



مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی وجودی سالمندان

دکتر محسن رسولی

دانشگاه خوارزمی

✉ مسعود رستمی

دانشگاه خوارزمی

دکتر عبدالرحیم کسایی

دانشگاه خوارزمی

در سنین سالمندی به دلیل شیوع از دست دادن‌ها و فقدان‌های متعدد نظیر همسر، اقوام، دوستان، شغل، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، باورها و اعتقادات و غیره، افراد بیش از پیش در معرض زمینه‌های ابتلا به دلزدگی وجودی قرار دارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر زابل در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود که ۳۶ نفر (سه گروه ۱۲ نفره) از سالمندان با روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. برنامه‌های معنویت‌درمانی گالاتر و سیگل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار گردید و پس از گذشت دو ماه از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به عمل آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس دلزدگی وجودی کیسان و همکاران استفاده شد و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر کاهش دلزدگی وجودی تأثیرگذار بودند و این تأثیر در دوره پیگیری ماندگار بود ($P < 0/01$). مقایسه دو روش درمانی نشان داد که روش معنویت‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تأثیرگذاری بیشتری بر کاهش دلزدگی وجودی است ($P < 0/01$). بر اساس نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر معنویت به دلیل انطباق بیشتر با فرهنگ و پیشینه مذهبی سالمندان به نظر می‌رسد بهتر از سایر درمان‌ها توانسته است با شرایط سالمندان انطباق داشته باشد و بر کاهش دلزدگی وجودی آنها تأثیرگذار باشد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

کلیدواژه‌ها: درمان معنویت‌محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلزدگی وجودی، سالمند

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

رستمی، م، رسولی، م، و کسایی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی وجودی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۱۶۵-۱۷۸.

مسعود رستمی، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان. محسن رسولی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛ عبدالرحیم کسایی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به مسعود رستمی، دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران باشد. مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری مسعود رستمی است.

تعداد سالمند در جوامع مختلف در حال افزایش است که این موضوع در رابطه با ایران نیز صدق می‌کند، به طوری که افزایش نسبت سالمندان به کل جمعیت کشور در سال‌های اخیر و چشم‌انداز نسبت سالمندان در آینده جمعیت کشور،

جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های جمعیت‌شناختی جهان در پایان قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم است. در سال‌های اخیر، پیشرفت علم پزشکی و سطح رفاه اجتماعی و بهداشتی بر ساختار جمعیت اثر گذاشته و

(رحیمی، ۱۳۹۳). میل‌سپاق (۲۰۰۵) برای اشاره به وضعیت افرادی که تهدید از دست دادن معنای زندگی را تجربه می‌کنند از اصطلاح «درد معنوی» استفاده می‌کند و آن را محصول آگاهی فرد از احتمال فقدان‌هایی نظیر مرگ زود هنگام، از دست دادن روابط، از دست دادن خویشان، معنی و کنترل بر خود و شرایط می‌داند. او معتقد است که چنین دردی را فقط می‌توان از طریق ایجاد خود-تأییدی و تعالی بخشیدن به خواست‌ها و مقاصد درونی و دستیابی به احساس درونی کنترل بر اوضاع، درمان کرد (بهمنی، ۱۳۸۹). در دیدگاه اسلامی هم دزدگی وجودی در اثر یک کمبود یا ناهمخوانی ایجاد می‌شود (شریفی و عباسی، ۱۳۹۵) بنابراین از آنجا که فقدان یا از دست دادن معنای یکی از وجوه اصلی دزدگی وجودی است (ساهو و موهاپاترا، ۲۰۰۹) این باور وجود دارد که در سنین سالمندی به دلیل شیوع از دست دادن‌ها و فقدان‌های متعددی نظیر همسر، اقوام، دوستان، شغل، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، باورها و اعتقادات و غیره افراد سالمند بیش از پیش در معرض زمینه‌های ابتلا به دزدگی وجودی قرار دارند (رحیمی، ۱۳۹۳) و بنابراین نیازمند توجه و مداخله جدی هستند.

در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی در حیطه روان‌درمانی سالمندان ایجاد شده است (گل‌محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۵؛ غلام‌محمدی، موزیری، واحدی و حسین‌پور، ۱۳۹۴). درمان‌های معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله این روش‌ها هستند که در مطالعات مختلف کارایی و اثربخشی آنها ثابت شده است (والاس و همکاران، ۲۰۰۳؛ ملاجعفر، پورشریفی، مسچی، برماس و تاجری، ۱۳۹۶).

مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت‌درمانی یکی از روش‌های درمانی است که می‌کوشد تا با استفاده از مفاهیم و فنون شناخت‌درمانی جهت اصلاح انحرافات، خطاها و باورهای شناختی که مانع پرداختن واقع‌گرا و اصیل به اضطراب‌های وجودی نظیر پیش‌بینی‌ناپذیری و غیرقابل کنترل بودن امور، مرگ و بی‌معنایی و تنهایی می‌شود، عمل کرده و در نهایت با کمک به پذیرش رنج و معنی‌آفرینی مثبت برای آن که از طریق تصحیح باورها و تصورات انسان‌واره افراد از خدا ممکن خواهد شد به سازگاری بهتر رنج‌دیدگان کمک کند (دهخدا، ۱۳۹۲). این برنامه درمانی که با اقتباس از مفاهیم و اصول دین اسلام تدوین شده است به نظر می‌رسد بتواند بر بهبود مسائل

لزوم بررسی پدیده سالمندی و شناسایی مسائل بالقوه‌ای نظیر تنهایی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و گاهی عدم استقلال در فعالیت‌های فردی و افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند را نمایان می‌سازد. بر اساس بررسی‌های ثبت احوال کشور گفته می‌شود که جمعیت سالمندی ایران تا سال ۱۴۰۰ به ده میلیون نفر خواهد رسید که چیزی معادل ۱۰ درصد از جمعیت سال ۱۴۰۰ را تشکیل می‌دهد (دادخواه، ۱۳۸۶).

همزمان با سالمندی جمعیت، نیازهای اختصاصی سالمندان اعم از پزشکی، روان‌شناختی و توانبخشی افزایش می‌یابد. سالمندی فرایندی همراه با کاهش عملکرد و استقلال، افزایش بیماری و نیاز به مراقبت است که همه این عوامل باعث آسیب‌پذیری سالمندان می‌شود (نیکخواه، هروی کریموی، رژه، شریف‌نیا و منتظری، ۱۳۹۶). همچنین سالمندان ممکن است به دلیل ضعف‌های جسمانی، حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، احساس تنهایی و کاهش توانایی در انجام وظایف زندگی روزمره از لحاظ روان‌شناختی و هیجانی در وضعیت مساعدی قرار نداشته باشند و بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها افسردگی و اضطراب بیشتری را گزارش کنند و برخی نگرانی‌ها یا حتی بحران‌های وجودی را تجربه نمایند (سوزری-وارما، ۲۰۱۲؛ فلینت، ۲۰۰۵).

مسائل وجودی همانند مرگ، مسئولیت‌پذیری، احساس تنهایی، اضطراب وجودی، دزدگی وجودی^۱ و معنابخشی به رویدادهای زندگی لزوماً بالینی نیستند، اما در صورت عدم درمان، می‌توانند آزاردهنده باشند (یانگ، استاپس و هیژمانس، ۲۰۱۰؛ ونتگوت، کندل، نیکروگ و مریک، ۲۰۰۵). تجربه درد معنوی^۲ اصطلاحی است که توسط برخی از صاحب‌نظران از جمله میل‌سپاق (۲۰۰۵) برای اشاره به این چنین شرایطی وضع شده است. این اعتقاد وجود دارد که وقتی افراد نتوانند پاسخ اصیلی برای تجربه وجودی خود پیدا کنند، حتی معنای زندگی خود را از دست می‌دهند (لی‌می و ویلسون، ۲۰۰۸) چنانچه افراد نتوانند پس از این از دست دادن معنای زندگی به نحو مؤثری با آن مواجه شده و معنای مؤثر جدیدی برای خود بیافرینند، هسته مرکزی مجموعه نشانگانی شکل می‌گیرد که در ادبیات مربوطه با عنوان دزدگی وجودی به آن پرداخته شده است

¹ demoralization

² spiritual pain

وجودی و زندگی سالمندان تأثیر داشته باشد و در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا این تأثیرگذاری مشخص گردد. نتایج مطالعه باررا، زنو، بوش، باربر و استنلی (۲۰۱۲) نشان داد که تمامی شرکت‌کنندگان تحت درمان بهبودی قابل ملاحظه‌ای را در نشانگان نگرانی نشان دادند و این تأثیر طی ۶ ماه بعد از مداخله ماندگار بود. این نتایج پیشنهاد می‌کنند که درمان معنوی-مذهبی یکپارچه می‌تواند درمان مؤثر و کارایی برای مشکلات سالمندی باشد. نتایج مطالعه معماری، دالوندی، محمدی شاهبلاغی، فلاحی خشک‌ناب و بیگلریان (۱۳۹۵) با هدف بررسی تأثیر درمان معنوی بر سلامت معنوی سالمندان نشان داد که درمان معنوی در گروه آزمایش منجر به ارتقای سلامت معنوی آنان می‌شود. نتایج مطالعه گلی و همکاران (۱۳۹۵) که با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی با سالمندی موفق انجام شد، نشان داد که بین سالمندی موفق و سلامت معنوی در رابطه با خود و دیگران رابطه معناداری وجود دارد و سالمندی موفق را می‌توان بر اساس سلامت معنوی و ابعاد آن با اطمینان پیش‌بینی نمود. بنابراین، نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه پیشنهاد می‌کنند که می‌توان با مداخلات متمرکز بر آموزش و معنویت دوره سالمندی را غنی‌تر کرد (وو و کو، ۲۰۱۶؛ بلازر، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ هم یکی از رویکردهای درمانی موسوم به موج سوم روان‌درمانی است که ریشه آن به دهه‌های نهم و دهم قرن بیستم بر می‌گردد (رستمی، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مدل آگاهی بدون قضاوت از افکار در حال حاضر است. در این روش، افکار و احساسات و حواس به همان صورتی که هستند پذیرفته می‌شوند (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف اصلی در مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی به جای اینکه تنها عملی جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام و یا در حقیقت به فرد تحمیل شود، توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است ایجاد می‌شود. در این رویکرد، تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آنها پذیرفته می‌شود (حر، آقایی، عابدی و

عطاری، ۱۳۹۲). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی است که منجر به دوام بیشتر اثربخشی درمان می‌باشد (رجب‌زاده و یزدخواستی، ۲۰۱۴). نتایج مطالعه فلدروس، بولمیجر، فوکس، شریورس و اسپینهاون (۲۰۱۳) که با هدف بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی در سالمندان انجام شد، نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) معنادار است اما این تأثیر با واسطه‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی قوی‌تر می‌باشد. در مرور نظام‌مند تأثیر درمان پذیرش و تعهد در درمان اضطراب، نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در درمان اضطراب و اختلالات همراه مؤثر و مورد حمایت می‌باشد (اسواین، هانکوک، هاینسورث و بومان، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه ملاجعفر و همکاران (۱۳۹۶) که در زمینه تأثیر پروتکل مبتنی بر یکپارچه‌نگری (ترکیب سه درمان شناختی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد، و معنویت‌درمانی) بر کاهش پریشانی روان‌شناختی سالمندان انجام شد، نشان داد که این درمان بر کاهش آلام و مشکلات سالمندان از جمله اضطراب، افسردگی و استرس مؤثر است. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر برای سالمندان استفاده شود (پتکوس و وترل، ۲۰۱۶؛ فتح‌اله‌زاده، سعیدی، ایچی، سعادت و رستمی، ۱۳۹۵؛ کبیری‌نسب و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۵).

مطالعات انجام شده در حوزه سالمندی نشان داده است که درمان‌های مختلف تأثیرهای متفاوت و گاه معناداری بر کاهش مشکلات و افزایش توانمندی سالمندان داشته‌اند که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی اشاره کرد که به دلیل استفاده گسترده از آنها در مطالعات مختلف و در گروه‌های سنی متفاوت، جزء درمان‌های نوین و کاربردی محسوب می‌شوند (رحیمی، ۱۳۹۳؛ رستمی، ۱۳۹۷). این درمان‌ها همچنین به دلیل مبنای نظری و محتوای برنامه درمانی آنها برای گروه‌های بزرگسال و سالمند انطباق بیشتری دارد. از این رو استفاده از آنها در این پژوهش مد نظر قرار گرفت. از سوی دیگر، به دلیل آن‌که دلزدگی وجودی متغیر کلیدی در زندگی افراد به‌ویژه سالمندان محسوب می‌شود و تاکنون پژوهش‌های اندکی این متغیرها را مورد بررسی قرار

¹ acceptance and commitment therapy

عدم رضایت فرد به ادامه درمان، و (۳) غیبت در حداکثر ۳ جلسه درمانی می‌شدند. از نظر سنی، در گروه کنترل پنج نفر (۴۱/۷ درصد) ۶۰ تا ۷۰ سال، سه نفر (۲۵ درصد) ۷۱ تا ۸۰ سال و چهار نفر (۳۳/۳ درصد) نیز بیش از ۸۰ سال سن داشتند. در گروه درمان معنویت‌محور شش نفر (۵۰ درصد) ۶۰ تا ۷۰ سال، چهار نفر (۳۳/۳ درصد) ۷۱ تا ۸۰ سال و دو نفر (۱۶/۷ درصد) نیز بیش از ۸۰ سال سن داشتند و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش نفر (۵۰ درصد) ۶۰ تا ۷۰ سال، دو نفر (۱۶/۷ درصد) ۷۱ تا ۸۰ سال و چهار نفر (۳۳/۳ درصد) نیز بیش از ۸۰ سال سن داشتند. از نظر سطح سواد، در گروه کنترل چهار نفر بی‌سواد، پنج نفر تحصیلات در سطح ابتدایی، دو نفر راهنمایی و ۱ نفر دیپلم بودند. در گروه درمان معنویت‌محور چهار نفر بی‌سواد، سه نفر تحصیلات در سطح ابتدایی، سه نفر راهنمایی و دو نفر دیپلم بودند و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پنج نفر بی‌سواد، چهار نفر تحصیلات در سطح ابتدایی، یک نفر راهنمایی و دو نفر دیپلم بودند.

ابزار

مقیاس دلزدگی وجودی^۱. این مقیاس توسط کیسان، وین، لو و لی (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۴ عبارت می‌باشد که بر یک طیف ۵ درجه‌ای به صورت لیکرت (از صفر=هرگز، یک=به ندرت، دو=گاهی، سه=اغلب و چهار=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. روش تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی ساختار ۵ عاملی را اعتباریابی کرده است که این عوامل شامل فقدان معنا^۲، بی‌قراری و ملالت^۳، بی‌جراتی^۴، احساس شکست^۵ و ناامیدی^۶ است. میزان مرتبط بودن هر یک از گویه‌ها با چارچوب نظری توسط ۸ نفر متخصص مورد بررسی قرار گرفته است. ابتدا این مقیاس بر روی ۱۰ سالمند اجرا گردید و نواقص املاتی آن بر طرف شد و نیز سؤالاتی که فهم آنها مشکل بود مورد تجدیدنظر قرار گرفت. سپس فرم تجدیدنظر شده آن در بین ۱۰۰ سالمند توزیع شد و طبق داده‌های به دست آمده ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید (رحیمی، ۱۳۹۳). پایایی درونی بالا

داده‌اند، بنابراین در این پژوهش هدف بررسی و مقایسه تأثیر درمان‌های پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر کاهش دلزدگی وجود سالمندان بود تا مشخص شود که کدام یک از این درمان‌ها تأثیر معنادار و پایدارتری در طی زمان دارد. سؤالات پژوهش حاضر عبارت است از اینکه (۱) آیا معنویت‌درمانی بر کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان تأثیرگذار است؟ (۲) آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان تأثیرگذار است؟ (۳) بین دو روش معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان چه تفاوتی وجود دارد؟ (۴) کدام یک از این روش‌ها می‌توانند تأثیر ماندگاری در دوره پیگیری در سالمندان داشته باشند؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان ساکن سراهای سالمندان شهر زابل در سال ۹۸-۱۳۹۷ بودند. از آنجا که مبنای انتخاب نمونه در پژوهش‌های تجربی برای هر گروه ۱۲ نفر است (بیانگرد، ۱۳۹۱) بر این اساس، نمونه پژوهش شامل ۳۶ نفر (سه گروه ۱۲ نفره) از سالمندان بالای ۶۰ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس و با دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش و غربالگری انجام شد که پس از کسب رضایت آگاهانه و اجرای پیش‌آزمون، در قالب دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در پژوهش جایدهی شدند. از بین افرادی که واجد معیارهای ورود پژوهش بودند و همچنین مورد غربالگری قرار گرفتند، براساس روش تصادفی ۳۶ نفر انتخاب شدند. در مرحله بعد، این افراد به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش یک و دو و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به برنامه مداخله عبارت از (۱) دامنه سنی ۶۰-۷۵ سال، (۲) مطلقه یا دارای همسر فوت شده، (۳) عدم وجود معلولیت یا بیماری جسمانی و روانی خاص دیگر، (۴) عدم ابتلا به اختلالات عصبی-شناختی و بیماری آلزایمر، (۵) جنس مذکر، (۶) نمره بالاتر از خط برش در آزمون دلزدگی وجودی، و (۷) عدم شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) ابتلا به اختلالات شناختی و بیماری‌های جسمی در میانه درمان که مانع شرکت فرد در جلسات شود، (۲)

¹ demoralization scale

² loss of meaning

³ dysphoria

⁴ helplessness

⁵ sense of failure

⁶ disheartenment

با ضریب آلفای ۰/۹۴ برای کل مقیاس دلزدگی وجودی به دست داده است. روایی همگرا و واگرا هم به صورت مثبت ارزیابی شده است (کیسان و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی عوامل پنج‌گانه در پژوهش مولان، دولی، تیرنان و باتس (۲۰۰۹) خوب و در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ بدست آمده است. این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن مورد تأیید می‌باشد. ضریب آلفای به‌دست آمده به صورت استاندارد بر روی ۹۰ نفر جمعیت غیر سالمند ۰/۸۶ و بر روی ۱۰۰ سالمند ۰/۹۰ است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای تفاوت معناداری را بین نمرات دو نوبت نشان نداده است و این امر نشان‌دهنده پایایی بالای پرسشنامه است (رحیمی، ۱۳۹۳). پایایی ابزار در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

پروتکل درمانی. در این پژوهش از دو برنامه درمانی معنویت‌درمانی (جدول ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۲) استفاده شد. برنامه معنویت‌درمانی یک شیوه پیشنهادی بر اساس برنامه معنویت‌درمانی گالاتر و سیگل (۲۰۰۹) است که به‌عنوان عامل مداخله استفاده شد. مراحل مختلف معنویت‌درمانی براساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی انجام شد. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد. مراحل مختلف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد.

جدول ۱

خلاصه جلسات معنویت‌درمانی (گالاتر و سیگل، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفه، گفتگو درباره سالمندی، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی: در این جلسه ابتدا پس از آشنایی درمانگر و اعضای گروه با همدیگر، گفتگویی با مشارکت اعضا در مورد مفهوم سالمندی صورت گرفت و سپس در مورد مفهوم دین و معنویت و تفاوت و شباهت آنها با همدیگر و تأثیر آنها بر زندگی و سلامت روانی انسان‌ها بحث شد و در پایان جلسه با جمع‌بندی درمانگر خاتمه یافت. همچنین در مورد قرار جلسه بعدی با اعضا توافق گردید.
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی ۱: در این جلسه به بحث در مورد خودآگاهی، شناخت افراد از ویژگی‌های مثبت و منفی خود، انواع خودآگاهی و نحوه رسیدن به خودآگاهی با اعضا پرداخته شد، سپس به اعضا تمرین‌هایی در جهت رسیدن به خودآگاهی داده شد.
سوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی ۲: در این جلسه به ادامه بحث جلسه قبلی در مورد خودآگاهی و تأثیرات آن با اعضا پرداخته شد.
چهارم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط ۱: در این جلسه به بحث در مورد تعارض، تعارض‌های موجود در زندگی، آوردن مصداق‌هایی از آن با کمک اعضا، نحوه شناسایی تعارض‌ها و چگونگی برخورد با آنها و سازگاری و حل و فصل آنها پرداخته شد و ضرورت حل تعارض‌ها برای سازگاری با زندگی مورد تأکید قرار گرفت.
پنجم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط ۲: در این جلسه به ادامه بحث در مورد مباحث جلسه قبلی پرداخته شد و تمرین‌هایی برای حل تعارض به اعضا داده شد.
ششم	معنادگی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات ۱: در این جلسه اعضا در مورد وقایع و رخدادهایی که در طی زندگی برایشان رخ داده بود صحبت کردند و از آنها خواسته شد تا توضیح دهند برای گذر و سازگاری با این حوادث از چه روش‌هایی استفاده کرده‌اند، سپس درمانگر در مورد حوادث و تأثیر آنها بر زندگی سالمندان براساس ارزش‌ها و اعتقادات مباحثی را مطرح نمودند.
هفتم	معنادگی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات ۲: در این جلسه به ادامه بحث در مورد جلسه قبلی پرداخته شد.
هشتم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی ۱: در این جلسه به بحث پیرامون مسئولیت‌پذیری فردی در هنگام روبرو شدن با موانع و وجود تفاوت‌های فردی در این زمینه بین انسان‌ها پرداخته شد، در ادامه به نقش صفات فردی و درونی انسان در غلبه بر موانع و همچنین پذیرش مسئولیت در کارها پرداخته شد و در ادامه به افراد تمرین‌هایی برای نحوه روبرویی و غلبه بر موانع داده شد.
نهم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی ۲: به ادامه بحث در مورد

جلسه قبلی پرداخته شد.

دهم	نوع دوستی و انجام کارهای معنوی به صورت گروهی: در این جلسه به بحث در ارتباط با نوع دوستی و تأثیر آن بر سلامت افراد پرداخته شد، سپس از اعضا خواسته شد تا هر کدام تجاربی در این زمینه در زندگی‌اش بیان کنند، در ادامه به بیان نوع دوستی به عنوان یک کار خیرخواهانه و معنوی و نمونه‌های دیگری از این نوع کارها پرداخته شد.
یازدهم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی ۱: در این جلسه از اعضا خواسته شد تا دقایقی به توانمندی‌ها، داشته‌ها و صفاتی که به آنها عطا شده فکر کنند و ببینند چه اندازه توانسته‌اند از این داشته‌ها و موهبت‌های عطا شده در زندگی‌شان استفاده کنند، سپس درمانگر به بحث پیرامون این مساله پرداخته و به جمع‌بندی مطالب می‌پردازد.
دوازدهم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی ۲: در این جلسه به ادامه بحث در مورد مباحث جلسه پیش و انجام تمرین‌هایی در این زمینه پرداخته شد.
سیزدهم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود ۱: در این جلسه از اعضا خواسته شد تا به بیان تجارب‌شان از حمایت‌هایی که از دیگران کرده‌اند و حمایت‌هایی که خود دریافت کرده‌اند بپردازند و سپس در مورد همدلی، روش‌های حمایت کردن و حمایت دریافت کردن مطالبی توسط درمانگر بیان شد، در ادامه درمانگر به نقش نیایش و لزوم دریافت حمایت از یک قدرت برتر تأکید کردند و از اعضا خواستند تا با بیان رنج‌های درونی خود که همواره باعث آزار آنها می‌گردد بپردازند و درمانگر با خواندن دعا و نیایش، به آرام ساختن و تسکین آنها پرداخت.
چهاردهم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود ۲: در این جلسه به ادامه بحث در مورد مباحث جلسه قبلی و انجام تمرین‌هایی در این زمینه پرداخته شد و در پایان از اعضای گروه پس‌آزمون گرفته شد.

جدول ۲

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	تمرکز جلسه	مداخله و استعاره	توضیحات
اول	مشکل اصلی کنترل کردن است ۱	دورنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین ذهن‌آگاهی مختصر و تمرکز بر لحظه حاضر ۱	گرفتن پیش‌آزمون، معارفه گروه و آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قواعد گروه، توضیح دلزدگی وجودی و کیفیت زندگی با مشارکت کلیه اعضا ۱.
دوم	مشکل اصلی کنترل کردن است ۲	دورنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین ذهن‌آگاهی مختصر و تمرکز بر لحظه حاضر ۲	معارفه گروه و آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قواعد گروه، توضیح دلزدگی وجودی و کیفیت زندگی با مشارکت کلیه اعضا ۲.
سوم	گسلش ۱	تمرین ذهن‌آگاهی مختصر+ برگ‌ها در جریان رودخانه ۱	مرور تمرینات قبل و چالش‌ها، بیان و توضیح در مورد مفهوم کارآیی، انتخاب روش‌های جایگزین‌های اجتناب و کنترل، تعریف همجوشی و گسلش و بیان استعاره برگ‌ها در جریان رودخانه برای فهمیدن بهتر مطلب ۱.
چهارم	گسلش ۲	تمرین ذهن‌آگاهی مختصر+ برگ‌ها در جریان رودخانه ۲	مرور تمرینات قبل و چالش‌ها، بیان و توضیح در مورد مفهوم کارآیی، انتخاب روش‌های جایگزین‌های اجتناب و کنترل، تعریف همجوشی و گسلش و بیان استعاره برگ‌ها در جریان رودخانه برای فهمیدن بهتر مطلب ۲.
پنجم	پذیرش یا اشتیاق ۱	کلید منازعه ۱	مرور تمرینات جلسه قبل، تعریف اشتیاق، تعریف درد و رنج، نقش اشتیاق در زندگی و تحمل‌ها رنج انسان‌ها با مشارکت اعضا ۱.
ششم	پذیرش یا اشتیاق ۲	کلید منازعه ۲	مرور تمرینات جلسه قبل، تعریف اشتیاق، تعریف درد و رنج، نقش اشتیاق در زندگی و تحمل‌ها رنج انسان‌ها با مشارکت اعضا ۲.

هفتم	پذیرش یا اشتیاق ۳	کلید منازعه ۳	مرور تمرینات جلسه قبل، تعریف اشتیاق، تعری درد و رنج، نقش اشتیاق در زندگی و تحمل‌ها رنج انسان‌ها با مشارکت اعضا ۳.
هشتم	ارزش‌ها ۱	استعاره قطب‌نما ۱	مرور تمرین جلسه قبل، توضیح در مورد ارزش‌ها و لزوم انجام عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها، بیان استعاره قطب‌نما برای فهمیدن موضوع ۱.
نهم	ارزش‌ها ۲	استعاره قطب‌نما ۲	مرور تمرین جلسه قبل، توضیح در مورد ارزش‌ها و لزوم انجام عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها، بحث با اعضا و جمع‌بندی آن توسط درمانگر ۲.
دهم	مشاهده خود	ذهن‌آگاهی+ارزش‌ها	مرور تمرینات قبلی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی و فنون بررسی ارزش‌های خود
یازدهم	اقدام متعهدانه ۱	ذهن‌آگاهی، تجسم خود ۱	انجام و مرور تمرینات قبلی، انجام ذهن‌آگاهی، اشتیاق ۱
دوازدهم	اقدام متعهدانه ۲	ذهن‌آگاهی، تجسم خود ۲	انجام و مرور تمرینات قبلی، انجام ذهن‌آگاهی، اشتیاق ۲
سیزده و چهارده	مرور فرآیندها	راه رفتن و نشستن ذهن‌آگاهانه	مرور تمرینات قبلی، انجام تمرینات ذهن‌آگاهی، نمایش شش ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گرفتن پس‌آزمون.

روش اجرا

برای اجرای پژوهش، اقدام به اخذ مجوز اجرای پژوهش از معاونت پژوهشی گردید. در مرحله بعد، جهت انتخاب افراد گروه نمونه به مراکز نگهداری سالمندان شهر زابل مراجعه شد و از مسئولان این مراکز جهت همکاری با پژوهشگر در اجرای پژوهش درخواست همکاری گردید. در همین مرحله به تمامی شرکت‌کنندگان شرایط شرکت در پژوهش و جلسات مداخله توضیح داده شد و به آنها گفته شد که شرکت در جلسات داوطلبانه بوده و هر زمان خواستند می‌توانند از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند. سپس از همه افراد رضایت‌نامه شرکت در پژوهش اخذ شد. سپس به این مراکز مراجعه و پس از کسب رضایت آگاهانه از سالمندان، از افرادی که شرایط لازم جهت شرکت در پژوهش را داشتند و دارای ملاک‌های ورود بودند، درخواست همکاری شد. در مرحله بعد ۳۶ نفر از افرادی را که واجد شرایط شرکت در برنامه‌های درمانی بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در ضمن، قبل از اجرای مداخله اصلی، پژوهشگر با حضور اساتید راهنما و مشاور اقدام به اجرای آزمایشی جلسات درمانی به صورت مقدماتی کرد تا با بازخوردگیری، اشکالات احتمالی رفع گردد. پس از گرفتن بازخوردهای لازم و تأیید نحوه اجرای جلسات

درمانی توسط اساتید راهنما و مشاور، پژوهشگر (به‌عنوان دانشجوی دکتری) همراه با یک نفر همکار با مدرک کارشناس ارشد (به‌عنوان دستیار) اقدام به اجرای جلسات درمانی نمودند. پس از گذشت دو ماه از پس‌آزمون، گروه‌های آزمایشی دوباره مورد سنجش قرار گرفتند تا میزان ماندگاری مداخله پس از گذشت زمان مشخص شود. در پایان پس از اتمام پژوهش، برای حذف انتظار درمانی و رعایت اخلاق در پژوهش، یک جلسه بهداشت روان برای افراد گروه کنترل برگزار شد. جلسات درمانی در مرکز سرای سالمندان شهر زابل در فروردین و اردیبهشت ۹۸-۱۳۹۷ اجرا گردید و تمام شرکت‌کنندگان در جلسات مداخله حضور داشتند. برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش در صورت تأیید مفروضه‌های آمار پارامتریک، از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

از میان افراد حاضر در پژوهش، ۱۲ نفر در گروه کنترل، ۱۲ نفر در گروه درمان معنویت‌محور و ۱۲ نفر نیز در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در جدول ۳ اطلاعات توصیفی نمونه‌های پژوهش در متغیر دلزدگی وجودی آمده است.

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد نمرات دزدگی وجودی در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

متغیرها	درمان معنویت‌محور			درمان پذیرش و تعهد			گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
فقدان معنا	۱۲/۱۷ (۳/۴۸)	۸/۸۳ (۳/۲۴)	۹/۷۵ (۲/۸۶)	۱۲/۰۸ (۳/۲۰)	۱۰/۴۲ (۲/۳۹)	۱۰/۸۳ (۲/۵۱)	۱۱/۸۳ (۳/۵۸)	۱۱ (۳/۱۰)
بی‌قراری و ملالت	۷/۹۲ (۳/۱۷)	۴/۷۵ (۱/۸۱)	۵/۱۷ (۲/۲۵)	۸/۸۳ (۲/۹۸)	۶/۵۰ (۲/۸۱)	۶/۶۷ (۲/۴۹)	۷/۳۳ (۲/۸۳)	۷/۱۷ (۲/۶۲)
بی‌جراتی	۱۱/۱۷ (۳/۶۸)	۷/۲۵ (۲/۷۳)	۸/۳۳ (۲/۷۴)	۱۲/۱۷ (۳/۷۸)	۹/۳۳ (۳/۳۹)	۱۰/۰۸ (۳/۲۰)	۱۰/۷۵ (۴/۷۳)	۱۰/۲۵ (۳/۹۳)
احساس شکست	۱۲/۸۳ (۲/۹۱)	۹/۱۷ (۲/۶۵)	۹/۹۲ (۲/۵۰)	۱۲/۵۸ (۳/۹۶)	۱۰/۰۸ (۳/۲۳)	۱۰/۷۵ (۳/۶۲)	۱۱/۸۳ (۳/۶۸)	۱۰/۸۳ (۳/۲۷)
ناامیدی	۱۷/۹۲ (۵/۵۰)	۱۴/۰۸ (۵/۳۳)	۱۵/۳۳ (۵/۲۶)	۱۸/۳۳ (۷/۳۹)	۱۵/۵۸ (۷/۰۵)	۱۶/۵۰ (۷/۲۹)	۱۸/۸۳ (۶/۱۷)	۱۷/۵۸ (۵/۹۴)
دزدگی وجودی	۶۲ (۸/۹۶)	۴۴/۰۸ (۸/۸۲)	۴۸/۵۰ (۷/۷۴)	۶۴ (۸/۸۵)	۵۱/۹۲ (۸/۲۲)	۵۴/۸۳ (۷/۸۴)	۶۰/۵۸ (۸/۳۹)	۵۶/۸۳ (۹/۰۷)

شد که سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۶۴۸ بود و حاکی از همسانی ماتریس کواریانس‌ها است. یکی دیگر از مفروضات، همگنی واریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها است که عدم معناداری آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس‌ها است. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات هم از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که عدم معناداری این مفروضه هم حاکی از برقراری این مفروضه است. مقدار لامبدای ویلکز با درجات آزادی ۲، ۱۹ در این آزمون برابر $F=۲۰/۸۶$ با اندازه اثر ۰/۶۸۷ است که در سطح $P<۰/۰۰۱$ معنادار است. در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای مقایسه دزدگی وجودی در گروه‌های درمانی آمده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، کاهش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. به‌منظور مقایسه اثربخشی درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دزدگی وجودی سالمندان، از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. پیش از انجام این آزمون بررسی چند مفروضه آماری الزامی است. یکی از مفروضات اجرای آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری، همسانی ماتریس کواریانس‌ها می‌باشد که برای بررسی برقراری این مفروضه از آزمون باکس استفاده

جدول ۴

آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه دزدگی وجودی بین گروه‌های درمانی در پس‌آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۷۵۶/۶۰	۱	۱۷۵۶/۶۰	۶۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	
دزدگی وجودی	گروه	۲۱۳/۹۰	۱	۲۱۳/۹۰	۲۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
	خطا	۸۹۵/۹۳	۳۳	۲۷/۱۵۰			

می‌باشد. بنابراین چنین نتیجه می‌شود که بین میزان تأثیر دو روش درمانی درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، مقدار F بدست آمده، برای متغیر دزدگی وجودی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار

این است که تغییرات متغیر وابسته در اثر مداخله بالاتر از متوسط بوده است. جهت بررسی دقیق این تفاوت از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

پذیرش و تعهد بر متغیر وابسته دلزدگی وجودی تفاوت معناداری وجود دارد. این بدین معناست که بین دو روش، تفاوت معناداری در میزان اثربخشی بر دلزدگی وجودی در مرحله پس‌آزمون وجود داشته است. میزان اندازه اثر بیانگر

جدول ۵

نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی میانگین متغیر دلزدگی وجودی در بین دو روش درمانی در پس‌آزمون						
متغیر	روش	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری		
دلزدگی وجودی	معنویت	۶/۰۶-	۱/۶۶	۰/۰۰۱	پذیرش و تعهد	
	کنترل	۱۴/۰۶-	۱/۶۶	۰/۰۰۱	کنترل	
	پذیرش و تعهد	۹/۹۴	۱/۶۸	۰/۰۰۱	کنترل	

ماندگاری تأثیر درمان در دوره پیگیری از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج در جدول ۶ آمده است. مقدار لامبدای ویلکز با درجات آزادی ۲، ۱۹ در این آزمون برابر $F=۲۳/۹۶$ با اندازه اثر $۰/۷۱۶$ است که در سطح $P<۰/۰۰۱$ معنادار است.

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات دلزدگی وجودی در مرحله پس‌آزمون در گروه درمان معنویت‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به طور معناداری پایین‌تر بوده است و چنین نتیجه می‌شود که درمان معنویت‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری دارد. برای بررسی

جدول ۶

آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه دلزدگی وجودی بین گروه‌های درمانی در پیگیری							
متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
دلزدگی وجودی	پیش‌آزمون	۱۷۲۰/۰۸	۱	۱۷۲۰/۰۸	۱۴۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵
	گروه	۱۲۷/۳۱	۱	۱۲۷/۳۱	۲۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
	خطا	۳۹۰/۷۴	۳۳	۱۱/۸۴			

میزان ماندگاری بر دلزدگی وجودی در مرحله پیگیری وجود دارد. میزان اندازه اثر بیانگر این است که تغییرات متغیر وابسته در اثر مداخله بالاتر از متوسط بوده است. جهت بررسی دقیق این تفاوت از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده، مقدار F بدست آمده، برای هر دو متغیر در سطح $۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. بنابراین چنین نتیجه می‌شود که بین میزان ماندگاری دو روش درمانی درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر وابسته دلزدگی وجودی تفاوت معناداری وجود دارد. این بدین معناست که بین دو روش، تفاوت معناداری در

جدول ۷

نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی میانگین متغیر دلزدگی وجودی در بین دو روش درمانی در پیگیری						
متغیر	روش	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری		
دلزدگی وجودی	معنویت	۴/۶۰-	۰/۹۵	۰/۰۰۱	پذیرش و تعهد	
	کنترل	۱۰/۷۲-	۰/۹۵	۰/۰۰۱	کنترل	
	پذیرش و تعهد	۶/۱۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱	کنترل	

شناخته می‌شود و در بزرگسالی نیز فقدان احساس معنوی و تهی شدن انسان از معنویات به عنوان هسته اصلی اضطراب و دلزدگی مطرح شده است. اگر سایر حوزه‌های روان‌شناختی بتواند خداوند و اعتقادات مذهبی را نادیده بگیرد، در حوزه روان‌درمانی این مسأله چندان آسان نیست و در این قلمرو همواره مسایل ارزشی مراجع مطرح است.

سؤال دوم پژوهش هم مبنی بر اینکه آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان تأثیرگذار است؟ تأیید شد که در زمینه این یافته مطالعه‌ای مشابه انجام نشده بود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در واقع ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه‌آگاهی همراه با تعهد و تغییر رفتار است. در این رویکرد سالمندان می‌آموزند به جای چالش با افکارشان آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند تا ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی کنند و بر اساس آنها طرح و اقدام عملی بریزند. در مورد تأثیر تمرینات ذهن‌آگاهی بر دلزدگی وجودی در سالمندان باید اذعان داشت که تمرینات ذهن‌آگاهی باعث تحکیم توجه و راهبردهای مفید برای اُفت شناختی و کاهش دلزدگی در سالمندان می‌شود. همچنین ذهن‌آگاهی باعث کاهش واکنش در وقایع استرس‌آمیز همانند از دست دادن همسر، دوستان و اطرافیان در دوره سالمندی می‌شود (مولینکسی، موری، مید و گروبر، ۲۰۱۷). همچنین می‌توان گفت که هدف ذهن‌آگاهی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و پر معنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد. در واقع، ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های افراد هدایت می‌شود آن هم در حالی که فرد به طور کامل آماده و متعهد است. تنها از طریق اقدام هشیارانه است که افراد می‌توانند یک زندگی پر معنا بسازند. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کرد با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبرو خواهند شد (افکار، تصورات، احساسات، حس‌های بدنی، تکان‌ها و خاطرات). ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اداره این تجارب درونی، مهارت‌های مؤثر را به افراد می‌آموزد (کوستا و پینتو-گوویا، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود میانگین نمرات دلزدگی وجودی در مرحله پیگیری در گروه درمان معنویت‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به طور معناداری پایین‌تر بوده است و چنین نتیجه می‌شود که تأثیر درمان معنویت‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ماندگاری بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن در معرض افسردگی و دلزدگی بیشتری قرار دارند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان معنویت‌محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان دارد و این تأثیر در دوره پیگیری هم ماندگار بوده است.

سؤال اول مبنی بر اینکه آیا معنویت‌درمانی بر کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان تأثیرگذار است؟ تأیید شد که این مطالعه با پژوهش رحیمی (۱۳۹۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت داشتن ایمان، تحمل افراد را در ناگواری‌ها و سختی‌ها افزایش داده و آنها را برای غلبه بر چالش و سختی‌های زندگی یاری می‌دهد. همچنین، ارتباط فرامعنوی (یعنی به قدرت بزرگ‌تر ایمان داشتن) به عنوان عوامل حمایت فردی در جهت معنا دادن به زندگی فرد عمل می‌کند و اعتقادات مذهبی به عنوان تکیه‌گاه و پشتیبان برای سازگاری بیشتر فرد عمل می‌نماید. همچنین، معنویت به انسان کمک می‌کند تا هیجانانگ منفی خود را کاهش داده، از تنش و اضطراب خود بکاهد و بهتر بتواند مشکلات زندگی خویش را مدیریت کند و بتواند راهبردهای مناسبی جهت کاهش استرس‌های زندگی و دلزدگی استفاده کند و در عین حال، سلامت روان خود را حفظ نماید. روش‌های روان‌درمانی، شیوه‌های تغییر رفتار و فنون مختلف دیگر در تلاش است و به نوعی انسان را یاری می‌دهد تا بر این مشکلات فایز آید. در روان‌درمانگری کلاسیک، فقدان موضوع یا ترس از دست دادن «عشق موضوع» هسته اصلی اضطراب و دلزدگی

اختلالات روانی از جمله افسردگی و دلزدگی مؤثر بوده است (اسکلینین، هارتیکانین و نیکان، ۲۰۱۶).

سؤال چهارم مبنی بر اینکه کدام یک از این روش‌ها می‌تواند تأثیر ماندگاری در دوره پیگیری در سالمندان داشته باشند؟ تأیید شد و یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی تأثیر ماندگاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله بر پایه‌ی معنویت و عبادت کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از این‌گونه مداخله‌ها بهزیستی روان‌شناختی را در میان سالمندان ارتقاء می‌بخشد. عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه‌کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند. بنابراین روش‌های معنویت‌درمانی مورد استفاده در این پژوهش با تأکید بر روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، خود مراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدگی به خود معنوی و تأکید بر نوع‌دوستی و انجام کارهای معنوی به صورت گروهی موجب کاهش دلزدگی وجودی از طریق معناداری به زندگی در سالمندان می‌شود و تأثیر آن در دوره پیگیری ماندگار است. تبیین دیگر این است که معنویت‌درمانی عواملی چون توکل، نوع‌دوستی، قدردانی، شکرگزاری و نیایش دارد که در جهت ارتقای سلامت، افزایش تحمل و سازگاری با استرس‌ها و رهایی از دلزدگی و تنهایی سالمندان می‌تواند مؤثر باشد (بواله‌ری، ۱۳۸۹). امور معنوی برای سالمندان نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند که می‌تواند به سالمندان در مقابله با عوامل چالش‌انگیز زندگی کمک نماید (قلعه‌قاسمی و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین سالمندانی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را توان‌تر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت و همین امر در کیفیت و رضایت زندگی آنان مؤثر است (صادقی و همکاران، ۱۳۸۹). معنویت نوعی مراقبه و تعالی وجودی ایجاد می‌کند و موجب خودشکوفایی می‌گردد. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی

در سالمندان می‌توان گفت که این درمان دارای اصول زیربنایی شامل (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن و (۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم و کاهش دلزدگی و افسردگی می‌شود (والاس و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین در این درمان، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان می‌شود. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به سالمندان در راستای تجربه کردن افکار آزادنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان بود و بنابراین، سالمندان رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال تجربه می‌کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند هستند.

سؤال سوم مبنی بر اینکه بین دو روش معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی وجودی سالمندان تفاوت وجود دارد؟ تأیید شد که در این زمینه هم مطالعه مشابهی یافت نشد اما برخی مطالعات حاکی از تأثیر معنادار درمان معنویت‌محور بر کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان است (رحیمی، ۱۳۹۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که معنویت‌درمانی عواملی چون توکل، نوع‌دوستی، قدردانی، شکرگزاری و نیایش دارد که در جهت ارتقای سلامت، افزایش تحمل و سازگاری با استرس‌ها و رهایی از دلزدگی و تنهایی سالمندان می‌تواند کمک‌کننده باشد (بواله‌ری، ۱۳۸۹). امور معنوی برای سالمندان نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند که می‌تواند به سالمندان در مقابله با عوامل چالش‌انگیز زندگی کمک نماید (قلعه‌قاسمی، رضایی، کریمیان و ابراهیمی، ۲۰۱۱). بنابراین سالمندانی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را توان‌تر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت (صادقی، باقرزاده لاری و حق‌شناس، ۱۳۸۹). همچنین، مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش شکیبایی و آرامش، در مواجهه با

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که جامعه آماری پژوهش حاضر به سالمندان شهر زابل محدود شده است و در تعمیم نتایج به سایر سالمندان باید احتیاط کرد. همچنین استفاده از سایر روش‌های ارزیابی برای سنجش متغیر دلزدگی از جمله مشاهده رفتاری، نتایج واقعی‌تری به دست می‌دهد. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد که معنویت‌درمانی را با سایر رویکردهای روان‌درمانی مورد بررسی قرار دهند تا کارآمدی این درمان بهتر مشخص گردد.

سپاس‌گزاری

بدین وسیله پژوهشگران از کلیه کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند به ویژه سالمندان محترم شهرستان زابل سپاس‌گزاری می‌نماید.

منابع

- بوالهری، ج. (۱۳۸۹). نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی. فصلنامه اخلاقی پزشکی، ۴(۱۴)، ۱۱۲-۱۰۵.
- بهمنی، ب. (۱۳۸۹). مقایسه‌ی اثربخشی دو روش مداخله شناخت‌درمانی آموزش‌محور به سبک مایکل فری و گروه-درمانی شناختی/وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیرمنتشر سینه، علائم افسردگی را از خود بروز داده‌اند (پایان‌نامه دکتری چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- بیانگرد، ا. (۱۳۹۱). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی (جلد اول، چاپ هفتم). تهران، دوران.
- حر، م، آقایی، ا، عابدی، ا، و عطاری، ع. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۲)، ۱۲۸-۱۲۱.
- دادخواه، ا. (۱۳۸۶). سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران. مجله سالمندی ایران، ۲(۳)، ۱۷۶-۱۶۶.
- دهخدا، آ. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت‌درمانی معنویت‌محور در کاهش علائم افسردگی مادران مبتلا به سرطان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- رحیمی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره‌ی شناختی معنویت‌محور بر کاهش دلزدگی وجودی زنان سالمند. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق، تأثیر مثبت بگذار (اسکلینین و همکاران، ۲۰۱۶).
- امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در درمان اختلالات روان‌شناختی به کار گرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید دینی و معنوی در فرایند ارزیابی، ایجاد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش بیماری و درد می‌باشد (آرگیل، ۲۰۰۱). بنابراین لازم است در درمان اختلالات روانی به هر چهار بعد توجه شود؛ زیرا انسان یک واحد است و هنگامی سلامت روانی او تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند. اهمیت پرداختن به معنویت از آنجا ناشی می‌شود که نیازها و گرایش‌های معنوی از اجتناب ناپذیرترین و متعالی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شوند (کمپل، ۱۹۸۱). افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند روابط آنها در چهار بعد شخصی (در ارتباط با معنا، هدف، ارزش‌های زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط و طبیعت) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل می‌باشد (وان‌دیرندونک، ۲۰۰۴). نتایج مطالعه در مورد آموزه‌های دینی نشان داده است که افراد واجد این ویژگی، شیوه زندگی سالم‌تری دارند، امیدوارتر هستند و از ثبات روانی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردارند (راجیگوپال، مکنزی، بیلی و لایویز-موری، ۲۰۰۲). به علاوه اعمال معنوی برای افراد معنی و حمایت عاطفی در برابر مشکلات فراهم می‌کند، به طوری که برخی از اعمال معنوی یا مقابله‌ی مذهبی-معنوی به عنوان یک مکانیزم ضربه‌گیر در برابر عوامل خطرزای مربوط به بیماری‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی و دلزدگی استفاده می‌کنند (گالانتر و سیگل، ۲۰۰۹).
- بنابراین بر اساس نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت که هرچند هر دو درمان مبتنی بر معنویت و درمان پذیرش و تعهد در کاهش دلزدگی وجودی در سالمندان تأثیرگذار است اما درمان مبتنی بر معنویت (معنویت‌درمانی) به دلیل انطباق بیشتر با فرهنگ و پیشینه مذهبی سالمندان به نظر می‌رسد بهتر از سایر درمان‌ها توانسته است با شرایط سالمندان انطباق داشته باشد و بر کاهش دلزدگی وجودی آنها تأثیرگذار باشد.

- رستمی، م. (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش دلزدگی وجودی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان (پایان‌نامه دکتری چاپ نشده). دانشگاه خوارزمی، تهران.
- شریفی، س.، و عباسی، س. (۱۳۹۵). ارتباط تجربیات معنوی روزانه با شادکامی و رضایت از زندگی سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۳(۲)، ۳۴-۴۵.
- صادقی، م. ر.، باقرزاده لداری، ر.، و حق‌شناس، م. ر. (۱۳۸۹). وضعیت نگرش مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۰(۷۵)، ۷۱-۷۵.
- غلام‌محمدی، ه.، موزیری، ع.، واحدی، ن.، و حسین‌پور، ا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی توکل به خدا بر افسردگی سالمندان مرد مقیم آسایشگاه کهریزک. مجله سالمندی ایران، ۱۰(۲)، ۱۶۴-۱۷۱.
- فتح‌اله‌زاده، ن.، سعیدی، ف.، ایچی، س.، سعادت، ن.، و رستمی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشپانه خالی. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۳(۲)، ۸۹-۱۰۲.
- کبیری‌نسب، ی.، و عبدالله‌زاده، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هوشیاری بدن و ابراز هیجان سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، ۲(۲)، ۱۲۵-۱۳۲.
- گل‌محمدیان، م.، نظری، ح.، و پروانه، آ. (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، ۲(۳)، ۱۶۷-۱۷۵.
- گلی، م.، باقر مداح، س.، دالوندی، ا.، حسینی، م. ع.، رهگذر، م.، و موسوی ارفع، ن. (۱۳۹۵). ارتباط بین سالمندی موفق و سلامت معنوی سالمندان شهر تهران. نشریه روان‌پرستاری، ۴(۵)، ۱۶-۲۰.
- معماری، ع.، دالوندی، ا.، محمدی شاه‌بلاغی، ف.، فلاحی خشک‌ناب، م.، و بیگلریان، ا. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی سالمندان بستری در آسایشگاه خیریه کهریزک. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۳(۱)، ۱-۷.
- ملاجعفر، ه.، پورشریفی، ح.، مسچی، ف.، برماس، ح.، و تاجری، ب. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه-
- نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در سالمندان. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰(۳)، ۸۸-۹۷.
- نیکخواه، م.، هروی کریموی، م.، رژه، ن.، شریف‌نیا، ح.، و منتظری، ع. (۱۳۹۶). سنجش کیفیت زندگی سالمندان: مروری بر ابزارهای اندازه‌گیری. نشریه پایش، ۱۶(۳)، ۳۱۴-۳۰۳.
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness* (2nd ed.). London: Routledge.
- Barrera, T. L., Zeno, D., Bush, A. L., Barber, C. R., & Stanley, M. A. (2012). Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 346-358.
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: What can we learn from empirical studies? *American Journal of Psychiatry, 169*(1), 10-12.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 292-302.
- Eskelinen, K., Hartikainen, S., & Nykänen, I. (2016). Is loneliness associated with malnutrition in older people? *International Journal of Gerontology, 10*(1), 43-45.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(3), 142-151.
- Flint, A. J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients. *Drugs & Aging, 22*(2), 101-114.
- Galanter, M., & Siegel, C. (2009). *Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center*. New York: Mc Graw-Hill.
- Ghaleghasemi, T. M., Rezaie, A. M., Karimian, J., & Ebrahimi, A. (2011). The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. *Health Information Management, 8*(8), 1007-1016.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., & Lee, X. Q. (2004). The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *Journal of Palliative Care*, 20(4), 269-276.
- LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 472-493.
- Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. (2017). Mindful aging: the effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*, 8(1), 78-94.
- Millspaugh, C. D. (2005). Assessment and response to spiritual pain: part I. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 919-923.
- Mullane, M., Dooley, B., Tiernan, E., & Bates, U. (2009). Validation of the Demoralization Scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), 323-330.
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56.
- Rajab zadeh, S. Yazdkhasti, F. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *Journal of Clinical Psychology*, 6(21), 29-39.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal of Religion and Health*, 41(2), 153-166.
- Sahoo, S., & Mohapatra, P. K. (2009). Demoralization syndrome: A Conceptualization. *Orissa Journal of Psychiatry*, 16, 18-20.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., ... & Prochaska, J. O. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
- Ventegodt, S., Kandel, I., Neikrug, S., & Merrick, J. (2005). Clinical holistic medicine: the existential crisis—life crisis, stress, and burnout. *The Scientific World Journal*, 5, 300-312.
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127.
- Yang, W., Staps, T., & Hijmans, E. (2010). Existential crisis and the awareness of dying: The role of meaning and spirituality. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 61(1), 53-69.