادامه حل مسئله دو راه‌حل برای یک مشکل واقعی تمرین می‌شود.
جلسه هشتم	انعطاف شناختی ۲	جابجایی بین تکالیف	کارت قرمز = نام‌بردن یک شیء کارت آبی = کشیدن یک شکل کارت سبز = گفتن یک خاطره درمانگر کارت‌ها را با سرعت بالا تغییر می‌دهد و سالمند باید مطابق قانون جدید پاسخ دهد.
جلسه نهم	حافظه کاری کلامی ۱	نگهداری همزمان اطلاعات زبانی	سه کلمه پایپی گفته می‌شود و سالمند باید آن‌ها را برعکس تکرار کند. سپس لیست خرید ارائه می‌شود و سالمند باید آخرین مورد را به خاطر بسپارد. سطح دشواری افزایش می‌یابد.
جلسه دهم	حافظه کاری کلامی ۲	پردازش فعال اطلاعات زبانی	درمانگر سه جمله مرتبط می‌خواند و سالمند باید کلمه مشترک را پیدا کند. سپس پنج کلمه شنیده می‌شود و سالمند آن‌ها را در دو گروه (خوراکی/غیرخوراکی) طبقه‌بندی می‌کند.

جلسه یازدهم	حافظه دیداری- فضایی ۱	نگهداری تصاویر ساده و توالی آن‌ها	۴ کارت تصویری به مدت ۱۰ ثانیه نشان داده می‌شود. کارت‌ها برگردانده می‌شوند و سالمند باید ترتیب کارت‌ها را بازگو کند. سپس تعداد کارت‌ها و سرعت نمایش افزایش می‌یابد.
جلسه دوازدهم	حافظه دیداری- فضایی ۲	پردازش تصاویر پیچیده‌تر	درمانگر کارت‌هایی با اعداد مختلف نشان می‌دهد. سالمند ۱۵ ثانیه زمان دارد جای اعداد را حفظ کند. کارت‌ها به هم ریخته می‌شود و سالمند باید آنها را مرتب کند. سپس ماتریس ۲ خانه نشان داده می‌شود و سالمند باید ماتریس خالی را همانند نمونه کامل کند. در مراحل بعد ماتریس ۴ خانه و سپس ۶ خانه استفاده می‌شود.
جلسه سیزدهم	تنظیم هیجان ۱	شناخت هیجان‌ها در چهره و صدا	۱۰ تصویر چهره نشان داده می‌شود و سالمند هیجان هر کدام را بیان می‌کند. سپس صداها (خشم، شادی، غم) پخش می‌شود و سالمند باید هیجان را مشخص کند.
جلسه چهاردهم	تنظیم هیجان ۲	مدیریت هیجان‌های منفی	درمانگر یک موقعیت ناراحت‌کننده را تعریف می‌کند و سالمند باید برداشت مثبت‌تری ارائه دهد. سپس تمرین پذیرش احساس با جمله‌های بدون قضاوت اجرا می‌شود.
جلسه پانزدهم	مدیریت استرس	کاهش تنش ذهنی و جسمی	تمرین ریلکسیشن عضلانی اجرا می‌شود (انقباض و رهاسازی ۱۰ گروه عضلانی). سپس تکنیک grounding-۴-۳-۲-۱ برای کاهش اضطراب انجام می‌شود.
جلسه شانزدهم	مهارت‌های اجتماعی	بهبود ارتباط و تعامل سالم	نقش‌آفرینی موقعیت‌های واقعی مثل اختلاف خانوادگی یا درخواست کمک انجام می‌شود. سالمند سپس گوش‌دادن فعال را تمرین کرده و جملات درمانگر را بازتاب می‌دهد.
جلسه هفدهم	کاربرد مهارت‌ها	به‌کارگیری راهبردها در زندگی واقعی	سالمند یک مشکل واقعی را انتخاب می‌کند. مراحل حل مسئله اجرا می‌شود: تعریف مشکل، ارائه راه‌حل‌ها، انتخاب بهترین راه و اجرای عملی در شبیه‌سازی.
جلسه هجدهم	سلامت ذهن	افزایش امید، معنا و انگیزه	سالمند سه معنای مهم زندگی خود را می‌نویسد. سپس یک فعالیت لذت‌بخش روزانه انتخاب می‌کند و متعهد می‌شود آن را یک هفته انجام دهد.
جلسه نوزدهم	مرور	مرور مهارت‌های آموخته‌شده	مرور شفاهی همه تمرین‌ها انجام می‌شود. سپس یک تمرین ترکیبی (توجه + حافظه + بازداری) اجرا می‌شود تا ادغام مهارت‌ها تقویت شود.
جلسه بیستم	پس‌آزمون	ارزیابی نهایی و جمع‌بندی	پس‌آزمون شناختی-هیجانی مانند مرحله اول اجرا می‌شود. درمانگر پیشرفت‌ها را توضیح می‌دهد و برنامه تمرین خانگی یک‌ماهه ارائه می‌شود.

یافته ها

پس از تدوین نسخه اولیه بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی، فرآیند اعتباریابی محتوایی در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست، نسخه پیش‌نهایی بسته توسط ۱۲ متخصص در حوزه سالمندی ارزیابی گردید. بر اساس جدول لاوشه (۱۹۷۵)، حداقل مقدار قابل قبول نسبت روایی محتوا (CVR) برای این اندازه پائل، ۰٫۵۶ تعیین شد. نتایج ارزیابی اولیه نشان داد که دامنه مقادیر CVR بین ۰٫۶۰ تا ۱٫۰۰ قرار دارد. تمامی فعالیت‌ها به جز فعالیت‌های شماره ۸ (جابجایی بین تکالیف: پاسخ به کارت‌های رنگی با قوانین متغیر) و فعالیت شماره ۱۲ (پردازش تصاویر پیچیده‌تر: مرتب‌سازی اعداد و تکمیل ماتریس‌های فضایی ۲ تا ۶ خانه‌ای)، از آستانه تعیین‌شده عبور کردند. همزمان، برای ارزیابی کیفیت محتوایی از شاخص روایی محتوا (CVI) با رویکرد والتز و باسل (۱۹۸۱) استفاده شد. مقادیر I-CVI (شاخص روایی محتوا برای هر فعالیت) در ارزیابی اولیه بین ۰٫۷۸ تا ۰٫۹۶ متغیر بود. باید در نظر داشت که مقادیر I-CVI زیر ۰٫۷۹ برای پائل‌های بیش از ۶ نفر، قابل قبول نیستند (پولیت و بک، ۲۰۰۷). بنابراین، فعالیت‌هایی که در هریک از مؤلفه‌ها نمره زیر ۰٫۷۹ کسب کرده بودند، به‌ویژه فعالیت ۱۲ در مؤلفه «اجرایی‌بودن» (۰٫۷۸) مورد بازنگری قرار گرفتند. در مرحله دوم، فعالیت‌های ۸ و ۱۲ با افزودن راهنمای اجرای دقیق‌تر، ساده‌سازی دستورالعمل‌ها، و کاهش سرعت ارائه محرک‌ها اصلاح شدند. این دو فعالیت پس از بازنگری، مجدداً به همان پائل متخصصان ارسال شدند. نتایج ارزیابی مجدد نشان داد که: CVR فعالیت ۸ از ۰٫۶۷ به ۰٫۸۳ افزایش یافت، CVR فعالیت ۱۲ از ۰٫۶۰ به ۰٫۷۵ افزایش یافت، مقادیر I-CVI در مؤلفه «اجرایی‌بودن» برای این دو فعالیت به ترتیب از ۰٫۷۸ → ۰٫۸۲ و ۰٫۷۸ → ۰٫۸۰ رسید، هر دو بالاتر از آستانه ۰٫۷۹ (فعالیت ۱۲ با حاشیه بسیار کم، اما با توافق کامل پائل پذیرفته شد). میانگین کلی شاخص‌ها محاسبه گردید: (میانگین، CVR ۰٫۸۴، میانگین S-CVI/Ave میانگین تمام I-CVI ها، ۰٫۸۹). این مقادیر نشان‌دهنده توافق بالای متخصصان درباره کیفیت محتوایی بسته آموزشی است. خلاصه شاخص‌های روایی محتوایی بسته آموزشی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) مؤلفه‌های بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان

ردیف	عنوان فعالیت (بر اساس محتوای واقعی جلسات)	نسبت روایی محتوا (CVR)	روایی محتوا - تناسب	روایی محتوا - وضوح	روایی محتوا - اجرایی‌بودن	وضعیت نهایی
1	مرور اهداف، توضیح روند برنامه، سنجش اولیه توانایی‌های شناختی-هیجانی	1.00	0.95	0.92	0.94	پذیرش
2	تمرین‌های ذهن‌آگاهی، حضور در لحظه، افزایش تمرکز دیداری-شنیداری	0.92	0.93	0.89	0.91	پذیرش
3	تمایز بین محرک‌های هدف و غیرهدف	0.83	0.90	0.88	0.89	پذیرش
4	پردازش همزمان محرک دیداری-شنیداری	0.75	0.89	0.87	0.90	پذیرش
5	مهار پاسخ‌های ناخودآگاه	0.80	0.91	0.88	0.85	پذیرش
6	کاهش تکانه‌های هیجانی و کنترل رفتار	0.78	0.88	0.86	0.84	پذیرش
7	تغییر مسیر پردازش ذهنی	0.83	0.92	0.87	0.88	پذیرش

پذیرش پس از اصلاح	$0.78 \rightarrow 0.82$	$0.80 \rightarrow 0.85$	$0.82 \rightarrow 0.88$	$0.67 \rightarrow 0.83$	جایجایی بین تکالیف (پاسخ به کارت‌های رنگی با قوانین متغیر: نام‌گذاری شیء، کشیدن شکل، بیان خاطره)	8
پذیرش	0.91	0.90	0.93	0.92	نگهداری همزمان اطلاعات زبانی	9
پذیرش	0.86	0.87	0.90	0.83	پردازش فعال اطلاعات زبانی	10
پذیرش	0.83	0.84	0.88	0.75	نگهداری تصاویر ساده و توالی آن‌ها	11
پذیرش پس از اصلاح	$0.78 \rightarrow 0.80$	$0.79 \rightarrow 0.83$	$0.82 \rightarrow 0.86$	$0.60 \rightarrow 0.75$	پردازش تصاویر پیچیده‌تر (مرتب‌سازی اعداد روی کارت و تکمیل ماتریس‌های فضایی ۲ تا ۶ خانه‌ای)	12
پذیرش	0.90	0.89	0.91	0.83	شناخت هیجان‌ها در چهره و صدا	13
پذیرش	0.82	0.85	0.86	0.78	مدیریت هیجان‌های منفی	14
پذیرش	0.92	0.90	0.94	0.92	کاهش تنش ذهنی و جسمی	15
پذیرش	0.90	0.87	0.90	0.75	بهبود ارتباط و تعامل سالم	16
پذیرش	0.95	0.94	0.96	1.00	به‌کارگیری راهبردها در زندگی واقعی	17
پذیرش	0.90	0.88	0.91	0.83	افزایش امید، معنا و انگیزه	18
پذیرش	0.87	0.88	0.90	0.92	مرور مهارت‌های آموخته‌شده	19
پذیرش	0.94	0.92	0.95	1.00	ارزیابی نهایی و جمع‌بندی	20

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی محتوایی بسته آموزشی سلامت شناختی-هیجانی ویژه سالمندان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که نسخه نهایی بسته، از روایی محتوایی قابل‌قبولی برخوردار است؛ به‌طوری‌که میانگین شاخص‌های نسبت روایی محتوا ($CVR = 0.84$) و شاخص روایی محتوا ($S-CVI/Ave = 0.89$)، هر دو بالاتر از آستانه‌های پذیرش (به ترتیب ۰.۵۶ و ۰.۹۰) قرار گرفتند. این یافته‌ها تأیید می‌کنند که فعالیت‌های طراحی‌شده از نظر ضرورت، تناسب محتوایی، وضوح دستورالعمل‌ها و قابلیت اجرا، مورد تأیید متخصصان قرار گرفته‌اند. بسته حاضر با استناد به چارچوب‌های نظری معتبر از جمله مدل حافظه کاری بدلی و هیچ (۲۰۰۰) که حافظه کاری را به عنوان سیستمی چندجزئی معرفی می‌کند، و مدل پردازش اطلاعات برودبنت (۱۹۵۸) که بر ظرفیت محدود پردازش توجه تأکید دارد، فعالیت‌هایی را طراحی کرده است که هر مؤلفه را به صورت عملیاتی، تدریجی و سطح‌بندی شده هدف قرار می‌دهد. برای مثال، جلسات ۹ و ۱۰ به‌طور خاص به حافظه کاری کلامی پرداخته‌اند و با افزایش تدریجی حجم اطلاعات و درخواست پردازش فعال (مانند طبقه‌بندی کلمات)، از ساده به پیچیده حرکت می‌کنند. این طراحی، همسو با اصول ساختاریابی شناختی است که در توان بخشی سالمندان ضروری است (رضایی و کاظمی، ۱۴۰۰). یکی از نقاط قوت برجسته این بسته، رویکرد یکپارچه و چندبعدی آن به سلامت شناختی-هیجانی است. بسته حاضر با تلفیق ده مؤلفه کلیدی، تلاش کرده است تعامل پویای بین شناخت و هیجان را در سالمندی منعکس کند. این رویکرد با شواهد عصب شناختی همخوانی دارد؛ چرا که ساختارهایی مانند قشر پیش‌پیشانی و شبکه‌های کنترل اجرایی، نه تنها در فرایندهای شناختی (مانند بازداری یا انعطاف‌پذیری) نقش دارند، بلکه در تنظیم هیجان و مدیریت پاسخ به استرس نیز دخیل هستند (اوسترهاوس و همکاران، ۲۰۲۳). فعالیت‌ها عمدتاً غیرایمانه‌ای، کم‌هزینه و قابل اجرا در محیط‌های ساده (مانند مراکز سلامت یا کانون‌های سالمند) طراحی شده‌اند. این ویژگی، امکان کاربرد گسترده‌تر بسته در جوامع شهری و روستایی ایران را فراهم می‌کند. با این حال، باید تأکید شود که این پژوهش فقط مرحله اول چرخه توسعه یک مداخله آموزشی را کامل کرده است. توسعه یک ابزار یا بسته آموزشی

معتبر، مستلزم گذر از مراحل متوالی تدوین، اعتباریابی محتوایی، بررسی ساختار عاملی، ارزیابی پایایی، آزمون پایلوت و سنجش اثربخشی است (دیویلز، ۲۰۱۷). در حال حاضر، تنها اعتبار محتوایی مورد ارزیابی قرار گرفته و هیچ شواهدی درباره اثربخشی بالینی و پایایی زمانی وجود ندارد. از این رو، هرگونه تاکید بر قابلیت استفاده مستقیم در محیط‌های بالینی در این مرحله زودرس و گمراه‌کننده است. با وجود مزایای قابل توجه، پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که توجه به آن‌ها ضروری است. نخست آنکه فرایند اعتباریابی بسته بر روایی محتوایی متمرکز بود و سایر شاخص‌های روان سنجی مانند روایی سازه، روایی ملاکی یا تحلیل عاملی بررسی نشد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این بسته با نمونه‌های بزرگ‌تر و روش‌های پیشرفته روان سنجی ارزیابی شود. دوم آنکه اجرای بسته ممکن است تحت تأثیر متغیرهایی مانند تفاوت در سطح سواد سالمندان، مشکلات بینایی و شنوایی، محدودیت‌های حرکتی یا خستگی قرار گیرد. همچنین عدم مشارکت مستقیم سالمندان در فرآیند طراحی یا بازنگری محتوا، می‌تواند بر قابلیت استفاده و جذابیت بسته تأثیر بگذارد. در پژوهش‌های آینده، استفاده از رویکردهای مشارکتی^۱ که در آن سالمندان درگیر فرآیند طراحی هستند، توصیه می‌شود. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود سه گام کلیدی در مراحل بعدی انجام شود؛ ارزیابی قابلیت اجرا^۲ و پذیرش محتوا توسط سالمندان در یک مطالعه پایلوت کیفی-کمی، بررسی ساختار عاملی بسته از طریق تحلیل عاملی تاییدی برای اطمینان از تطابق مؤلفه‌های عملیاتی با چارچوب نظری، سنجش اثربخشی در یک کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده^۳ با پیامدهای شناختی (مانند نمره حافظه کاری)، هیجانی (سطح اضطراب و افسردگی) و عملکردی (استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره) به عنوان متغیرهای وابسته. در پایان، می‌توان بسته آموزشی تدوین شده را یک پایه علمی-عملی مناسب برای توسعه مداخلات سلامت شناختی-هیجانی در جمعیت سالمندان دانست. این بسته با استناد به مدل‌های نظری بین‌المللی با در نظر گرفتن زمینه زیستی سالمندان طراحی شده است. و می‌تواند به عنوان الگویی برای طراحی بسته‌های آموزشی در سایر گروه‌های سنی یا جمعیت‌های آسیب‌پذیر نیز مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش، گامی ضروری در جهت تقویت زیرساخت‌های ملی مراقبت از سالمندان و پاسخگویی به چالش جمعیتی گذار به جامعه سالمند در ایران محسوب می‌شود.

سپاسگزاری

از تمامی متخصصانی که با همکاری خود اجرای این پژوهش و اعتبارسنجی بسته سلامت شناختی-هیجانی را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

¹ co-design

² feasibility

³ RCT

منابع فارسی

- شیخیانی‌خواه، ع.، و بخشی سورشجانی، ل. (۱۴۰۴). رابطه انعطاف‌پذیری شناختی، کیفیت زندگی و معنا در زندگی با رضایت از زندگی در سالمندان: نقش میانجی نیازهای بنیادین روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۱)، ۹۳-۱۱۵. <https://doi.org/10.22126/jap.2025.10912.1793>
- شفائی، ش.، میرزاییان، ب.، و حسن‌زاده، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۱-۱۷. <https://civilica.com/doc/1645818/>
- فغفوری‌آذر، م. (۱۴۰۲). اثربخشی تمرینات منتخب ادراکی-حرکتی بر حافظه کاری و کیفیت زندگی زنان سالمند. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۳)، ۲۹۳-۳۱۰. <https://doi.org/10.22126/jap.2023.9426.1719>
- قیصری، ف.، و مظاهری، م. (۱۴۰۴). اثربخشی مداخلات شناختی رایانه‌ای و سنتی در بهبود کارکردهای شناختی سالمندان ایرانی: یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل. *مجله سالمند*، ۲۰(۲)، ۱۷۱-۱۹۵. <https://doi.org/10.32598/sija.2024.3272.2>
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۱). *گزارش چشم‌انداز جمعیت جهان (۲۰۲۲) - ترجمه رسمی سازمان ملل متحد*. تهران: نویسنده.
- محمدپناه اردکان، ع.، همتی فارسانی، ز.، حیدری، ز.، و حبیبی قهفرخی، ش. (۱۴۰۴). مقایسه تأثیر زمان تمرین صبح و عصر بر عملکرد شناختی و افسردگی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۱)، ۱-۱۹. <https://doi.org/10.22126/JAP.2025.10909.1792>

References

- Baddeley, A., & Hitch, G. (2000). Development of working memory. *Journal of Memory and Language*, 43(1), 1-27. <https://doi.org/10.1006/jmla.1999.2727>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. Oxford University Press.
- Deery, H. A., Di Paolo, R., Moran, C., Egan, G. F., & Jamadar, S. D. (2023). The older adult brain is less modular, more integrated, and less efficient at rest: A systematic review of large-scale resting-state functional brain networks in aging. *Psychophysiology*, 60(1), e14159. <https://doi.org/10.1111/psyp.14159>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage Publications.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.971615>
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2020). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 36(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.08.001>
- 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>

- McAlister, C., & Schmitter Edgecombe, M. (2016). Executive function subcomponents and their relations to everyday functioning in healthy older adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(8), 925–940. <https://doi.org/10.1080/13803395.2016.1177490>
- Meynadasy, M. A., Brush, C. J., Sheffler, J., Mach, R., Carr, D., Kiosses, D., Hajcak, G., & Sachs-Ericsson, N. (2022). Emotion regulation and the late positive potential (LPP) in older adults. *International Journal of Psychophysiology*, 177, 202–212. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.05.013>
- Oosterhuis, E. J., Slade, K., May, P. J. C., & Nuttall, H. E. (2023). Toward an understanding of healthy cognitive aging: The importance of lifestyle in cognitive reserve and the Scaffolding Theory of Aging and Cognition. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(5), 777–788. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac197>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Sardella, A., Lenzo, V., Basile, G., Martino, G., & Quattropiani, M. C. (2023). Emotion regulation strategies and difficulties in older adults: A systematic review. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 280–301. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2128706>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. <https://population.un.org/wpp/>
- Waltz, C. F., & Bausell, B. R. (1981). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis* (2nd ed.). F. A. Davis Company.
- Yun, S., & Ryu, S. (2022). The effects of cognitive-based interventions in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 51(1), 1–11. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8398>