



## مقایسه اثربخشی درمان روایت‌مدار و ACT، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان

### Comparing the Effectiveness of Narrative Therapy and ACT, in Quality of Life and Existential Anxiety on Elders

Maysam Abdollahpour

Fariba Hafezi

Parvin Ehteshamzadeh

Farah Naderi

Reza Pasha

میثم عبدالله‌پور\*

فریبا حافظی\*\*

پروین احتشام‌زاده\*\*\*

فرح نادری\*\*\*\*

رضا پاشا\*\*\*\*

#### Abstract

The purpose of this study was to compare the efficacy of narrative therapy and acceptance & commitment therapy, on quality of life and existential anxiety on elders. This study was of an experimental design with random assignment (pre-test and post-test with control group) Type. The population included older adults residing at nursing homes. Thirty of elders were selected in a form of cluster sampling. They were randomly assigned into 3 groups of 10 members. Then they passed pre-test, by using of (WHO) quality of life questionnaire and Good's existential anxiety inventory. Afterward the first experimental group received narrative group therapy and the second experimental group received acceptance and commitment group therapy, while no intervention was administered to the control group. Compared to the control group the findings of repeated measurements-MANCOVA revealed that, NT and ACT led to an improved quality of life ( $p < 0.01$ ) and reduction of existential anxiety ( $p < 0.01$ ) on elders. Both therapeutics, significantly had the same effectiveness in quality of life ( $p > 0.05$ ) and existential anxiety ( $p > 0.05$ ) on elders. According to the results, both narrative and acceptance & commitment therapies were suitable for increasing quality of life and reducing existential anxiety on elderly people.

**Keywords:** Quality of Life, Existential Anxiety, Elders

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان‌های روایتی و مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان بود. این پژوهش از نوع تجربی با طرح (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل)، می‌باشد. جامعه آماری را سالمندان ساکن در سراهای سالمندی شهر تهران تشکیل دادند. نمونه‌ها به تعداد ۳۰ نفر، با روش خوشه‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره، شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، جای گرفتند. سپس از هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و اضطراب وجودی (EAI)، پیش‌آزمون گرفته شد و در ادامه، گروه آزمایشی یکم در معرض روایت‌درمانی گروهی و گروه آزمایشی دوم نیز در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی، قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل درمان‌های روایت-مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش کیفیت زندگی ( $P < 0.01$ ) و کاهش اضطراب وجودی ( $P < 0.01$ ) سالمندان می‌شوند. از طرف دیگر هر دو روش درمانی به صورت معنادار بر کیفیت زندگی ( $P > 0.05$ ) و اضطراب وجودی ( $P > 0.05$ ) سالمندان اثربخشی یکسانی داشتند که با توجه به اثربخش بودن هر دو شیوه درمانی مبتنی بر رویکرد روایتی و مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان از آن‌ها به منظور افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب وجودی سالمندان استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، اضطراب وجودی، سالمندان

\*دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران  
\*\*نویسنده مسؤل: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران  
\*\*\*استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران  
\*\*\*\*دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران

## مقدمه

با وجود این که توجه به سالمندان و مشکلات آنان در حوزه پزشکی دارای قدمتی طولانی است، در حال حاضر رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده و تأثیر بسیار عمیقی که این پدیده بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و روانی جوامع بشری می‌گذارد، زمینه دیدگاه‌های چندجانبه‌ای همچون نگرش‌های اجتماعی و روان‌شناختی به این موضوع فراهم آمده است. در حقیقت، در کنار نگرش فیزیولوژیکی به فرآیند پیری و بررسی سالمندان برحسب تغییرات درونی آنان، می‌توان به‌وسیله نحوه تعامل آن‌ها از طریق رویکردهای اجتماعی و روان‌شناختی با جهان خارج نیز، به بررسی فرآیند پیری پرداخت (معمدی، ۱۳۸۴).

از طرفی، همراهی و تعامل ویژگی‌های زیست‌شناسانه به‌همراه خصوصیات روان‌شناختی مختص به این دوران از رشد انسان، می‌تواند منجر به اُفت کارایی بیشتر در سالمندان گردد. به‌عنوان مثال، اختلال کارکردشناختی، مانند کاهش حافظه کاری یا کنترل بازداری با تنظیم ضعیف هیجان و احساسات همراه خواهد شد که در نهایت، می‌تواند تأثیرات منفی و مخربی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد (گوتلیب و جویمان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از شعبانی، اسماعیلی، سلمان و نادری، ۱۳۹۷).

برای سالمندان، سپرده‌شدن به سرای سالمندی در سنین پیری، یک رویداد نسبتاً رایج و گاهی آسیب‌زا به‌شمار می‌آید که این امر مستلزم به‌کارگیری مهارت‌های انطباقی زیاد برای افراد مسن است. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نیز حاکی از بالابودن شاخصه‌های سلامت روان در بین سالمندانی است که به‌جای اسکان در سراهای سالمندی، در محیط خانواده زندگی می‌کنند (کوانگ و گو، ۲۰۱۳). در همین راستا، سیار و باباخانیان (۱۳۹۵) و نوحی، کریمی و ایرانمنش (۱۳۹۲)، نیز در تحقیقات خود در ایران به نتایج مشابهی دست یافتند.

افزایش جمعیت سالمندان سبب شده تا محققان و متخصصان بیش‌ازپیش، بر اهمیت توجه به سلامت سالمندان صحنه گذاشته و بر لزوم فراهم‌آوردن امکانات لازم برای خدمات ویژه به آنان تأکید نمایند. مرور زندگی در دوران سالمندی، یک پدیده طبیعی به‌شمار رفته و برای حفظ یکپارچگی ایگو الزامی است. مرور نمودن رخداد‌های زندگی در روایت‌درمانی<sup>۲</sup>، به‌عنوان یکی از گزینه‌های درمان برای افراد سالمند، چه در مکان‌هایی که شخصاً به آن مراجعه کرده‌اند و چه در مکان‌هایی همچون مؤسسات خدماتی، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (میرز و اسپچیرت، ۱۹۹۶).

همچنین، یادآوری رخداد‌های زندگی به‌عنوان یک ابزار درمانی برای سالخوردگان می‌تواند بسیار سودمند باشد و به این اқشار سنی کمک کند تا از طریق به اشتراک گذاشتن تجربیات زندگیشان در گروه‌درمانی، آن رویدادها را دوباره تجربه کرده و از یک منظر جدید آن‌ها را قالب‌بندی نمایند (بیرن و کوچران، ۲۰۰۱). ستوده، پورآقا، کافی و پورنسایی (۱۳۹۱)، در پژوهشی تحت‌عنوان «تعیین تأثیر خاطره‌گویی به شیوه گروهی بر سلامت روان مردان سالمند»، دریافتند که این رویکرد منجر به کاهش معنادار مؤلفه‌های سطح سلامت عمومی از قبیل نشانه‌های سلامت جسمانی ( $p=0/02$ ) و اضطراب ( $p=0/01$ )، در مردان سالمند گروه آزمایش می‌شود.

1. Gotlib, I. H., & Joormann, J.
2. narrative therapy

روزدار، محمودیان، پیرایه و غلامی (۱۳۹۵)، اثربخشی روایت‌درمانی را بر بهبود کیفیت زندگی بیماران افسرده شهر شیراز سنجیدند و نتایج پژوهش آنان حاکی از این بود که کاربرد رویکرد روایتی، می‌تواند تمامی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی را از قبیل؛ سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط، در بیماران افسرده بهبود بخشد ( $P \leq 1/01$ ).

در حال حاضر، رویکرد نسل سومی رفتار درمانی<sup>۱</sup> ACT، یا همان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر، در موارد بسیار زیادی به‌کار می‌رود. تحقیقات اندکی نیز منتشر شده‌اند که در آن‌ها از ACT بر روی افراد سالخورده استفاده شده است. به‌نظر می‌رسد، به‌چند دلیل، مدل ACT می‌تواند برای این گروه سنی مناسب باشد.

افراد سالمند، دارای تفاوت‌های فاحش با یکدیگر بوده و اختلال‌های روانی متنوعی را تجربه می‌نمایند، تشخیص در مورد آنان اغلب قطعی و مشخص نیست، مبتلا به انواع بیماری‌های مزمن بوده و در مجموع، این میزان تغییرات و نواقص تجربه‌شده در سال‌های پایانی زندگی بیشتر نیز می‌گردد. بنابراین، ماهیت فراتشخیصی ACT و تمرکز آن بر تفاوت‌های فردی در پاسخ‌دادن به درمان‌دگی به شیوه‌های مختلف، به‌جای تمرکز بر حل مشکلات یا تغییر دادن فکر و آگاهی‌بخشیدن و آموزش پذیرش به سالمندان در خصوص محدود بودن مدت زمان زندگی آنان، باعث شده تا این استدلال ایجاد گردد که به‌کاربردن ACT، دارای تناسب بیشتری با تغییرات رشدی در افراد مسن‌تر است (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶).

علاوه‌براین، استفاده از ACT برای افراد مسن در مقایسه با افراد جوان مناسب‌تر می‌باشد. زیرا این رویکرد نسبت به درمان‌های قدیمی‌تر همچون CBT<sup>۲</sup>، از روش‌های غیرمستقیم در درمان بهره می‌برد (فلینت، ۲۰۰۵). در نهایت، اقدامات مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و ذهن‌آگاهی، به مراجعان کمک می‌کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و دارای مفهوم را برای خود ایجاد نمایند. به‌عبارت‌دیگر، تأکید این درمان، کمک به افراد، جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب می‌باشد (فلکسمن، بلکولگ و بوند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ به نقل از خدایاری‌فرد، حجازی و حسینی‌نژاد، ۱۳۹۴).

عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)، در مطالعه خود، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی زنان مطلقه مورد بررسی قرار دادند و در پایان، نتایج تحلیل کواریانس چندگانه در پژوهش آن‌ها نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد. براساس نتایج به‌دست آمده ( $P \leq 0/01$ )، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شود.

- 
1. Acceptance and Commitment Therapy
  2. Cognitive Behavioral Therapy
  3. Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W.

براساس نتایج تحقیق کشاورز، رافعی و میرزایی (۱۳۹۷)، مشخص گردید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمون را در سطح معنادار (۰/۰۱)، کاهش دهد. این کاهش در خصوص اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کم‌رویی، اضطراب جدایی و نیاز به تأیید بیماران بسیار مطلوب بود. افزایش روزافزون جمعیت سالمندان از یک سو و تأثیر تغییر سبک زندگی نوین و اثرات روانی و اجتماعی حاصل از آن بر روی این گروه سنی از سوی دیگر، محقق را بر آن داشت تا با استفاده از نسل‌های جدیدتر روان‌درمانی، به دنبال ارائه خدمات روان‌شناختی مناسب برای این دسته از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در محیط‌های خدمات مراقبتی، نظیر سراهای سالمندی باشد. هدف از انجام این پژوهش نیز، مقایسه اثربخشی درمان‌های روایتی و مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان ساکن در سرای سالمندان بود.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیق تجربی با طرح (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) می‌باشد. جامعه آماری شامل سالمندان ساکن در سراهای سالمندی شهر تهران بود و نمونه‌ها به تعداد ۳۰ نفر، مطابق با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در ابتدا شهر تهران (مطابق با الگوی سازمان بهزیستی)، به چند ناحیه که در واقع، همان خوشه‌ها بودند، تقسیم شد و در مرحله بعد، یک ناحیه (خوشه) به صورت تصادفی انتخاب گردید. سرانجام مجدداً به صورت تصادفی از میان خانه‌های سالمندی آن ناحیه، یکی انتخاب و تمامی نمونه‌ها که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند نیز، از آن سرای سالمندی گزینش شدند. آزمودنی‌های انتخاب شده در مرحله پیشین، به شیوه گمارش تصادفی ساده در سه گروه ۱۰ نفره مجزا شامل؛ دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، جای گرفتند. از تمامی اعضاء سه گروه، پس از توجیه و تشریح کامل مراحل پژوهش و کسب رضایت کتبی و با رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پیش‌آزمون گرفته شد و در ادامه، دو گروه آزمایشی در معرض متغیرهای مستقل (روایت‌درمانی گروهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی)، قرار گرفتند و گروه کنترل نیز هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. پس از اتمام فاز اعمال متغیرهای مستقل، از آزمودنی‌ها، پس‌آزمون به عمل آمد و حدود یک‌ماه‌ونیم بعد نیز، آزمون پیگیری انجام شد.

### ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (*WHOQOL-BREF*): این ابزار توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی پرسشنامه کیفیت زندگی ساخته شد. این مقیاس، یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را سنجیده و دارای چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی می‌باشد. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای

1. World Health Organization Quality Of Life-Bref (WHOQOL-BREF)

استاندارد بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل شود و نمره بالاتر نیز نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. پایایی بازآزمایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، در پژوهشی معادل ۰/۷، به‌دست آمد. همچنین، روایی همزمان برای خرده‌مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۶، سلامت روانی ۰/۹۱، ارتباط اجتماعی ۰/۸۹ و سلامت محیط ۰/۱۴ محاسبه شد (اسچ، اُسن و دوریس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از مدنی و حجتی، ۱۳۹۴).

پرسشنامه اضطراب وجودی<sup>۲</sup> (EAI)، این پرسشنامه توسط گود و گود (۱۹۷۴) و به‌منظور سنجش میزان اضطراب‌هایی از قبیل مرگ، تنهایی، احساس گناه، پوچی و نداشتن معنا در زندگی ساخته شد. این مقیاس ۳۲ ماده‌ای، میزان اضطراب را به‌صورت دو-ارزشی (جواب غلط و صحیح)، محاسبه نموده و نمره اضطراب وجودی برای هر فرد از مجموع پاسخ‌های صحیح به‌دست می‌آید.

هالت<sup>۳</sup> (۱۹۹۴)؛ به نقل از نیکدانش؛ دوازده امامی، قیداری، بختیاری و محمدی (۱۳۹۶)، روایی این پرسشنامه را با همبسته‌کردن با ترکیب آزمون‌هایی همچون هدفمندی در زندگی، پیگردی اهداف معرفتی و افسردگی محاسبه کرد و میزان این همبستگی چیزی در حدود ۰/۶۶ بود. نورعلیزاده و جان‌بزرگی (۱۳۸۹)، این آزمون را در پژوهش خود به روش آلفای کرونباخ، اعتباریابی کردند که مقدار این ضریب برابر با (۰/۸۸)، به‌دست آمد. منظور از روایت‌درمانی (NT) در این پژوهش، ۱۰ جلسه درمان یک‌ساعت‌ونیم است که با اقتباس از برنامه درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰)، به‌صورت گروهی و هفته‌ای دو جلسه به‌شرح جدول ۱، به اجرا درآمد.

### جدول ۱- خلاصه جلسات پروتکل روایت‌درمانی گروهی

جلسه	موضوع	محتوا
۱	آشنایی مقدماتی	معارفه اعضاء گروه، توضیح قوانین گروه، تعیین رهبر گروه، آموزش و تشریح فرآیند روایت‌درمانی گروهی.
۲	داستان زندگی	بیان داستان سرشار از مشکل مرتبط با سختی‌های دوران کهنسالی و زندگی در سرای سالمندان، نام‌گذاری مشترک مشکل با کمک مراجعان، برون‌سازی مشکل و جداسازی آن از هویت افراد گروه.
۳	رویدادهای مهم زندگی	توصیف روایت‌های کوچکتر، بررسی عقاید و عکس‌العمل اعضاء گروه در مقابل رویدادهای مهم زندگی، به‌کارگیری زبان برون‌سازی در مقابل رویدادهای ناگوار، بررسی ارتباط اعضاء با افراد مهم زندگی در گذشته و حال.
۴	ساخت‌شکنی	کمک به کسب آگاهی، قدرت و احساس عاملیت در اعضاء گروه، در نظرگرفتن مسائل سیاسی، فرهنگی و اجتماعی، به چالش کشیدن داستان‌ها، به‌کارگیری زبان برون‌سازی.
۵	ابتکار	بررسی موارد منحصربه‌فرد و استثناهای دیدن داستان‌ها از منظری دیگر، نوشتن نامه‌های پست نشده و خواندن آن در جلسه در صورت تمایل، عضویت مجدد افراد مهم زندگی که تأثیرگذار بوده‌اند و پایان عضویت افرادی که تأثیر منفی داشته‌اند.

1. Esch, L. V., Oudsten, B. D., & Devries, J.
2. Existential Anxiety Inventory (EAI)
3. Hullett, A. M.

جلسه	موضوع	محتوا
۶	پیامدهای بی‌همتا	پرسشگری تأثیرگذار برای شناسایی پیامدهای بی‌همتا، یادآوری خاطرات فراموش‌شده، برجسته‌سازی پیامدهای بی‌همتا، بررسی ارتباط پیامدها با دیگران، بسط‌دادن پیامدهای بی‌همتا به زمان حال، استفاده از زبان برون‌سازی.
۷	بازسازی روایت زندگی	یادآوری مجدد خاطرات فراموش‌شده که بیانگر پیامدهای بی‌همتا در زمینه مشکل بوده‌اند و برجسته‌سازی مجدد پیامدهای بی‌همتا، اتخاذ موقعیت نسبت به مشکل برای ایجاد داستان جایگزین.
۸	بازنویسی داستان زندگی	بازنویسی روایت زندگی از گذشته تا حال.
۹	ایجاد روایت جدید	بازگویی چندین‌باره روایت جدید، غنی‌سازی و تشبیه داستان جایگزین، آموزش برای زندگی کردن با روایت خلق‌شده.
۱۰	جمع‌بندی	بحث گروهی درباره تغییرات ایجادشده، صحبت درباره برنامه‌های آینده، خاتمه درمان.

منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در این پژوهش عبارت است از: ۱۰ جلسه درمان یک‌ساعت‌ونیم که به شکل گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه، براساس روش هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۰۳)، که خلاصه آن در جدول ۲ آمده است، برای آزمودنی‌ها به اجرا گذاشته شد.

### جدول ۲- خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
۱	خوش‌آمدگویی، آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، گرفتن اطلاعات، شرح قوانین و مقررات گروه، تعیین رهبر گروه.
۲	آموزش و تشریح فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و توضیح نکات، اصطلاحات، اهداف و محورهای اصلی درمان.
۳	بحث در مورد تجربه‌های افراد و ارزیابی میزان تمایل آنان برای تغییر، معرفی ذهن به‌عنوان دنیای درون.
۴	توضیح مفهوم ارزش و تفاوت آن با هدف و استفاده از استعاره‌های مرتبط، شناسایی و بررسی ارزش‌های افراد براساس میزان اهمیت آن‌ها، شناسایی موانع رسیدن به ارزش‌ها.
۵	بررسی سیستم کنترل-اجتناب افراد، استفاده از تکنیک درماندگی خلاق، توضیح در مورد دنیای بیرون و شیوه‌های اجتناب از تجربه‌های دردناک و آگاهی از پیامدهای این اجتناب، استفاده از استعاره‌ها و تکنیک‌های ارتباط با زمان حال و اکنون.
۶	اجرای استعاره‌های مربوطه در خصوص در نظرگرفتن خود به مثابه بافت و زمینه، تشریح مفهوم ذهن-آگاهی به همراه اجرای برخی از تکنیک‌ها.
۷	معرفی پذیرش یا تمایل به‌عنوان بدیلی برای کنترل، تشریح تفاوت پذیرش با تحمل و تسلیم، استفاده از استعاره و تکنیک‌های مربوط به پذیرش.
۸	اجرای استعاره‌های مربوطه در خصوص مفهوم گسلش‌شناختی، تمرین جداسازی ارزیابی‌ها از تجارب شخصی، اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت کردن.
۹	برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به تغییرات رفتاری و شناختی ایجادشده و پیگیری ارزش‌ها.
۱۰	جمع‌بندی مطالب، بحث گروهی درباره تغییرات ایجاد شده و نتایج به‌دست آمده، درخواست از اعضا برای بیان برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی، خاتمه درمان.

به منظور تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده، با استفاده از نرم افزار آماری Spss، از شاخص های آمار توصیفی و استنباطی، شامل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر بهره گرفته شد و قبل از آن نیز آزمون های آماری مربوط به پیش فرض های این تحلیل شامل نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس- کوواریانس، همگنی واریانس گروه ها، همگنی واریانس ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد اجرا و بررسی قرار گرفت.

### یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش شامل، شاخص های آماری همانند میانگین و انحراف استاندارد، برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در دو گروه آزمایش و گروه گواه، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- شاخص های توصیفی برای متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب وجودی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۱۵۷/۱۲	۱۹/۲۸	۱۳۳	۱۹۰
		پس آزمون	۱۸۵/۱۲	۱۸/۱۱	۱۵۵	۲۰۹
	روایت درمانی	پیش آزمون	۱۷۳/۶۲	۲۱/۵۵	۱۴۱	۲۰۸
		پس آزمون	۲۲۳/۷۵	۱۳/۳۱	۱۹۷	۲۴۱
اضطراب وجودی	گروه گواه	پیش آزمون	۱۶۷/۳۷	۴۰/۱۲	۱۲۰	۲۴۰
		پس آزمون	۱۶۹/۲۵	۳۷/۵۲	۱۲۴	۲۲۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۲۲/۸۷	۴/۰۱	۱۷	۲۹
		پس آزمون	۱۴/۳۵	۳/۵۷	۹	۱۸
روایت درمانی	پیش آزمون	۲۲/۷۵	۵/۱۷	۱۶	۳۰	
	پس آزمون	۱۴/۰۰	۴/۰۳	۹	۲۱	
گروه گواه	پیش آزمون	۲۱/۵۰	۵/۵۸	۱۴	۲۹	
	پس آزمون	۲۱/۰۰	۵/۲۳	۱۶	۲۹	

جدول ۴- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر وابسته	گروه	شاپیرو-ویلک		گروه	شاپیرو-ویلک	
		آماره P	آماره		آماره P	آماره
کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۵۸	۰/۹۳	کیفیت زندگی	۰/۹۷	۰/۹۱
		۰/۶۴	۰/۹۴		۰/۹۴	۰/۶۶
اضطراب وجودی	گروه گواه	۰/۸۶	۰/۹۶	اضطراب وجودی	۰/۹۴	۰/۶۲
		۰/۶۴	۰/۹۴		۰/۶۲	۰/۹۴

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۴ حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیری بود.

نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر کیفیت زندگی ( $F=1/86$ ) و اضطراب وجودی ( $F=0/39$ )، برقرار است. قبل از تحلیل کوواریانس پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیونی برای کیفیت زندگی ( $F=1/94$ ) و اضطراب وجودی ( $F=2/56$ ) و رابطه خطی بین متغیر همپراش و وابسته در هر دو متغیر کیفیت زندگی ( $F=9/20$ ) و اضطراب وجودی ( $F=31/17$ )، مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین نتایج آزمون ام-باکس در جدول ۵ نیز، حاکی از همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرهای وابسته بود ( $F=0/9$ ).

جدول ۵- نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس (باکس)

ام-باکس	F	df 1	df 2	سطح معناداری
۴۲/۳۷	۰/۹۰	۳۰	۱۳	۰/۶۱

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مرحله پس‌آزمون

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلائی	۱/۶۶	۱۳/۰۹	۱۰	۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۰	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۱	۱۶/۰۹	۱۰	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۰	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۱۷/۶۷	۱۹/۴۴	۱۰	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۰	۱/۰۰
بزرگترین ریشه‌روی	۱۴/۹۵	۳۸/۸۸	۵	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۰	۱/۰۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه (اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه‌روی) معنادارند. به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و آزمودنی‌های گروه کنترل، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/01$ ). همان‌گونه که جدول ۶ نشان می‌دهد، اندازه اثر در این پژوهش برابر با مقدار آماره اثر پیلائی، معادل ۰/۸۳۰ و توان آزمون نیز برابر ۱/۰۰ گزارش گردید.

جدول ۷- نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	۱۴۳۲۲/۷۹	۲	۷۱۶۱/۳۹	۲۲/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱	
اضطراب وجودی	۲۴۵/۳۴	۲	۱۲۲/۶۷	۱۷/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹	



همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک-متغیری برای تمامی متغیرهای وابسته، معنادار است ( $P < 0/01$ ). اندازه اثر شاخص کیفیت زندگی برابر  $0/68$  با توان آزمون ۱ و اندازه اثر شاخص اضطراب وجودی معادل  $0/60$  و توان آزمون آن نیز  $0/99$  به دست آمد.

جدول ۸- نتایج آزمون LSD در مرحله پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
۱. کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل روایت‌درمانی و کنترل	۶/۲۰	۱/۴۴	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی	۷/۵۸	۱/۳۶	۰/۰۰۰۱
۲. اضطراب وجودی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۶/۹۹	۱/۸۳	۰/۰۰۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی	۸/۳۷	۱/۷۳	۰/۰۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی	۲/۴۸	۱/۸۱	۰/۵

مطابق با جدول ۸، تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی در متغیر کیفیت زندگی، معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). به این معنا که هر یک از دو شیوه درمانی به کار رفته، بر کیفیت زندگی اثرگذار بوده‌اند. همچنین، تفاوت بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی، در متغیر کیفیت زندگی معنادار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ ); بنابراین این دو شیوه درمانی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها، اثربخشی یکسانی داشته‌اند.

همچنین، تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت‌درمانی، در متغیر اضطراب وجودی نیز معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هر یک از دو شیوه درمانی به کار رفته در این پژوهش، بر اضطراب وجودی آزمودنی‌ها اثرگذار بوده‌اند. اما تفاوت بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر روایت‌گری غیرمعنادار است ( $P > 0/05$ ); بنابراین این دو نوع شیوه درمانی، همانند کیفیت زندگی، بر اضطراب وجودی آزمودنی‌ها نیز اثربخشی یکسانی داشته‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان‌های روایتی و مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان ساکن در سراهای سالمندی شهر تهران بود. براساس نتایج تحقیق صورت گرفته، تفاوت میانگین گروه کنترل با گروهی که درمان مبتنی بر روایت را دریافت نموده بود، در متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). به این معنا که رویکرد روایت‌درمانی، باعث بهبود سطح کیفیت زندگی سالمندان شده است. نتایج این پژوهش با شواهد پژوهشی (قادری، نیک‌بخت و ولدبیگی، ۱۳۹۵) و (گنچالوز، ریبیریو، سیلوا، مندس و سوسا، ۲۰۱۶) همسوست.

در جریان درمان روایت‌محور، به افراد کمک می‌شود تا دیدگاهی مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌ای نسبت به شرایط و بیماری‌های خود پیدا کرده و محیط اطراف خود را بهتر ارزیابی نمایند. همچنین، این درمان با فراهم‌آوردن

شرایطی جهت تخلیه روانی، ابراز هیجانی نسبت به روایت‌های آسیب‌زا در طول زندگی، موجب می‌شود تا افراد داستان زندگی خود را که سرشار از غم بوده و نکات منفی را در برداشته است با روایت داستان جایگزین که بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید می‌نماید، تعویض نموده؛ بنابراین برداشت واقع‌بینانه‌تری نسبت به رویدادهای آسیب‌زای زندگی خود داشته و این امر موجب خواهد شد تا کیفیت زندگی آنان ارتقاء یابد (امانی، ۱۳۹۶).

در این پژوهش، تفاوت میانگین گروه کنترل با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی متغیر کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده ( $P < 0/01$ )، به این معنا که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث بهبود سطح کیفیت زندگی سالمندان شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله کبیری‌نسب و عبدالله‌زاده (۱۳۹۶)، مطابقت دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به فرد کمک می‌نماید تا ارزش‌های اساسی خود را در زندگی مشخص کرده و وی را متقاعد می‌سازد که متعهد شود تا فعالیت‌های جدیدی را برای رسیدن به آن ارزش‌ها انجام دهد. این فعالیت‌ها مستلزم فرآیندهای اصلی این درمان شامل پذیرش، نبود آمیختگی‌شناختی، ذهن‌آگاهی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان بافت و زمینه است. به‌عبارت‌دیگر، ارزش‌ها و انگیزه رسیدن به آن‌ها موجب تسهیل در سایر فرآیندهای ACT شده و در مجموع، تمامی این عوامل در کنار یکدیگر منجر به ارتقاء سطح کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود (هیز، پیستورلو و لوین، ۲۰۱۲).

همچنین، میانگین گروه کنترل با گروه روایت‌درمانی، در متغیر اضطراب وجودی و در مرحله پس‌آزمون معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). به این معنا که این شیوه درمانی، بر اضطراب وجودی سالمندان اثربخشی مناسبی داشته که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های (کوک، ۲۰۱۳) و (مقیمی و حقیقت، ۱۳۹۶)، همسوست.

با توجه به این اصل که هدف درمان روایت‌محور، توجه‌دادن افراد به باورهای ناکارآمد و تغییر دادن آن‌ها از طریق بیرونی‌کردن و ناتوان‌سازی مشکل و همچنین، بررسی آن از زوایای مختلف و در نتیجه، خلق روایت و تفسیری جدید و تألیفی دوباره برای روایت داستان زندگی است؛ بدین‌سبب، دیدگاه تازه‌ای که در مقابل واقعیت‌ها ایجاد می‌شود، موجب روابط بین‌فردی مؤثرتر شده و عواطف منفی نظیر اضطراب، ترس و نگرانی را کاهش می‌دهد (قوامی، فاتحی‌زاده، فرامرزی و نوری، ۱۳۹۳).

مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، تفاوت میانگین گروه کنترل با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در متغیر اضطراب وجودی در مرحله پس‌آزمون معنادار شده است ( $P < 0/01$ ). به این معنا که این درمان بر اضطراب وجودی سالمندان، اثربخشی و ماندگاری داشته است. نتایج به‌دست آمده، با یافته‌های پژوهش‌های (مک‌کراکن و مارتینز، ۲۰۱۱) و (توکلی و حیدری، ۱۳۹۴)، مطابقت دارد.

از منظر ACT، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی‌ای دارد که به‌وسیله همجوئی‌شناختی و اجتناب تجربی ایجاد شده است. تمایل به جذب تجارب ذهنی یا جنگیدن با آن‌ها از طریق اجتناب، از عوامل به‌وجودآمدن آسیب روانی می‌باشد. در خصوص ریشه اضطراب، برخی از صاحب‌نظران معتقدند که در حقیقت تلاش مضاعف افراد برای اجتناب از تجربه اضطراب است که این امر، باعث تشدید و تداوم علائم اضطراب خواهد شد (توهینگ، ۲۰۱۲).

با توجه به این که فرضیه اصلی این تحقیق بر مقایسه اثربخشی دو شیوه درمانی روایت‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد بنا شده است، پژوهشگر با مقایسه میانگین نمرات گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر به این نتیجه رسید که تفاوت بین دو گروه آزمایشی روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در متغیر کیفیت زندگی ( $P > 0/05$ ) و همچنین، متغیر اضطراب وجودی ( $P > 0/05$ ). در مرحله پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین هر دو شیوه درمانی در مقام مقایسه، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی آزمودنی‌ها، اثربخشی یکسانی داشته‌اند. در راستای اطمینان از صحت نتایج به دست آمده در خصوص معنادار نبودن تفاوت میانگین دو نوع رویکرد درمانی مورد استفاده در این پژوهش، اندازه اثر محاسبه شده نیز برای مقایسه NT و ACT، در شاخص کیفیت زندگی، معادل  $0/68$  و در شاخص اضطراب وجودی، برابر  $0/60$  محاسبه گردید که مطابق جدول تفسیر اندازه اثر، هر دو در حد بالا بوده و تفاوت آن‌ها نیز مقدار جزئی  $0/08$  می‌باشد که از لحاظ اختلاف مقادیر نیز، نزدیک به هم هستند. بنابراین، اثربخشی مشابه دو روش درمانی تأیید می‌شود.

با عنایت به این که در خصوص مقایسه این دو نوع درمان بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی، قبلاً تحقیقی انجام نشده است؛ از این رو، نمی‌توان در مورد همسوبودن یا نبودن نتایج این فرضیه با سایر پژوهش‌ها بحث نمود. تبیین اثربخشی یکسان دو روش درمانی را می‌توان از چند منظر بررسی کرد. در ابتدا می‌توان به تشابه دو روش درمانی در ماهیت و همچنین تا حدودی در روش اجرا اشاره نمود.

دو شیوه درمانی مورد بحث، از درمان‌های نسل جدید و نوین بوده و برخلاف روش‌های رایج سنتی و کلاسیک روان‌درمانی، به حذف کامل و سرکوب فکر و عوامل مزاحم نمی‌پردازند؛ بلکه در آن‌ها سعی بر کنار آمدن و پذیرفتن شرایط سخت مطرح شده و آموزش داده می‌شود. هر دوی این درمان‌ها تشخیص‌محور نبوده و اعتقاد چندانی به طبقه‌بندی اختلالات روانی DSM ندارند. NT و ACT، به صورت مستقیم بر روی نشانه‌های اختلالات روانی و برای حذف آن‌ها تلاش نمی‌کنند؛ بلکه ایجاد تغییر در این درمان‌ها یک اثر جانبی به‌شمار می‌آید.

در رویکرد روایتی، روند تغییر شامل فرایند انتقال از یک روایت به روایتی دیگر است، روایت فرد افسرده؛ غمگین، پوچ و توأم با روحیه‌ای خسته‌کننده می‌باشد. بنابراین، روایت‌درمانی، با تخریب مؤلفه‌های فوق به بازسازی روایتی شاد، امیدوار و پرانرژی و جایگزینی آن با روایت‌های سرشار از مشکل گذشته، کمک نمود تا هنگامی که شرکت‌کنندگان این فنون را فرا بگیرند، بتوانند خود را با سهولت بیشتر از زاویه‌ای دیگر نگریند و متقابلاً تنش‌ها و فشار کمتری را تجربه نمایند.

در حقیقت برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، به بیماران آموزش می‌دهد تا رفتارهایی را شناسایی نمایند که به نوعی تهدیدکننده زندگی است و تلاش می‌نماید که راه‌حل‌های انعطاف‌پذیری را برای تغییر این شرایط به کار ببرد. آموزش پذیرش و تعهد که متضمن حل مسئله شناختی- رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجان‌ها و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل است، موجب می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکل‌های را در خود تقویت کنند (ساری‌زاده، ۱۳۹۵).

همسو با مقایسه این دو شیوه درمانی به لحاظ ماهیت، توجه به جنبه‌های مشترکشان به لحاظ روش اجرا و نیز با توجه به گروهی بودن، اثربخشی یکسانی بر متغیرهای مورد مطالعه داشته‌اند. گروه شرايطی را فراهم می‌آورد که در آن افراد می‌توانند آزادانه و بدون نگرانی نظرات و عقاید خود را ابراز کنند، نظرات دیگران را بشنوند و احساس همدلی بیشتری داشته و در تجربه‌های یکدیگر سهیم شوند. حضور در گروه همگن، این امکان را به آن‌ها می‌دهد تا از بازخوردهای دیگران نسبت به خود آگاه شده و در نهایت، شناخت بیشتری نسبت به خود کسب نمایند (گلدارد، ۱۳۹۶)،

در نهایت، در تبیینی دیگر در راستای اثربخشی یکسان دو روش درمانی NT و ACT، می‌توان چنین اظهار داشت که تناسب و سازگاری این دو روش درمانی برای سالمندان که جامعه هدف این تحقیق بودند، موجب اثربخشی و تأثیر مشابه شده است. با در نظر داشتن این نکته که با افزایش سن، سالمندانی که به حیات دید منفی دارند، به این دوره به‌عنوان پایان راه می‌نگرند، به‌خصوص وقتی شاهد مرگ دوستان هم‌سن‌وسال، همسر و نزدیکانشان باشند. در نتیجه، رویکردهایی نظیر روایت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، قادرند با استفاده از درونی‌سازی مفهوم پذیرش و یا بیرونی‌سازی معضله‌های زندگی افراد، منجر به تغییر نگرش سالمندان شده و کاهش اضطراب وجودی در آنان را به همراه آورند.

درمان مبتنی بر رویکرد روایتی همچون درمان مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در گروه سالمندان، با توجه به ویژگی‌های جسمی و روان‌شناختی آنان و از طرفی انجام گروهی هر دو شیوه درمانی، اثر ماندگاری بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد. زیرا حضور در جمع و برقراری ارتباط نزدیک با افراد دیگر به‌هنگام مواجهه با آموزش و درمان، در افزایش مهارت‌های ارتباطی افراد بسیار تأثیرگذار بوده است.

در پایان، ذکر دو نکته در رابطه با محدودیت‌های پژوهش لازم به‌نظر می‌رسد. اول این که با توجه به تعداد نمونه، امکان بررسی نتایج به تفکیک جنسیت وجود نداشت. همچنین، از آنجایی که کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سراهای سالمندی با سایر سالمندان متفاوت است، باید در تعمیم‌دهی این نتایج به سایر سالمندان نیز احتیاط لازم صورت گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، این پژوهش به تفکیک جنسیت و نیز به تفکیک محل زندگی سالمند که آیا در سرای سالمندی زندگی می‌کند یا خیر، به‌صورت مقایسه‌ای انجام گردد.

## منابع

- امانی، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی مواجهه‌درمانی روایتی بر بهبود حساسیت اضطرابی، واکنش‌پذیری به استرس و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی*.
- توکلی، ح.، و حیدری، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن و اضطراب در سالمندان. مقاله ارائه‌شده در دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول. بازیابی شده از <https://www.civilica.com/Papers-IBSCONF02>
- خدایاری‌فرد، م.، حجازی، ا.، و حسینی‌نژاد، ن. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره‌شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء‌مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۶۱-۷۵، (۲)۶.

روزدار، ا.، محمودیان، ح.، پیرایه، ل.، و غلامی، آ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران افسرده شهر شیراز. *فصل‌نامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*. ۱۱(۱۰)، ۳۵-۴۴.

ساری‌زاده، م. ص. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر کیفیت زندگی و بهزیستی بیماران با نارسیایی مزمن کلیوی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.*

ستوده، ا.، پورآقا، ف.، کافی، م.، و پورنسیایی، غ. (۱۳۹۱). اثربخشی خاطره‌گویی به شیوه گروهی بر سلامت روان مردان سالمند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. ۱۵(۳۲)، ۶۷-۶۱.

سیار، ث.، و باباخانیان، م. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. ۳۴(۴۰۰)، ۳۳-۱۱۲۸.

شعبانی، ف.، اسماعیلی، ع.، سلمان، ز.، و نادری، ع. (۱۳۹۷). تأثیر شدت‌های مختلف خفیف و متوسط تمرین مقاومتی حاد بر کنترل بازداری سالمندان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۹(۲)، ۱۶۱-۱۴۲.

عزیزی، آ.، و قاسمی، س. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه‌حل‌مدار، شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. *فصل‌نامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۸(۲۹)، ۲۳۶-۲۰۷.

قادری، ک.، نیک‌بخت، ع.، و ولدییگی، ا. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر روایت‌درمانی گروهی بر میزان رضایت از زندگی مردان سالمند مستقر در مرکز سالمندان. *فصل‌نامه پرستاری سالمندان*. ۳(۳)، ۱۰۳-۹۱.

قوامی، م.، فاتحی‌زاده، م.، فرامرزی، س.، و نوری، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی بر اضطراب اجتماعی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی. *فصل‌نامه روان‌شناسی مدرسه*. ۳(۳)، ۷۳-۶۱.

کیبیری‌نسب، ی.، و عبدالله‌زاده، ح. (۱۳۹۶). تأثیر درمان پذیرش‌وتعهد بر کیفیت زندگی، افسردگی مرگ و شرم درونی سالمندان، ششمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، تهران: انجمن روان‌شناسی ایران.

کشاورز، ح.، رافعی، ز.، و میرزایی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد بر اضطراب فراگیر. *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی پایتخت*. ۱۷(۳)، ۲۹۶-۲۸۹.

گلدارد، د. (۱۳۹۶). *مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره/آموزش و کاربرد مهارت‌های خرد در مشاوره فردی، (ترجمه سیمین حسینیان). تهران: کمال تربیت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱)*

مدنی، ی.، و حجتی، س. (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۶(۲)، ۶۰-۳۹.

معتمدی، ع. (۱۳۸۴). نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۲۲(۴)، ۱۸۹-۲۰۳.

مقیم، پ.، و حقیقت، س. (۱۳۹۶). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *بیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*. ۲(۷)، ۱۰-۱.

نوحی، ع.، کریمی، ط.، و ایرانمنش، ص. (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان. *فصل‌نامه سالمند*. ۱۸(۳۱)، ۲۴-۳۱.

نورعلیزاده، م.، و جانبرزگی، م. (۱۳۸۹). رابطه اضطراب وجودی و اضطراب مرضی و مقایسه آن‌ها در سه گروه افراد بزهکار، عادی و مذهبی. *فصل‌نامه روان‌شناسی و دین*. ۳(۲)، ۴۴-۲۹.

نیکدانش، م.، دوازده امامی، م.، قیداری، م.، بختیاری، م.، و محمدی، ا. (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*. ۳۸۴-۳۹۳، (۶)۲۸.

## References

- Birren, J. E., & Cochran, K. N. (2001). Telling stories of life through guided autobiography groups. Baltimore, MD: John Hopkins university press.
- Cook, K. (2013). The effect of narrative therapy on depression in young girls. *Journal of Clinical Psychology*. 56(1), 104-115.
- Flint, A. (2005). Generalized anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & Aging*; 22(2), 101-114.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2016). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*. 26(4), 425-435.
- Good, L. R., & Good, K. C. (1974). A preliminary measure of existential anxiety. *Psychological Reports*. 34(1), 72-74.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 49(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). Acceptance and commitment therapy. New York: The Guilford press.
- Kwang, Y. S., Gue, M. O. (2013). A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city Korea. *Journal of Community Health Nurs Acad Society*. 17(1), 47-57.
- McCracken, L. M., & Martinez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy*. 49(4), 267-274.
- Myers, J., & Schwiebert V. (1996). Competencies for gerontological counselors. Alexandria, V. A. American counseling association.
- Roberts, L. S., & Sedley B. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults. *Clinical Case Studies*. 15(1), 53-67.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Instruction. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19(4), 499-507.
- White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic. New York: Chapter one, Norton publication.
- WHOQOL group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 28, 551-558.