Journal of Research in Psychological Health

December 2017, Volume 11, issue 3

Comparison of the effectiveness of Logo Therapy Based on Rumi's Thoughts with Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Well-being of Elderly

Asghar Norouzi[1], Alireza Moradi[2], Karim Zamani[3], Jafar Hasani[4]

1. Corresponding Author: Ph.D. Student of Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran*

2 Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3 The author, scholar and scholar of the Rumi field, Tehran, Iran

4 Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Please cite to: Nourouzi A, Moradi A, Zamani K, Hassani J. The Comparison of the effectiveness of Logo Therapy Based on Rumi's Thoughts with Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Well-being of Elderly. Journal of Research in Psychological Health, 2017, 11(3), 41-58.

Highlights

- Rumi's thoughts could be effectively integrated with psychotherapy for elderly
- Rumi's based logotherapy was as effective as acceptance and commitment therapy for the well-being of elderly

Abstracts

The purpose of this study was to compare the effectiveness of logo therapy based on Rumi's thoughts with acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of the elderly. The research method was a multi-group with pre-test-post-test design. The statistical population consisted of all elderly people who were 60 years old and older in Sari city in 2017, among them 66 elderlies (46 women and 20 men) were selected using simple random sampling from elderly referred to centers rehabilitation of the daily welfare of elderly people in Sari city and assigned to experimental and control groups randomly. A psychological well-being questionnaire (Reef, 1989) was used to collect information. For the first group experimental, the logo therapy based on Molana's thoughts was executed in 8 sessions of 75 minutes and for the second group, acceptance and commitment therapy was provided in 8 sessions of 75 minutes whereas control groups have any training during this period. The results of the mixed analysis variance showed that the logo therapy based on Rumi's thoughts and acceptance and commitment therapy can increase the psychological well-being and It 's components of the elderly. Also, the results showed that there is no significant difference between the effectiveness of the two groups of psychological well-being of the elderly. These results can document to using logo therapy based on Rumi's thoughts and acceptance and commitment therapy in psychological rehabilitation courses for the elderly.

Key word: Logo therapy based on Rumi's thoughts, acceptance and commitment therapy, psychological well-being, elderly

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا با درمان پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان

اصغر نوروزی[۱]، علیرضا مرادی[۲]، کریم زمانی[۳]، جعفر حسنی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۹

یافته‌های اصلی:

- آرا و اندیشه های مولانا را به صورت موثری می توان در قالب رواندرمانی برای سالمندان تنظیم کرد
- اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا به اندازه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی بهزیستی سالمندان اثرگذار است

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا با درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام شد. روش پژوهش، تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دورهٔ پیگیری بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۶۶ نفر (۴۶ زن و ۲۰ مرد) بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از میان سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی سالمندان روزانهٔ بهزیستی شهرستان ساری انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه آزمایشی (دو گروه) و کنترل جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامهٔ بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد. برای گروه آزمایشی اول، معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای آموزش داده شد و برای گروه آزمایشی دوم، درمان پذیرش و تعهد به‌مدت ۸ جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای ارائه شد و در این مدت گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط نشان داد که معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد، موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان می‌شود؛ همچنین، یافته‌ها نشان داد بین اثربخشی دو گروه معنادرمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتایج می‌تواند پشتوانه‌ای برای به‌کارگیری معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد، در کنار دوره‌های توان‌بخشی روان‌شناختی برای سالمندان باشد.

واژگان کلیدی: معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا، درمان پذیرش و تعهد، بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان

[۱] (نویسنده مسئول) دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

[۲] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

[۳] نویسنده، محقق و مولاناپژوه، تهران، ایران.

[۴] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده مسئول است

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

مقدمه

موفقیت در ارائهٔ خدمات بهداشتی و افزایش میزان امید به زندگی در قرن اخیر موجب شده است که جمعیت سالمندان به‌طور شایان‌توجهی افزایش پیدا کند؛ به‌نحوی‌که در بین گروه‌های سنی مختلف، سالمندان بیشترین نرخ رشد را دارند (۱). در سال‌های اخیر کشور ایران، با داشتن ۷/۲۷درصد جمعیت بالای ۶۰ سال به کشوری رو به سالمندی تبدیل شده است (۲).

سالمندی، بسیاری از کارکردهای روانی فرد سالمند ازجمله مراقبت از خود، روابط با دیگران و حق زندگی رضایت‌بخش و همراه با لذت و آرامش را از وی سلب و درجهٔ اول بهزیستی روان‌شناختی افراد سالمند را تهدید می‌کند (۳). بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاست که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (۴). امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئلهٔ مهم‌تری با عنوان چگونگی گذران عمر و به‌عبارتی بهزیستی روان‌شناختی، ذهن صاحب‌نظران و پژوهشگران حوزهٔ سالمندی را به خود جلب کرده است. ماهیت و ساختار بهزیستی روان‌شناختی، موضوعی است که از گذشته مورد توجه فیلسوفان و دانشمندان رشته‌های مختلف علمی قرار داشته و به‌تازگی در کانون توجه روان‌شناسی مثبت‌گرا که کارش مطالعهٔ علمی عملکردهای بهینه انسان است، قرار گرفته است (۵).

بهزیستی روان‌شناختی به‌نوعی از احساس سلامتی اشاره دارد که از آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی جنبه‌های فردی ناشی می‌شود و از عناصر معنوی زندگی تشکیل شده است (۶). سلامت مثبت چیزی فراتر از نداشتن بیماری است، بیان می‌کند که بهزیستی روان‌شناختی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می‌کند (۷). در مقابل، ایدهٔ بهزیستی ذهنی، به احساس بهزیستی اشاره می‌کند. کییز (۸) بهزیستی روان‌شناختی را درگیری با چالش‌های وجودی زندگی تعریف کرده است.

یکی از مهم‌ترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده است، مدل چندبعدی ریف و همکاران (۷) است. ریف، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوهٔ خود می‌داند. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی، مانند نظریهٔ خودشکوفایی مزلو، شخص کامل راجرز و سلامت روانی مثبت جاهودا شکل گرفته و گسترش یافته است. (۹) یک عامل بهزیستی روان‌شناختی کلی شناسایی شده است و آن را به‌صورت ترکیبی از کیفیت‌های ویژه، ازقبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت‌به خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت نسبت‌به زندگی توصیف شده است. براساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عاملِ پذیرش خود، داشتن رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و احساس رشد مستمر و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود.

مطابق با رویکرد بهداشت عمومی، هدف اصلی سرویس‌های بهداشتی برای سالمندان، حفظ توانایی به‌منظور زندگی مستقل و بهزیستی آن‌هاست (۱۰) و جهت ایجاد سازگاری و تبدیل رفتارهای ناسازگار و ناسالم، به رفتارهای سالم و سازگار و افزایش بهزیستی، نیازمند تدوین و به‌کارگیری برنامه‌های منسجم براساس رویکردهای مقبول فرهنگی و بومی و متناسب با سن هستیم. با توجه به اینکه سالمندی، سن خردورزی است، به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری رویکردهای معنادرمانی بتواند بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی این افراد تأثیر بگذارد.

معنادرمانی، روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت چالش با یافتن معنا در زندگی‌شان آماده کند. این شیوه روی چهار علاقهٔ مهم که ریشه در هستی انسان دارد و عبارت‌اند از مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (۱۱). این

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

مضامین با سالمندان ارتباط زیادی دارد. بسیاری از سالمندان برای انجام این وظیفه، مشکل دارند. داشتن معنا یا هدف در زندگی ارتباط مثبتی با عوامل روان‌شناختی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، احساس خوب روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده ماندن در آن‌ها می‌شود (۱۲). معنادرمانی می‌تواند به افراد سالمند کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت‌های اجتماعی به‌دست‌آمده با غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و درنهایت مرگ سازگار شوند (۱۳). معنادرمانی می‌تواند در قالب روش‌های درمان گروهی برای رفع مشکلات دوران سالمندی هم مؤثر واقع شود (۱۱).

در میان مکاتب رایج روان‌شناسی، رویکرد وجودی تنها مکتبی است که به‌لحاظ همپوشی‌های عمیق میان آموزه‌های دینی و اندیشهٔ وجودی، به نکتهٔ مهم تمایز میان هیجانات آدمی و ارتباط برخی از سطوح این هیجانات و مؤلفهٔ دینی آدمی توجه نشان داده است (۱۴). تأکید بر لزوم تشخیص مرتبط با سطوح دینی وجود انسان و تلاش در جهت برقراری ارتباط میان ابعاد جسمانی، روانی، در آثار روان‌شناسان وجودی، ازجمله فرانکل قابل‌مشاهده است. این گروه از روان‌شناسان، با تأسی به فلاسفه و مؤلفان وجودی، ازجمله کریکگور، هایدگر و مارسل، دیدگاه درمان روان‌شناختی خود را به موضوعات مسائل هستی‌شناختی کشانیده‌اند؛ بنابراین، در رویکرد موردنظر، درمان، امری صرفاً روان‌شناختی نیست، بلکه واجد ابعاد هستی‌شناختی نیز هست (۱۵). هدف، هدایت مراجعان در جهت دستیابی به تجربه‌ای عمیق‌تر و روشن‌تر از حیات خویش و همچنین درک جایگاه خود در هستی است. در این گرایش، دیگر اکتشاف ذهن انسان در بررسی تفکر عملی و فرآیندهای احساسی وی خلاصه نمی‌گردد؛ بلکه، به مطالعهٔ رابطهٔ فرد با کل جهانی که او را در برگرفته است، گسترش می‌یابد. روان‌شناسان وجودی در افقی ورای روان‌تحلیل‌گری و سایر رویکردهای روان‌شناختی رایج، به انجام تجدیدنظری بر مفاهیم و معانی ارائه‌شدهٔ آن‌ها مبادرت می‌ورزند(۱۶) .

در روان‌شناسی، نام معنادرمانی با ویکتور فرانکل تداعی می‌شود؛ اما اگر نیک بنگریم خواهیم دید که مفاهیم مطرح‌شده در رویکردهای وجودی و معنویت قرن‌ها پیش از فرانکل، در آثار ادبی بزرگان و عرفای مشرق زمین حضوری پررنگ داشته است و در این میان، می‌توان به اندیشه‌های مولانا جلال‌الدین محمدبن‌محمد بلخی اشاره کرد (۱۵). در منابع عرفانی فارسی، اندیشه‌ها و آثاری منظوم و منثور وجود دارد که می‌توان با استفاده از آن‌ها بسته‌های آموزشی و درمانی بومی با رویکرد معناشناسانه تدوین و اجرا کرد؛ به‌همین دلیل در این پژوهش تلاش خواهد شد از یکی از این منابع غنی یعنی اندیشه‌های مولانا جهت تدوین بسته معنادرمانی استفاده شود.

علت انتخاب اندیشهٔ مولانا به‌عنوان منبع استخراج معانی مورد لزوم را می‌توان در جامعیت آن جست‌وجو کرد. آموزه‌های مولانا، جامع‌ترین و پویاترین کاوش‌های روح و روان آدمی را در آیینهٔ حکایات و قصه‌ها و حکمت‌ها بازتابانیده است و عمیق‌ترین و موجزترین حکمت‌ها را در قالب تمثیل و تأویل فراروی جویندگان حقیقت و پویندگان فضیلت قرار داده است (۱۹،۱۸،۱۷). این نشان از پهنا، ژرفا و جامع‌الاطراف بودن نگاه مولانا به جهان هستی و جایگاه انسان در این جهان دارد؛ درعین‌حال مهم‌ترین مسئلهٔ جهان اندیشهٔ مولانا، مسئلهٔ شخصیت الهی و انسانی فرد است که با نقل قصص و ارائهٔ تعالیم آشکار و نهان، مخاطب را به حرکت و پویش درونی وامی‌دارد. این حرکت و سفر نمادین، یک پیمایش انفسی برای تحلیل اسرار درون است. در این سفر است که انسان به خود بازمی‌گردد و با جوهرهٔ الهی خویش پیوند می‌خورد. حاصل این بازگشت و پیوند مجدد، دست‌یابی به نشاط است؛ نشاطی بس فراتر از هیجانی که در رویکردهای غیروجودی جست‌وجو می‌شود (۱۶). از دیدگاهی دیگر اندیشهٔ مولانا نه‌تنها در رویکردهای وجودی جای می‌گیرد، بلکه در ذات خودشناختی بوده یا حداقل از این منظر هم قابل‌طرح است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

پیامد این پیوند نجات‌بخش، رهایی انسان دردمند و بحران‌زده از دام‌های بیگانگی، خودباختگی، دل‌مردگی و نومیدی و دست‌یافتن به انبساط شادی‌بخش و نشاط وجدآور است؛ شادی و نشاطی بس متفاوت از شادی‌های سطحی و زودگذری که مردمان عادی به آن دلخوش‌اند و درنهایت، موجب دل‌مردگی و پژمردگی آن‌ها می‌شود؛ نشاطی که برخاسته از سطوح بالاتر نفس است (۱۶). در سطوح بالاتر خودکنترلی، خودزایی و خودواقع‌بینی وجود دارد که باعث تعیین‌گری اهداف و وحدت‌بخشی فراجهانی و رشد و بالندگی فرد می‌شود (۲۰).

درمان پذیرش و تعهد ازجمله درمان‌های روان‌شناختی دیگری‌ست که تاحدودی متکی بر عرفان شرق یا حداقل متأثر از آن بوده و در قاب رویکردهای شناختی قابل‌طرح است و می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان تأثیر داشته باشد و پژوهشگران تاکنون کمتر به آن توجه کرده‌اند. درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های موج سوم است (۲۱).. در فعالیت متعهدانه، فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به‌کار گیرد. درواقع در این نوع درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد؛ نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (۲۲).

اخیراً پژوهش‌های روان‌شناختی به مطالعهٔ پذیرش و تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (۲۳) و بهزیستی روانی‌اجتماعی پرداخته‌اند (۲۴). شواهد تجربی دربارهٔ تأثیر این روش درمانی در اختلال‌هایی مانند افسردگی (۲۵)، روان‌گسستگی‌ها، هراس اجتماعی(۲۶) و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد (۲۷) مشخص شده است. پورفرج عمران (۲۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد، بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است. پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود (۲۹)؛ به‌عبارت‌دیگر، پذیرش و تعهد، از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آن‌ها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سازگاری و بهزیستی ایجاد کند (۲۴).

با توجه به آنچه گفته شد از یک‌طرف با توجه به تازگی این روش درمانی، اثربخشی آن به‌صورت مستقیم در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مورد توجه قرار نگرفته است و از طرفی دیگر افزایش رو به رشد تعداد سالمندان در کشور، لزوم توجه به وضعیت بهزیستی سالمندان را برمی‌انگیزد؛ بنابراین یکی از هدف‌های اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان است؛ البته در پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سازه‌های روان‌شناسی مثبت همچون بهزیستی روان‌شناختی مشخص شده است (۲۳، ۳۶-۳۰)، بنابراین مقایسهٔ اثربخشی این دو روش مداخله به‌عنوان هدف دوم پژوهش پیگیری شده است. در این مرحله از تحول که به‌زعم اریکسون سالمندان به انسجام و یکپارچگی رسیده‌اند، نگاه معنوی به کل جهان و بشریت و معنایابی اهمیتی خاص پیدا می‌کند. روش‌های مداخله‌ای پذیرش و تعهد و معنادرمانی روش‌هایی ایمن، غیرتهاجمی، غیردارویی و کم‌هزینه است که در صورت اثربخشی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان می‌تواند از بار سنگین هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی این مسائل بکاهد؛ علاوه‌براین معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا روشی بومی‌سازی‌شده و متناسب با فرهنگ است که در صورت اثربخشی می‌تواند به تقویت ریشه‌های فرهنگی در نسل جدید کمک کند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

روش

الف. طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر، آزمایشی است. طرح به‌کاررفته در این پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل «دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل» با دورهٔ پیگیری است. روش‌های مداخله‌ای «معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌ی مولانا و درمان پذیرش و تعهد» به‌عنوان متغیر مستقل و بهزیستی روان‌شناختی متغیری وابسته است.

ب. شرکت کنندگان

جامعهٔ آماری شامل تمامی سالمندان دارای ۶۰ سال «بازنشسته» و بالاتر شهر ساری در سال ۱۳۹۶ بود که از بین آن‌ها، نمونه‌ای به حجم ۶۶ نفر «۴۶ زن و ۲۰ مرد» با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب شد. این افراد از میان سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی سالمندان روزانهٔ بهزیستی شهرستان ساری که شامل سه مرکز سرای مهر، مینا و سرای ارشد است، انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود افراد نمونه به پژوهش، عبارت بود از: نبود اختلال‌های روان‌پزشکی حاد، به‌ویژه اختلال‌های شناختی ازجمله «دمانس، آلزایمر، پارکینسون و...» و اختلال‌های جسمانی‌حرکتی مانند «ناشنوایی، فلج و...»، زندگی در کنار خانواده، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن و نداشتن بیماری مزمن شدید.

ج)ابزار و مواد

۱. پرسش‌نامهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف: این پرسش‌نامه را ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته (۳۷) و دارای ۵۴ گویه و شش خرده‌مقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. مجموع این شش عامل به‌صورت نمرهٔ کلی، بهزیستی روان‌شناختی را اندازه می‌گیرد. این آزمون نوعی خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای لیکرت «از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم» به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. در پژوهش درویزه و کهکی (۳۸)، همسانی درونی از طریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و ضریب همبستگی به‌دست‌آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس، ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار است. اشکانی و حیدری (۳۹)روایی محتوایی و سازه‌ای این آزمون را مطلوب و بالا گزارش کرده‌اند.

د) روش‌های مداخله

۱) معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا: ابتدا برای ساخت این بستهٔ آموزشی، نظریه‌ها، منابع و پژوهش‌های مختلف در زمینهٔ معنادرمانی مطالعه و بررسی شد؛ آنگاه به آثار منظوم و منثور مولانا و کتب شرح این آثار، کتب نقد این آثار و آثار سایر متصوفه مانند مراد مولانا، مراجعه شد و از مفاهیم و معانی موجود در آثار مولانا ۸ معنای مرتبط با دوران سالمندی که در پژوهش‌های مختلف از...که در پژوهش‌های مختلف بر اهمیت آن‌ها در دوران سالمندی تأکید شده است، استخراج شد (۴۰،۴۱،۴۲،۴۳،۴۴). معانی شامل خداشناسی، خودکنترلی، پذیرش پیری، سازش با درد و رنج، ذکر و مراقبه، اضطراب مرگ و یافتن معنای عشق، صبر و تحمل در غم و رنج، و شکر و سپاسگزاری بود. برای طراحی و ساخت بستهٔ آموزشی، از ساختار و تکالیفی که در درمان‌های شناختی‌رفتاری استفاده می‌شود، ایده گرفته شد.

علاوه‌بر فعالیت‌های گفته‌شده، در طراحی و تدوین بستهٔ آموزشی، سن و وضعیت شناختی و روانی‌حرکتی سالمندان و نظرها و پیشنهادهای متخصصان این حوزه لحاظ گردید و سعی شد که افزون‌بر این نکات، تنوع لازم برای حفظ انگیزه و توجه سالمندان در برنامهٔ آموزشی ایجاد شود؛ سپس، پژوهشگر بستهٔ معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا را زیرنظر استادان راهنما و مشاور، تدوین و طراحی کرد. به‌منظور بررسی روایی محتوایی، بستهٔ آموزشی را چند نفر از متخصصان در این زمینه بازبینی کردند. پیشنهادهای آن‌ها،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

اعمال و اشکالات بسته رفع شد. هدف از این مرحله، اصلاح بستهٔ آموزشی و متناسب‌سازی آن با ویژگی‌های سالمندان و وقوف بر مشکلات احتمالی پیش‌بینی‌نشده بود. به این منظور، بستهٔ آموزشی روی ۲ نفر از سالمندان، اجرای مقدماتی شده و مشکلات و نواقص آن رفع گردید. پس از رفع اشکالات، فرم نهایی آن تهیه و آمادهٔ اجرا برای جلسات آموزشی شد. برای گروه اول، در ۸ جلسه و هر جلسه به‌مدت ۷۵ دقیقه آموزش داده شد.

ه) روش اجرای پژوهش

ابتدا هماهنگی‌های لازم با شهرداری که یکی از مراکز روزانهٔ سالمندی به نام سرای ارشد زیر نظر این سازمان است و بهزیستی شهرستان ساری صورت گرفت؛ سپس با اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط به سه مرکز روزانهٔ سالمندان مراجعه و پس از هماهنگی با مدیران مراکز و توجیه آن‌ها فهرست اسامی سالمندان تهیه گردید و پس از غربالگری اولیهٔ افراد سالمند، نمونه‌های موردنظر براساس معیارهای ورود به پژوهش، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آگاهانهٔ افراد برای شرکت در پژوهش و اطمینان خاطر دادن به آن‌ها دربارهٔ محرمانه بودن اطلاعات، افراد انتخاب‌شده به روش تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند؛ سپس برای هر یک از گروه‌های آزمایشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌مدت ۸ جلسه گروهی ۷۵ دقیقه‌ای طی ۸ هفته اجرا شد و در این مدت اعضای گروه کنترل، هیچ آموزشی دریافت نکردند؛ البته به جهت رعایت اخلاق پژوهشی و ایجاد انگیزه در گروه کنترل برای شرکت در پژوهش، به آن‌ها گفته شد که برنامهٔ آموزشی اثربخش‌تری در پایان جلسات آموزشی، برایشان منظور شده است. لازم به ذکر است که هریک از افراد نمونه، اجازه داشتند در هر مرحله‌ای از پژوهش که قادر به ادامه دادن نبودند، از طرح خارج شوند. معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا توسط یکی از پژوهشگران که سال‌ها در حیطهٔ معنادرمانی و مولوی‌خوانی با سالمندان کار کرده است، برای گروه اول، اجرا و برای گروه دوم درمان پذیرش و تعهد، توسط متخصصی آموزش‌دیده ارائه شد؛ همچنین به‌دلیل طولانی بودن سؤالات پرسش‌نامه‌ها و شرایط خاص دورهٔ سالمندی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها از چندین همکار آموزش‌دیده، کمک گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که جنسیت بیشتر شرکت‌کنندگان در هر یک از گروه‌های مورد مطالعهٔ معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد و کنترل، مؤنث است: «معنادرمانی: ۶۷درصد؛ درمان پذیرش و تعهد: ۸۰درصد و کنترل: ۶۴درصد». به‌لحاظ سنی، بیشتر شرکت‌کنندگان، در ردهٔ سنی ۶۵ -۶۱ سال هستند «معنادرمانی: ۳۸درصد؛ درمان پذیرش و تعهد: ۳۰درصد و کنترل: ۴۰درصد». در جدول زیر شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گزارش شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	آزمون	تعداد نمونه	بهزیستی روان‌شناختی «انحراف استاندارد ± میانگین»
معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا	پیش‌آزمون	۲۴	۴/۰۹ ± ۰/۴۷
	پس‌آزمون		۵/۰۳ ± ۰/۴۵
	پیگیری		۵/۱۰ ± ۰/۲۵
درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۲۰	۴/۳۱ ± ۰/۴۴
	پس‌آزمون		۴/۹۴ ± ۰/۵۲
	پیگیری		۵/۱۸ ± ۰/۲۲
کنترل	پیش‌آزمون	۲۲	۴/۱۶ ± ۰/۵۰
	پس‌آزمون		۴/۳۱ ± ۰/۴۷
	پیگیری		۴/۲۷ ± ۰/۴۶

اطلاعات مندرج در جدول شمارهٔ ۱، نشان می‌دهد میانگین بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌هایی که در دورهٔ آموزشی به روش معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا شرکت داشتند از ۴/۰۹ در پیش‌آزمون به ۵/۰۳ در پس‌آزمون و ۵/۱۰ در مرحلهٔ پیگیری تغییر یافت. این میزان در آزمودنی‌هایی که به شیوهٔ درمان پذیرش و تعهد آموزش دیده بودند، از ۴/۳۱ در پیش‌آزمون به ۴/۹۴ در پس‌آزمون و ۵/۱۸ در مرحلهٔ پیگیری تغییر یافت. در آزمودنی‌های گروه کنترل نیز از ۴/۱۶ در پیش‌آزمون به ۴/۳۱ در پس‌آزمون و ۴/۲۷ در مرحلهٔ پیگیری تغییر یافت.

برای تعیین اثربخشی روش‌های درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های آن بررسی و تأیید شد. جهت بررسی طبیعی و عادی بودن توزیع متغیر وابسته، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج حاکی از برقرار بودن این پیش‌فرض بود. نتایج مربوط به پیش‌فرض‌ها در جدول شمارهٔ ۲ گزارش شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

جدول ۲- پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	شاخص‌ها	Box M	اثر پیلای	آزمون موخلی	کرویت	آزمون لون
پذیرش خود	مقدار محاسباتی	۱۶/۲۶	۰/۱۷	۰/۹۶		۱/۱۶
	سطح معناداری	۰/۱۱۵	۰/۲۱۸	۰/۳۷۵		۰/۳۱۹
روابط مثبت با دیگران	مقدار محاسباتی	۱۰/۵۵	۰/۲۰	۰/۹۸		۲/۱۶
	سطح معناداری	۰/۱۳۷	۰/۱۹۷	۰/۴۷۸		۰/۱۲۴
خودکارآمدی	مقدار محاسباتی	۱۳/۲۶	۰/۲۱	۰/۹۵		۰/۳۱
	سطح معناداری	۰/۱۲۵	۰/۱۶۶	۰/۲۱۳		۰/۷۳۳
تسلط بر محیط	مقدار محاسباتی	۱۵/۴۲	۰/۰۶	۰/۹۴		۱/۹۸
	سطح معناداری	۰/۱۱۸	۰/۵۹۵	۰/۱۲۴		۰/۱۴۷
زندگی هدفمند	مقدار محاسباتی	۹/۴۸	۰/۲۹	۰/۹۹		۱/۷۲
	سطح معناداری	۰/۱۴۱	۰/۰۷۴	۰/۸۲۷		۰/۱۸۷
رشد فردی	مقدار محاسباتی	۱۱/۲۶	۰/۲۲	۰/۹۷		۰/۲۸
	سطح معناداری	۰/۱۲۸	۰/۱۶۴	۰/۳۹۲		۰/۷۶۰
بهزیستی روان‌شناختی	مقدار محاسباتی	۱۹/۸۱	۰/۲۶	۰/۹۴		۱/۱۰
	سطح معناداری	۰/۱۰۱	۰/۰۹۱	۰/۱۷۵		۰/۳۴۱

مطابق با مندرجات جدول ۳، پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با تکرار سنجش، برقرار است؛ چون «P > ۰/۰۱».

در جدول شمارهٔ ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای سنجش اثربخشی روش‌های درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، ارائه شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
پذیرش خود	گروه‌ها	۴۲۳۷/۸۹	۱	۴۲۳۷/۸۹	۷۳۲۹/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۸/۳۵	۲	۴/۱۸	۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۷/۸۰	۲	۳/۹۰	۲۱/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱
روابط مثبت با دیگران	گروه‌ها	۴۳۷۳/۳۵	۱	۴۳۷۳/۳۵	۴۷۸۲/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۱۱/۴۸	۲	۵/۷۴	۶/۲۸	۰/۰۰۳	۰/۱۷
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۹/۰۶	۲	۴/۵۳	۲۳/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۲
خودکارآمدی	گروه‌ها	۴۰۰۳/۹۰	۱	۴۰۰۳/۹۰	۸۲۲۱/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۹/۰۵	۲	۴/۵۲	۹/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۳
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۲/۷۸	۲	۱/۳۹	۱۱/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۲۷
تسلط بر محیط	گروه‌ها	۴۵۵۸/۲۰	۱	۴۵۵۸/۲۰	۵۷۸۴/۳۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۱۴/۴۶	۲	۷/۲۳	۹/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۲۳
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۶/۴۴	۲	۳/۲۲	۱۶/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۳۵
زندگی هدفمند	گروه‌ها	۳۸۰۲/۰۴	۱	۳۸۰۲/۰۴	۵۶۲۱/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۹/۹۸	۲	۴/۹۹	۷/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۱۹
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۵/۷۰	۲	۲/۸۵	۲۱/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱
رشد فردی	گروه‌ها	۴۰۲۹/۹۴	۱	۴۰۲۹/۹۴	۶۳۵۰/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۲۶/۰۹	۲	۱۳/۰۴	۲۰/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۳/۴۴	۲	۱/۷۲	۹/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴
بهزیستی روان‌شناختی	گروه‌ها	۴۱۶۳/۷۷	۱	۴۱۶۳/۷۷	۱۱۰۹۵/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹
	مراحل	۱۲/۱۰	۲	۶/۰۵	۱۶/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۳۴
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۵/۱۶	۲	۲/۵۸	۳۱/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۵۰

مندرجات جدول ۳، نشان داد که در سطح اطمینان ۹۹درصد «P= ۰/۰۱ »، بین میانگین بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، در هر یک از گروه‌های کنترل، دورهٔ آموزشی به روش معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد و در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری وجود دارد؛ «P < ۰/۰۱».

در جدول شمارهٔ ۴، نتایج آزمون تعقیبی شفه، برای مقایسهٔ اثربخشی روش‌های درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، ارائه شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

جدول ۴- نتایج مقایسهٔ میانگین گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین LBMI و ACT	سطح معناداری	تفاوت میانگین LBMI و کنترل	سطح معناداری	تفاوت میانگین ACT و کنترل	سطح معناداری
پذیرش خود	پیش‌آزمون	-۰/۴۶	۰/۰۷۴	-۰/۳۸	۰/۱۵۲	۰/۰۸	۰/۹۲۳
	پس‌آزمون	۰/۰۲	۰/۹۹۰	۰/۶۱	۰/۰۰۲	۰/۵۹	۰/۰۰۵
	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۸۷۸	۰/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۴	۰/۰۰۰
روابط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	-۰/۱۸	۰/۷۰۵	-۰/۲۶	۰/۴۶۴	-۰/۰۸	۰/۹۳۴
	پس‌آزمون	۰/۵۰	۰/۰۸۷	۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۰	۰/۱۰۴
	پیگیری	-۰/۰۶	۰/۹۲۵	۰/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۵	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	-۰/۳۲	۰/۱۸۲	-۰/۰۲	۰/۹۹۳	۰/۳۰	۰/۲۳۶
	پس‌آزمون	-۰/۲۲	۰/۴۰۶	۰/۴۸	۰/۰۱۸	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۳	۰/۴۷۶	۰/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۰/۰۰۰
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	-۰/۳۷	۰/۲۲۸	-۰/۱۶	۰/۷۲۸	۰/۲۰	۰/۶۴۴
	پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۴۳۰	۰/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۰/۰۰۵
	پیگیری	-۰/۱۹	۰/۴۹۹	۰/۸۴	۰/۰۰۰	۱/۰۳	۰/۰۰۰
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۰/۰۱	۰/۹۹۷	۰/۰۳	۰/۹۸۵	۰/۰۲	۰/۹۹۶
	پس‌آزمون	-۰/۲۴	۰/۳۴۹	۰/۳۵	۰/۰۹۹	۰/۶۰	۰/۰۰۳
	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۰۶۸	۰/۶۸	۰/۰۰۰	۱/۰۴	۰/۰۰۰
رشد فردی	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۰/۹۸۸	۰/۳۹	۰/۱۱۷	۰/۳۶	۰/۱۸۵
	پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۴۱۵	۰/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۰۸	۰/۸۷۷	۱/۱۰	۰/۰۰۰	۱/۰۲	۰/۰۰۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۰/۲۱	۰/۳۲۰	-۰/۰۷	۰/۸۸۶	۰/۱۴	۰/۵۹۶
	پس‌آزمون	۰/۰۹	۰/۸۱۸	۰/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۰۰۰
	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۷۴۷	۰/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۰/۰۰۰

مندرجات جدول ۴، نشان داد که در سطح اطمینان ۹۹درصد «α=۰/۰۱»، بین تأثیر دورهٔ آموزشی به روش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد آموزش بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، اختلاف معناداری وجود ندارد؛ چون «P > ۰/۰۱».

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و مقایسه اثربخشی آن با درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام شد. نتایج تحلیل نشان داد معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان می‌شود و اثر آن تا مرحلهٔ پیگیری تداوم دارد.

طبق جستجوهای انجام‌شده تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام شده باشد، یافت نشد؛ بااین‌حال این یافتهٔ پژوهش به‌طور ضمنی با نتایج پژوهش‌هایی که حاکی از اثربخشی معنادرمانی در گروه سالمندان بوده، همسوست (۴۷). مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی گروهی حضوری و معنادرمانی اینترنتی غیرحضوری در کاهش افسردگی ۱۳۰ سالمند نشان داد، افسردگی در هر دو گروه کاهش شایان‌ملاحظه‌ای داشته است؛ اما اثربخشی معنادرمانی گروهی به‌صورت حضوری بیشتر بوده است (۴۸).

گروه آموزشی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا، طبق اهداف بستهٔ آموزشی دریافتند که بر فرصت و عمر ازدست‌رفته تمرکز نکنند، بلکه قدر فرصت باقی‌مانده را بدانند و در جست‌وجوی معنا باشند. آن‌ها دریافتند بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات در این دوران اجتناب‌ناپذیرند. در این بستهٔ درمانی مفهوم خداشناسی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا به‌گونه‌ای مطرح شد که سالمند بدون هیچ‌گونه سردرگمی، رابطهٔ معنایی با خداوند برقرار نماید؛ به این صورت رابطهٔ خدا با انسان، طوری شکل می‌گیرد که پنداری او عاشق است و بنده معشوق. طی آموزش‌های معنادرمانی افراد یاد گرفتند با توجه و توکل و تمرکز بر خداوند می‌توانند بر استرس‌ها و ناراحتی‌های خویش فائق آیند و در پرتو یافتن او، خود را بیابند که همین می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی شود؛ طی آموزش، خودآگاهی و خودواقع‌بینیِ درستی نسبت‌به بودن و یافته‌شدن برای سالمندان حاصل شد. آن‌ها دریافتند هدف اصلی از زندگی گریز از درد و رنج نیست؛ بلکه با صبر و تحمل، یافتن معنا از درون آن است و بنابراین بهزیستی روان‌شناختی‌شان در پس‌آزمون بهبود یافت. در جلسات آموزشی افراد سالمند یاد گرفتند سالمندی خود را بپذیرند. بر اهمیت پیرعقلی و خرد تأکید شد و حل مسئله را آموزش دیدند. هر یک از این ۸ جلسهٔ آموزشی با تکالیف خانگی همراه بود که موجب می‌شد آموخته‌های فرد استحکام یابد. مجموع این آموزش‌ها و تحکیم آن‌ها موجب شد رضایتمندی افراد و متعاقب آن، بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها افزایش یابد.

در نگاه معنوی به انسان، فرایند تحلیل انسان از فطرت است تا خداشناسی؛ بنابراین محتواهای آموزشی‌ای که بتوانند انسان‌ها را در این پیوستار به‌درستی تحلیل و مدیریت کنند، در جهت افزایش بهزیستی و رضایتمندی موفق‌تر خواهند بود؛ زیرا به‌نوعی کاتالوگ چگونه زیستن است. بستهٔ معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا تلاش می‌کند که سالمند، خدا را بدون هیچ دلهره‌ای بپذیرد و رحمتش را بهتر درک کند؛ سالمند را به‌سمت خودکنترلی می‌کشاند و بر این عقیده است که هرچقدر انسان بتواند کنترل بهتری بر تکانه‌های خویش داشته باشد، در فهم خداشناسی موفق‌تر خواهد بود و پذیرش پیری صحیح‌تری خواهد داشت و بر درد و رنج‌های خود، صبوری بیشتری خواهد کرد. او از دل این درد و رنج، معنا استخراج نموده و اضطراب مرگ را در حوزهٔ آگاهی خود تحت کنترل قرار خواهد داد و درنهایت سپاسگزار تمامی شرایطی که پیرامون او در جهت خدمتش قرار می‌گیرند، خواهد بود؛ بنابراین بهزیستی روان‌شناختی‌اش افزایش خواهد یافت.

آنچه را که این بستهٔ درمانی بر آن تأکید می‌کند، حقیقت وجود انسان بر کرهٔ خاکی است. هرچقدر سالمندان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

بتوانند با این نگرش و بینش به زندگی خود نگاه انداخته و مسئولیت بپذیرند، بهزیستی روان‌شناختی بهتری حاصل خواهد شد. این نتایج تا مرحلهٔ پیگیری ادامه داشت. در تمثیل‌ها و استعاره‌های ایرانیان این‌طور بیان می‌شود که کافی‌ست در آگاهی دادن، انسان‌های خوابیده را بیدار کنیم «آن کس که بداند و نداند که بداند، بیدار کنندش که بسی خفته نماند»؛ نگرش مولانا بیدارکردن انسان‌ها از خواب غفلت است؛ چون سالمندان در مرحلهٔ انتهایی زندگی قرار دارند، این آگاهی‌ها بیشتر در فرایند تغییرات زندگی‌شان ماندگار می‌ماند؛ زیرا در زمان باقی‌مانده، درک عمیق‌تری از آمدن و بودن پیدا می‌کنند و در حفظ و نگهداری آن کوشاتر عمل می‌کنند؛ بنابراین تغییرات ایجادشده تا مرحلهٔ پیگیری هم ادامه داشت. آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست؛ بلکه بی‌معناشدن زندگی است که مصیبت‌بار است و معنا تنها در لذت و شادمانی و خوشی نیست؛ بلکه در رنج و دردهای دوران سالمندی و تنهایی و زوال هم یافت می‌شود. اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین دم، زندگی معنی خواهد داشت؛ پس می‌توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست؛ زیرا معنای زندگی می‌تواند حتی بالقوه درد و رنج را نیز دربرگیرد (۴۹). افراد گروه آزمایش به این نتیجه رسیدند که در زندگی کنونی خود می‌توانند از امکانات اطرافشان و مواهب الهی و در کنار هم بودنشان لذت ببرند و متعاقب آن بهزیستی روان‌شناختی‌شان افزایش یافت.

سالمندان با شرکت در جلسات گروهی معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی‌ای که تا بدین روز بر آن‌ها گذشته است، خواه درد و بیماری و خواه مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب کردند که زندگی همواره دارای معناست و می‌توان در هر پیشامدی معنا و هدفی یافت. ازآنجایی‌که گروه برای افراد شرکت‌کننده، منبع حمایت عاطفی و وسیله‌ای برای تفسیر مثبت رویدادها و جور دیگر نگریستن به وقایع تلخ بود، به رضایتمندی بالاتری منجر شد. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، همه و همه منابعی است که سبب شد بهزیستی روان‌شناختی سالمندان گروه آزمایش افزایش یابد. آموزش اندیشه‌های مولانا به افراد سالمند کمک کرد از لذت‌ها و موهبت‌هایی که برایشان عادی و پیش‌پاافتاده به‌نظر می‌رسید، باخبر شوند؛ همچنین دربرابر تنش‌های زندگی مثل پیری انعطاف‌پذیرتر شوند که متعاقب آن بهزیستی‌شان افزایش یافت.

طی جلسات درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، سالمندان یاد گرفتند به‌جای انکار یا کنترل تجربیاتی که تهدیدکننده تلقی می‌شوند، آن‌ها را بپذیرند. فرآیندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این درمان، باعث تغییرات چشمگیری در جهت‌گیری توجه سالمندان و آشتی دوباره‌اش با دنیای درون شد؛ به‌طوری‌که به‌جای فرار فرد از واقعیت‌ها، به پذیرش آن‌ها دست زند. طی آموزش، سالمندان یاد گرفتند که بدون قضاوت به تجربیات خود نگاه کنند.

با استفاده از مهارت‌های گسلش شناختی که تکمیل‌کنندهٔ فرایند پذیرش است، سالمندان یاد گرفتند که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، میل، خاطرات، احساسات جسمی را فقط به‌عنوان آنچه که هستند، نه آنچه می‌گویند هستند، در نظر بگیرند. با این هدف سالمندان آموختند که با رویدادهای درونی و بیرونی، بدون آغشته‌شدن یا اجتناب از آن‌ها، رودررو شده و نظاره‌گر دنیای درون خود باشند. طبق این دیدگاه هیچ‌یک از تجربیات درونی فرد، اگر همان‌گونه که هستند تجربه شوند، به‌طور ذاتی برای بهزیستی فرد مضر نیست؛ پس نیازی به کنترل‌کردنشان نیست؛ بلکه مهم کاربرد این تجربیات درونی است.

از مهم‌ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. در این مرحله از درمان سالمندان یاد گرفتند که به زندگی و فعالیت‌ها به شکل هدف یا نتیجه نگاه نکنند؛ بلکه به‌صورت فرایند یا مسیر نگاه کنند. با

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌هایشان، گام بعد، حرکت در جهت این ارزش‌هاست. آن‌ها یاد گرفتند در صورت برخورد، موانع درونی را با فنون درمان پذیرش و تعهد و موانع بیرونی را با مهارت حل مسئله مرتفع سازند. ایجاد تعهد به انجام اعمال، در راستای حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، به تحقق اهداف شادکامانه و بروز احساس رضایتمندی نسبت‌به زندگی می‌انجامد و از گیرافتادن در حلقهٔ افکار و احساسات منفی ازقبیل اضطراب، استرس، یأس و ناامیدی، افسردگی که به نوبهٔ خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود، جلوگیری می‌کند که این نتایج، باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهد شد؛ بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان پذیرش و تعهد می‌تواند توان مقابله‌ای سالمند را در کنار آمدن با مشکلات بیفزاید. این روش درمانی بر پذیرش آنچه که نمی‌توان به‌طور مستقیم تغییر داد، به‌عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر چیزهایی که می‌توان تغییر داد، تأکید دارد.

حضور در اینجا و اکنون و زمان حال باعث شد که سالمندان درگیر قضاوت‌ها دربارهٔ تجارب ناخوشایند گذشته و آیندهٔ خودشان نشوند. فرآیند تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی به سالمند کمک کرد تا شرایط را تحمل کند و تجربهٔ لحظه‌های واقعی زندگی‌اش را بپذیرد که همین امر نیز باعث حرکت وی در جهت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شد. یکی دیگر از فرایندهای این درمان که به اثربخشی آن کمک کرد، ایجاد یک خودِ مشاهده‌گر یا خود، به‌عنوان زمینه در فرد سالمند از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال بود. درواقع این خودِ مشاهده‌گر، جایگزینی‌ست برای خودمفهوم‌سازی‌شده؛ یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود. در کل هدف این است که سالمند خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببینید؛ چون زمانی که فرد، فکر کند: «من انسان شکست‌خورده‌ای هستم»، با آن یکی گشته و عملکردش هم شبیه یک انسان شکست‌خورده می‌شود و در صورت شناخت خود مفهومی‌شده و خود به‌عنوان زمینه، طبق زمان حال رفتار می‌کند که باعث حرکت فرد در جهت ارزش‌ها و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی او می‌شود.

اجتناب از تجارب، با حیطهٔ وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. درواقع اجتناب از تجارب منفی، انسان‌ها را دربرابر عوامل تنیدگی‌زا آسیب‌پذیرتر می‌کند. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس و سرکوب‌کردن چنین تجاربی دارند، هنگامی‌که استرس و نگرانی در روابط با دیگران، محیط زندگی، تعارض با همسر و... برایشان پیش می‌آید، تلاش برای کنترل، آشفتگی‌هایشان را تشدید می‌کند؛ اما در خلال درمان پذیرش و تعهد، سالمندان یاد گرفتند که به‌جای انکار و سرکوبِ احساسات و افکارشان، آن‌ها را بپذیرند و نظاره کنند. آن‌ها یاد گرفتند با ذهن‌آگاهی و بودن در لحظهٔ حال بهزیستی روانی‌اجتماعی خود را بهبود ببخشند.

نتایج نشان داد بین دو روش درمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد، تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین نبود تفاوت معنادار بین این دو روش می‌توان به فنون مشابه این دو روش و تشابه محتوای آموزشی آن‌ها اشاره کرد. نکتهٔ جالب‌توجه اینجاست که باوجوداینکه بستهٔ معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا با این سبک و روش، برای اولین‌بار به شکل یک فعالیت پژوهشی در کشور تدوین و اجرا می‌شود، توانسته است هم‌ترازِ درمان پذیرش و تعهد قرار گیرد که سال‌هاست به‌عنوان روشی درمانی و مبتنی‌بر داده‌های پژوهش علمی انجام می‌شود. این اثربخشیِ برابر و همتایی، بیانگر تأثیرگذاری بالای فرهنگ بومی بر سالمندان است؛ بنابراین همین‌که معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا توانسته است اثربخش باشد، خود حکایت از محتوای عمیق و غنی اندیشه‌های مولانا دارد که مختص زمان و مکان خاصی نیست و منطبق با فطرت آدمی است؛ زیرا توانسته است سال‌ها بعد از بیانشان، همچنان تأثیرگذار باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم همتاسازی جنسیتی سه گروه پژوهش، به‌دلیل حضور کمتر سالمندان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

مرد در مراکز توان‌بخشی روزانهٔ سالمندان بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی در صورت امکان، گروه‌ها را از لحاظ جنسیت همتا سازند. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش وقت‌گیر بودن تکمیل پرسش‌نامهٔ پژوهش، به‌دلیل ویژگی‌های روانی‌حرکتی سالمندان بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی از نسخهٔ کوتاه‌تری جهت سنجش بهزیستی روان‌شناختی استفاده کنند. با توجه به اینکه این روش روی سالمندان ساکن شهرستان ساری انجام شد، در تعمیم یافته‌ها به سالمندان سایر شهرستان‌ها و فرهنگ‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به اثربخشی بسته‌های معنادرمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد پیشنهاد می‌شود از این بسته‌های درمانی به‌خصوص بستهٔ درمانی مبتنی‌بر اندیشه‌های مولانا که براساس بوم و فرهنگ غنی ایرانی‌اسلامی تدوین شده است، به‌عنوان سرفصل‌های آموزشی در برنامه‌ریزی هدفمند مراکز توان‌بخشی روزانه و شبانه سالمندان استفاده شود.

تشکر و قدردانی: *در پایان از همهٔ کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، از جمله مسئولان محترم شهرداری و ادارهٔ بهزیستی شهرستان ساری، مدیریت و کارکنان محترم مراکز روزانهٔ سالمندان شهرستان ساری و همهٔ سالمندانی که در پژوهش شرکت داشتند، کمال تشکر را داریم.*

منابع

1. Organization WHO. Available from:http://www.who.org. 2008.
2. Khord M. Effectiveness of consensus and narrative memorization on decreasing depression symptoms in elderly women living in elderly homes Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy. 2011; 1(3):366-381. [Persian]
3. Cheng H, Furnham A. The associations between parental socio-economic conditions, childhood intelligence, adult personality traits, social status and mental well-being. Social indicators research. 2014;117(2):653-64.
4. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69:719-27.
5. Linley AP, Maltby J, Wood AP, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. Personality and Individual Differences. 2009; 47:878-84.
6. Coward DD, Reed PG. Self-Transcendence: a resource for healing at the end of life. Issues in Mental Health Nursing. 1996; 17:275-88.
7. Ryff CD, Singer B, Love GD, Essex MJ. Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J Lomranz (Ed), Handbook of aging and mental health: An integrative approach. 1998:69-96.
8. Keyes CLM. Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state Model of Health. Journal of Consoling and clinical psychology. 2005; 73:539-48.
9. Compton WC. Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

20. McCloskey G, Perkins LA, Divner BV. Assessment and Intervention for Executive Function Difficulties (School-Based Practice in Action). New York: Routledge. 2009;1.

21. Irandoost F, Neshatdoost HT, Nadi MA, Safari S. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the rate of chronic pain and pain catastrophizing in women with chronic low back pain. Journal of Research in Psychological Health. 2014;8(3):31-40. [Persian]

22. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in Hoboken, NJ: Wiley. 2008; 2:263-5.

23. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004; 35:639-65.

24. Brown KW, Ryan R. The benefits of being present :Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 84:822-48.

25. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral ivation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. The Behavior Analyst. 2006; 29:161-85.

26. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill, JW. A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]. International. Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2006; 6:397-416.

27. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An being, personal growth, and religiosity. Journal of Psychology. 2001; 135:486-500.

10. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing Selected Quality of Life Factors of Nursing Home Residents in Turkey. Arch Gerontology Geriatric. 2008; 46:57-66.

11. Zanjiran Sh, Borjali A, Karasekian A. The Effectiveness of Teaching Group Therapy on the Quality of Life and General Health of Older Women. Razi Medical Journal. 2014; 127:39-51. [Persian]

12. Martin P, Smyer MA. The experience of micro- and macro events: A life-span analysis. Research on Aging. 1990;12:294-310.

13. Nawabi Nejad Sh. Advice and guidance of the group. Tehran: Sam. 2009.

14. Woolf DM. Psychology of Religion. Translated by Mohammad Dehghani,Tehran: Roshd. 1996.

15. Taghiyareh F, A'vani GhR. Human health and illness from the perspective of Jalaluddin Mohammad Molavi: An existentialist approach. Psychology and Religion. 2013; 6:62-39. [Persian]

16. Taqhiyareh F, Eskandari H, A'vani Gh R, Delavar A, Sohrabi F. Developing an Existential Psychotherapy Package on the Basis of Mowlana's Thoughts and Evaluating Its Effectiveness in Depression Treatment and Ego Development Level Improvement. Clinical Psychology Studies. 2012; 9:1-24. [Persian]

17. Foruzanfar B. Description of Masnavi. Tehran: Scientific and Cultural Publications. 2007. [Persian]

18. Shahidi SJ. Description of Masnavi. Tehran: Information Institute. 2007. [Persian]

19. Zamani K. Comprehensive description of Masnavi. Tehran: Information Institute. 2008. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

35. Woidneck MR. Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents. [PhD thesis Of Philosophy in Psychology] [Logan,Utah]: Utah state university. 2012.

36. Masuda A, Tully EC. The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. 2012;17 (1):66-71.

37. Springer KW, Pudrovska T, Hauser RM. Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. Social science Research. 2011;40 (1):392-8.

38. Darvizeh Z, Kahaki F. Relationship between marital adjustment and psychological well-being. Socio-psychological studies of women (Women's Studies). 2011;6 (1):104-91. [Persian]

39. Ashkani F, Heydari H. Effects of emotional adjustment on psychological welfare and attributional styles of students with learning disabilities in primary school. Journal of Learning Disabilities. 2014;4 (1):119-25. [Persian]

40. Darvishpoor Kakhki A. Spiritual well-being in the Iranian older people: A qualitative study. History of Medicine Journal. 2015;7 (25):11-32. [Persian]

41. KordNoughabi R, Delphanbiranvand A, Arbalo Z. Older people's attitudes about wisdom and its components (wisdom Psychology). Journal of Aging Psychology. 2016;1 (3):157-67. [Persian]

42. Sohrabi M, Abedanzade R, Shetab Boushehri N, Parsaei S, Jahanbakhsh H. The relationship between Psychological Well-Experiential Approach to Behavior Change. NY: Guilford. 1999;3.

28. Pourfaraj OM. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Knowledge and Health. 2011;6(2):1-5. [Persian]

29. Junkin SE, Yoga and self-esteem. exploring change in middle-age women. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies and Research in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in the College of Kinesiology University of Saskatchewan Saskatoon August. 2007:72-6.

30. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: proposing an acceptance and commitment therapy approach. Cognitive Behavioral Practice. 2010;17:371-81.

31. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patient s with type 2 diabetes. Journal of Research Behavior Science. 2013;11(2):121-8.

32. Garaei Ardakani Sh, Azadfalah P, Tolaei A. The Effectiveness of Acceptance Approach and Therapeutic Commitment in Reducing the Severity of Pain Experience in Women with Chronic Headache Disorder. Clinical Psychology. 2014 ;2 (14) :39-50.

33. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi SA, Mesgarpour B, Maleki BA, Hoseini SH, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Golestan province. J Gorgan Uni Med Sci. 2004;6 (1):67-77. [Persian]

34. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Cogn Behav Pract. 2012;19 (4):583-594.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]

being and Mental Toughness among Elders: Mediator Role of Physical Activity. Salmand. 2016;11 (4):538-48. [Persian]

43. Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri M, Zayeri F, Alipour V. The Association of Chronic Pain Acceptance, Life Style and Restriction Related Chronic Pain in Elderlies. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2016;24 (3):148-58[Persian].

44. Manouchehri H, Shirazi M, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. Development and psychometric evaluation of chronic pain acceptance instrument in the elderly. Journal of Anesthesiology and Pain. 2015;5 (2):33-47 . [Persian]

45. Nourozi A. Design and Codification of Packet of Logotherapy Based on Rumi's Thoughts (LBRT). elders center SARAY MEHR. 2017 .[Persian]

46. Hayes, S. C., Pistorello, J. L ,M. E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40 (7):976-1002.

47. Rebecca P, Jiaqing O. Association between Caregiving in Life, Life Satisfaction and Quality of life, Beyond 50 in an Asian Sample: Age as a Moderator. Social Indicators Research. 2011;8 (3):525-34.

48. Speke V, Nyklicek I, Cuijpers P, Pop V. Predictor of outcome of group and internet based cognitive behavior therapy. Journal of affective disorder. 2008;9 (4):97-137.

49. Breitbar W, Gibson C, Berg A. Psychotherapeutic intervention at the end of life: a focus on meaning and spirituality. Psychiatry Jan. 2004;49 (6):336-72.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.3.3.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.3.41]