



## اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سالمندان ساکن در خانه سالمندی

✉ **دکتر فریا حافظی**

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز

**دکتر فرح نادری**

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز

**میثم عبدالله‌پور**

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز

**دکتر پروین احتشام‌زاده**

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز

**دکتر رضا پاشا**

دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز

کاهش اضطراب وجودی و بهبود باورهای غیرمنطقی تأثیر بسزایی در سلامت روان سالمندان دارد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال مقایسه اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی افراد سالخورده بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۷، جامعه آماری پژوهش را شامل شدند که تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل ۱۰ نفره جای گرفتند. درمان‌های روایت‌مدار و مبتنی بر تعهد و پذیرش هر کدام ۱۰ جلسه و هفته‌ای دو نوبت اجرا شدند. یک ماه و نیم بعد از پس‌آزمون نیز آزمون پیگیری به عمل آمد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب وجودی گود و باورهای غیرمنطقی جونز استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که هر دو روش درمانی به صورت معنادار در کاهش اضطراب وجودی ( $P < 0/01$ ) و باورهای غیرمنطقی ( $P < 0/01$ ) شرکت‌کنندگان اثربخش بوده‌اند. با این حال اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش باورهای غیرمنطقی بیشتر بود ( $P > 0/05$ )، در حالی‌که هر دو روش درمانی اثربخشی یکسانی بر اضطراب وجودی داشتند ( $P < 0/05$ ). به نظر می‌رسد درمان‌های گروهی روایت‌مدار و مبتنی بر تعهد و پذیرش به سبب شباهت در ماهیت و شیوه اجرا و تناسب با شرایط سالمندان مورد پژوهش، اثربخشی مناسب و یکسانی بر اضطراب وجودی داشته‌اند. به نظر می‌رسد که علت تناسب بیشتر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش باورهای غیرمنطقی نیز مربوط به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سالمندان می‌باشد.

دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۳

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها: درمان روایت‌مدار، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اضطراب وجودی، باورهای غیرمنطقی، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

عبدالله‌پور، م، حافظی، ف، احتشام‌زاده، پ، نادری، ف، و پاشا، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سالمندان ساکن در خانه سالمندی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۴)، ۳۳۵-۳۲۳.

میثم عبدالله‌پور، دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ فریا حافظی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ پروین احتشام‌زاده، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ فرح نادری، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ رضا پاشا، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فریا حافظی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: febram315@yahoo.com

است که این آمار در سال ۲۰۵۰ به حدود دو میلیارد نفر خواهد رسید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹). افزایش جمعیت سالمندان سبب شده تا پژوهشگران و متخصصان

جهان در سایه پیشرفت‌های علمی، شاهد افزایش جمعیت سالمندان است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را حدود هفتصد میلیون نفر عنوان کرده

رفته رفته بر اهمیت توجه به سلامت سالمندان صحه گذاشته و بر لزوم فراهم آوردن امکانات لازم برای خدمات ویژه به آنان تأکید نمایند. با وجود اینکه توجه به سالمندان و مشکلات آنان در حوزه پزشکی دارای قدمتی طولانی است، در حال حاضر از یک طرف رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده، و از طرف دیگر تأثیر بسیار عمیقی که این پدیده بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و روانی جوامع می‌گذارد، زمینه نگرش‌های چندجانبه‌ای مثل نگرش‌های اجتماعی و روان‌شناختی به این موضوع را فراهم آورده است. در حقیقت در کنار نگرش زیست‌شناسانه به فرآیند پیری و بررسی شخصیت سالمندان بر حسب تغییرات درونی آنان، می‌توان به وسیله نحوه تعامل آنها از طریق رویکردهای اجتماعی و روان‌شناختی با جهان خارج نیز به بررسی فرآیند پیری پرداخت (معمدی، ۱۳۸۴). بنابراین یکی از حوزه‌های مهم سلامت سالمندان، بُعد روانی آنان می‌باشد که نیازمند توجه خاصی، به ویژه، پیشگیری از اختلال‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب و احساس یأس و ناامیدی در آنها است (صدری، خزان و درگاهی، ۱۳۹۵). برای سالمندان، سپرده شدن به سرای سالمندی در سنین پیری، رویدادی به نسبت رایج و گاهی آسیب‌زا به شمار می‌آید که این امر مستلزم به‌کارگیری مهارت‌های انطباقی زیاد برای افراد مسن است. نتایج پژوهش‌های انجام شده نیز حاکی از بالا بودن شاخصه‌های سلامت روان در سالمندانی است که به جای اسکان در سراهای سالمندی در محیط خانواده زندگی می‌کنند (سیل، سیم، آک و یانگ، ۲۰۰۳؛ کوانگ و گو، ۲۰۱۳؛ سان، ۲۰۰۱). در همین راستا، سیار و باباخانیان (۱۳۹۵)، نوحی، کریمی و ایرانمنش (۱۳۹۲)، و مؤمنی و کریمی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش‌های خود در ایران به نتایج مشابهی دست یافتند. طبق نظر کالکینز و کاسلا (۲۰۰۷) سهیم شدن محل زندگی با دیگران و از دست دادن استقلال، دو مشکل قابل توجهی هستند که شخص مسن باید با آنها مواجه شود و این مشکل‌ها در نهایت می‌توانند باعث بروز اختلال‌های روانی شده و به عزت نفس و بهزیستی فرد سالمند لطمه بزنند.

اندیشه اضطراب وجودی<sup>۱</sup> از فلسفه وجودگرایی به ویژه نظریه کرکگور و نیچه در قرن نوزدهم میلادی ریشه گرفته و به احساس نگرانی، ترس و وحشت ناشی از تفکر در مورد بزرگترین سؤالات زندگی مانند (من چه کسی

هستم؟) و یا (چرا اینجا هستم؟) اشاره دارد. به عقیده گود و گود (۱۹۷۴) اضطراب وجودی از ناامیدی، بیگانگی و احساس پوچی سرچشمه می‌گیرد. یکی از جنبش‌های فلسفی اجتماعی دوران معاصر که به عنوان واکنشی به رویکردهای مصرف‌گرایی، از خودبیگانگی، اسارت بشر و عدم توجه به دغدغه‌های انسان مطرح شد، هستی‌گرایی و انسان‌گرایی بود. از جمله مسائل سالمندان مواجهه با معضل معنای زندگی، چپستی هدف زندگی، ارزش‌های اخلاقی، غایت زندگی، غایت رنج، تنهایی هستی‌گرایانه، یکپارچگی، رضایت از تمامیت زندگی و اضطراب مرگ می‌باشد که همگی از شاخصه‌های اضطراب وجودی هستند (ویمز، کاستا، دهون و برمن، ۲۰۰۴). از این رو توجه اندیشمندان رشد به دوران سالمندی و توجه به هیجان‌های ورود به این دوره تا حدی متأثر از دو جنبش انسان‌گرایانه و هستی‌گرایانه است. بنابراین از محوری‌ترین مسائل هستی‌گرایی، اضطراب بنیادین بشر است. اضطراب به مثابه بخش جدایی‌ناپذیر زندگی دیده می‌شود (اسپینلی، ۲۰۰۷).

باورهای غیرمنطقی<sup>۲</sup> باورهایی هستند که دو ویژگی اصلی دارند. اول اینکه توقع‌های خشک و تعصب‌آمیزی هستند که به طور معمول با کلمات «باید» و «به‌طور حتم» بیان می‌شوند و این نوع از تفکر، برای فرد الزام‌آور است. دوم اینکه فلسفه‌های خودآشفته‌سازی هستند که به طور معمول توقع‌هایی ایجاد می‌نمایند که موجب انتساب‌های بسیار نامعقول و بیش از حد تعمیم‌یافته می‌شوند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹/۱۳۹۷). سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله از رشد یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به باورهای سالمندان و کیفیت زندگی در آنان نیز امر مهمی است که به صورت عمده مورد غفلت واقع می‌شود. افراد با بالا رفتن سن ممکن است در رویارویی با استرس و چالش‌های دوران سالمندی، رفتاری از خود نشان دهند که با نگرش یا سیستم شناختی آنها متفاوت باشد. به همین دلیل برای رهایی از تنشی که به واسطه این ناهماهنگی شناختی مضاعف شده است، نگرش‌ها و باورهای خویش را متناسب با اعمال‌شان تغییر می‌دهند که این امر ممکن است مشکل‌هایی را برایشان پدید آورد (بندورا<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از آزادی، ۱۳۹۰).

<sup>2</sup> irrational beliefs

<sup>3</sup> Bandura

<sup>1</sup> existential anxiety

استفاده از روایت‌درمانی<sup>۱</sup> در روان‌شناسی بالینی رایج بوده و سابقه‌ای طولانی دارد (هولمز، ۲۰۰۰). مرور زندگی در دوران سالمندی نیز یک پدیده طبیعی به شمار رفته و برای حفظ یکپارچگی «من»<sup>۲</sup> لازم است. مرور رخدادهای زندگی در روایت‌درمانی به عنوان یکی از گزینه‌های درمان برای افراد سالمند، چه در مکان‌هایی که به صورت شخصی به آن مراجعه کرده‌اند و چه در مکان‌هایی مانند مراکز خدماتی، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (میرز و اسپچیرت، ۱۹۹۶). همچنین یادآوری رخدادهای زندگی به عنوان یک ابزار درمانی می‌تواند برای سالخوردگان بسیار سودمند باشد و به این افشار سنی کمک کند تا از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه‌های زندگی‌شان در گروه‌درمانی، آن رویدادها را دوباره تجربه کرده و از یک منظر جدید آنها را قالب‌بندی نمایند (بیرن و کوچران، ۲۰۰۱). روایت‌درمانی به‌ویژه جهت کمک به افراد مسن در بازآفرینی داستان‌های زندگی‌شان آنها را یاری می‌نماید تا معنایی جدید برای زندگی خود پیدا نموده و آن را تقویت کنند (وسترهوف، بومیجر، ونبلجو و پات، ۲۰۱۰). در روایت‌درمانی شناختی، هدف از کاربرد قصه‌ها به طور روایتی، کمک به افراد برای شناخت افکار غیرمنطقی و نقش آن در آشفتگی، اضطراب و افسردگی آنها است که شامل ارزیابی فرضیه‌های مرکزی بوده و تأکید اساسی و زیربنایی آن بر تعدیل و تغییر شناخت‌های افراد از خویش و جایگزین کردن افکار منطقی و معقول است (شیلینگ، ۱۹۸۴/۱۳۹۱). یانگمی (۲۰۱۶) اثربخشی روایت‌درمانی را بر ۱۹ نفر از سالمندان ساکن در مرکز مراقبت پرستاری بررسی نمود و نشان داد که این درمان می‌تواند اضطراب مرگ در آنان را در سطح معنادار ۰/۰۱ کاهش دهد. مکنای و پاپی (۱۳۹۴) اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی گروهی را بر باورهای غیرمنطقی شرکت‌کنندگان سنجیدند و نتایج تحلیل واریانس نشان داد که این درمان اثربخش بوده است.

در حال حاضر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش<sup>۳</sup> به عنوان یک روش درمانی مؤثر در موارد بسیار زیادی به کار می‌رود که یکی از موارد آنها استفاده در کار با سالمندان است. به نظر می‌رسد به چند دلیل، مدل تعهد و پذیرش می‌تواند برای این گروه سنی مناسب باشد. افراد سالخورده 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 میزان تغییر و نواقص تجربه شده در سال‌های پایانی زندگی بیشتر می‌شود. بنابراین ماهیت فراتشخیصی این درمان و تمرکز آن بر تفاوت‌های فردی در پاسخ به درماندگی به شیوه‌های مختلف، به جای تمرکز بر حل مشکلات یا تغییر دادن فکر و آگاهی بخشیدن و آموزش پذیرش به سالمندان در خصوص محدود بودن مدت زمان زندگی آنان، باعث شده تا این استدلال ایجاد شود که به کار بردن درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، دارای تناسب بیشتری با تغییرات رشدی در افراد مسن‌تر است (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶). رویکردهای روان‌درمانی قدیمی برای اختلال‌های روانی در سالمندان دارای نواقص هستند. به عنوان مثال افراد سالخورده از میان اختلال‌های اضطرابی، بیشتر اختلال اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند تا ترس‌های خاص. از این رو به خاطر محدودیت‌های درمان‌هایی همچون درمان شناختی-رفتاری<sup>۴</sup>، به جای آن می‌توان از رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش بهره برد (ولیتزکی، کاستریوتا، لنز، استنلی و کراسک، ۲۰۱۱). علاوه بر این استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای افراد مسن در مقایسه با افراد جوان مناسب‌تر است، زیرا این رویکرد نسبت به درمان شناختی-رفتاری از روش‌های غیرمستقیم در درمان بهره می‌برد (فلینت، ۲۰۰۵). بر اساس نتایج پژوهش کشاورز، رافعی و میرزایی (۱۳۹۷) درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش 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. رسول‌زاده (۱۳۹۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود باورهای غیرمنطقی و نشانه‌های اضطراب اجتماعی را بررسی نمود و نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه می‌تواند باورهای غیرمنطقی را به میزان مطلوبی کاهش دهد ( $P < 0.01$ ).

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان از یک سو و تأثیر تغییر سبک زندگی نوین و اثر روانی و اجتماعی حاصل از آن بر این گروه سنی از سوی دیگر، پژوهشگر را بر آن داشت تا با استفاده از نسل‌های جدیدتر روان‌درمانی، به دنبال ارائه خدمات روان‌شناختی مناسب به منظور کاهش

<sup>1</sup> narrative therapy (NT)

<sup>2</sup> ego

<sup>3</sup> acceptance and commitment therapy (ACT)

<sup>4</sup> cognitive behavioral therapy (CBT)

تحصیلات شامل ۱ نفر دکتری، ۲ نفر لیسانس، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۱۲ نفر سیکل و ۶ نفر ابتدایی بود.

### ابزار

**پرسشنامه اضطراب وجودی<sup>۱</sup>**. این پرسشنامه توسط گود و گود (۱۹۷۴) به منظور سنجش میزان اضطراب‌هایی از قبیل مرگ، تنهایی، احساس گناه، پوچی و نداشتن معنا در زندگی ساخته شده و گنجی (۱۳۸۸) آن را به فارسی ترجمه نمود. این مقیاس ۳۲ ماده‌ای، میزان اضطراب را به صورت دو-ارزشی (جواب غلط صفر و صحیح یک) محاسبه می‌نماید و نمره اضطراب وجودی برای هر فرد از مجموع پاسخ‌های صحیح به دست می‌آید. در نتیجه دامنه نمرات بین صفر تا ۳۲ می‌باشد. هر چه میزان نمره این پرسشنامه بالاتر باشد، نشانگر وجود اضطراب بیشتری در افراد است. هالت (۱۹۹۴) روایی این پرسشنامه را با همبسته کردن 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 به دست آمد. همچنین همسانی درونی این پرسشنامه نیز به روش دینیمه‌سازی برابر ۰/۸۶ بدست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶۲ محاسبه گردید.

**پرسشنامه باورهای غیرمنطقی<sup>۲</sup>**. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۹ توسط جونز ساخته شده و شامل ۱۰۰ سؤال است که هر ده سؤال آن یک خرده‌مقیاس از باورهای غیرمنطقی را می‌سنجد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از توقع تأیید از دیگران، انتظار بیش از حد از خود، سرزنش خود، واکنش همراه با ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، بیش-دلوایسی اضطرابی، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمال‌گرایی. در این پرسشنامه هر عبارت به صورت پنج ارزشی در مقیاس لیکرت از به شدت مخالف تا به شدت موافق نمره‌گذاری شده و در نتیجه دامنه نمره‌ها بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ می‌باشد. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر غیرمنطقی‌تر بودن باور افراد است. پایایی این پرسشنامه توسط مرادی (۱۳۹۰) سنجیده شد که آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای آن به دست آمد. جونز با استفاده از

اضطراب وجودی و بهبود باورهای غیرمنطقی برای این دسته از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در محیط‌های خدمت‌رسانی مراقبتی نظیر سرراهی سالمندی باشد. در انجام این مطالعه فرضیه‌ها عبارت بودند از اینکه (۱) درمان روایت‌مدار بر اضطراب وجودی سالمندان تأثیر دارد، (۲) درمان روایت‌مدار بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تأثیر دارد، (۳) درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی سالمندان تأثیر دارد، (۴) درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تأثیر دارد، (۵) بین اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی سالمندان تفاوت وجود دارد و (۶) بین اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تفاوت وجود دارد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح‌بندی پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ جامعه آماری پژوهش را شامل شدند که تعداد ۳۰ نفر، مطابق با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره مجزا شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جای گرفتند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از (۱) کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در پرسشنامه‌ها (۲) سن بالای شصت سال، (۳) حداقل سطح سلامت جسمی برای شرکت در جلسات، (۴) توانایی برقراری ارتباط کلامی و دیداری، (۵) نداشتن اختلال‌های حافظه و بیماری‌های روانی، (۶) عدم مصرف قرص‌های اعصاب و روان و آرام‌بخش، (۷) شرکت داوطلبانه، (۸) سواد خواندن و نوشتن و (۹) سکونت در سرای سالمندان به صورت نیمه یا تمام وقت. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز به ترتیب شامل (۱) انصراف از همکاری به هر دلیل و (۲) غیبت بیش از دو جلسه بودند. شرکت‌کنندگان شامل ۱۸ زن و ۱۲ نفر مرد بودند که دامنه سنی آنها بین ۶۴ تا ۸۹ سال و میانگین سنی آنها نیز معادل ۷۴/۱۳ بود. گروه آزمایشی اول (درمان روایت‌محور) شامل ۵ زن و ۵ مرد با میانگین سنی ۷۶/۴، گروه آزمایشی دوم (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) شامل ۶ زن و ۴ مرد با میانگین سنی ۷۲/۵ و گروه کنترل نیز شامل ۷ نفر زن و ۳ نفر مرد بودند.

<sup>1</sup> Good's existential anxiety inventory (EAI)

<sup>2</sup> Irrational beliefs test (IBT)

است. پایایی آزمون نیز برابر ۰/۸۶ به دست آمد. در این پژوهش مقدار پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳۷ محاسبه شد.

**پروتکل درمان روایت‌مدار.** ده جلسه درمان یک ساعت و نیمه است که با اقتباس از برنامه درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰) به صورت گروهی و هفته‌ای دو جلسه به شرح جدول ۱ برای اعضا به اجرا درآمد.

**پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش.** منظور از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در این پژوهش عبارت است از ده جلسه درمان یک ساعت و نیمه که به شکل گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه، بر اساس روش هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۰۳) که خلاصه آن در جدول ۱ آمده است برای شرکت‌کنندگان به اجرا گذاشته شد.

روش آزمون مجدد مشاهده نمود که پایایی آزمون معادل ۰/۹۲ و پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه آن از ۰/۶۶ تا ۰/۸۱ و میانگین پایایی همه خرده‌مقیاس‌ها برابر ۰/۷۴ به دست آمد. نلسون (۱۹۷۷)، به نقل از صادقی، (۱۳۸۱) پایایی آزمون را خوب گزارش می‌کند زیرا نمره‌های آزمون وقتی که فرد تحت فشار است تغییر می‌کنند. دوناپوش (۱۳۷۷) در هنجاریابی مقدماتی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز، برای بررسی روایی آزمون از دو روش روایی صوری و روایی همگرا استفاده نمود که در محاسبه همبستگی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز با آزمون افسردگی بک، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برابر ۰/۸۲ بود. ساعتچی، کامکاری و عسکریان (۱۳۸۹) روایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفا ۲/۹۷ برآورد نموده

#### جدول ۱

خلاصه جلسه‌های پروتکل درمان روایت‌مدار گروهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا
<b>«درمان روایت‌مدار گروهی»</b>		
۱	آشنایی مقدماتی	معارفه اعضای گروه، توضیح قوانین و تعیین رهبر گروه، شریح فرآیند روایت‌درمانی گروهی
۲	تشریح داستان زندگی	بیان داستان سرشار از مشکل مرتبط با سختی‌های دوران کهنسالی و زندگی در سرای سالمندان، نامگذاری مشترک مشکل با کمک مراجعان، برونسازي مشکل و جداسازی آن از هویت افراد
۳	رویدادهای مهم زندگی	توصیف روایت‌های کوچک‌تر، بررسی عقاید و عکس‌العمل اعضا گروه در مقابل رویدادهای مهم زندگی، به کارگیری زبان برونسازي در مقابل رویدادهای ناگوار، بررسی ارتباط اعضا با افراد مهم زندگی در گذشته و حال
۴	ساخت‌شکنی	کمک به کسب آگاهی، قدرت و احساس عاملیت در اعضا گروه، در نظر گرفتن مسائل سیاسی، فرهنگی و اجتماعی، به چالش کشیدن داستان‌ها، به کارگیری زبان برونسازي
۵	ابتکار	بررسی موارد منحصر به فرد و استثناءها، 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
۶	پیامدهای بی‌همتا	پرسشگری تأثیرگذار برای شناسایی پیامدهای بی‌همتا، یادآوری خاطرات فراموش شده، برجسته سازی پیامدهای بی‌همتا، بررسی ارتباط پیامدها با دیگران، بسط دادن پیامدهای بی‌همتا به زمان حال، استفاده از زبان برونسازي
۷	بازسازی روایت زندگی	یادآوری مجدد خاطرات فراموش شده که بیانگر پیامدهای بی‌همتا حول مشکل بوده‌اند، برجسته سازی 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 چندین باره روایت جدید، غنی‌سازی و تثبیت داستان جایگزین، آموزش برای زندگی کردن با روایت خلق شده
۱۰	جمع‌بندی	بحث گروهی درباره تغییرهای ایجاد شده، صحبت درباره برنامه‌های آینده، خاتمه درمان
<b>«درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش»</b>		
۱	آشنایی مقدماتی	خوش آمدگویی، آشنایی اعضا و درمانگر، گرفتن اطلاعات، شرح قوانین گروه، تعیین رهبر گروه
۲	آموزش	تشریح فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و توضیح نکات، اصطلاحات، اهداف و محورهای اصلی
۳	تبادل اطلاعات	بحث حول تجربه‌های افراد و ارزیابی تمایل‌شان برای تغییر، معرفی ذهن به عنوان دنیای درون
۴	شناسایی ارزش‌ها	توضیح مفهوم ارزش و تفاوت آن با هدف و استفاده از استعاره‌های مرتبط، شناسایی و بررسی

ارزش‌های افراد بر اساس میزان اهمیت آنها، شناسایی موانع رسیدن به ارزش‌ها	
بررسی سیستم کنترل-اجتناب افراد، استفاده از فن درماندگی خلاق، توضیح در مورد دنیای بیرون و شیوه‌های اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای این اجتناب، استفاده از استعاره‌ها و فنون ارتباط با زمان حال و اکنون	۵ اجتناب تجربی
اجرای استعاره‌های مربوطه در خصوص در نظر گرفتن خود به مثابه بافت و زمینه، تشریح مفهوم ذهن‌آگاهی به همراه اجرای برخی از فنون	۶ تجزیه و تحلیل موانع انگیزی
معرفی پذیرش یا تمایل به عنوان بدیلی برای کنترل، تشریح تفاوت پذیرش با تحمل و تسلیم، استفاده از استعاره و فنون مربوط به پذیرش	۷ پذیرش
اجرای استعاره‌های مربوطه در خصوص مفهوم گسلش شناختی، تمرین جداسازی ارزیابی‌ها از تجارب شخصی، اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت کردن	۸ گسلش شناختی
برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به تغییرهای رفتاری و شناختی ایجاد شده و پیگیری ارزش‌ها	۹ عمل متعهدانه
جمع‌بندی مطالب، بحث گروهی درباره تغییرهای ایجاد شده و نتایج به دست آمده، درخواست از اعضاء برای بیان برنامه آنها برای ادامه زندگی، خاتمه درمان	۱۰ جمع‌بندی و خاتمه

## روش اجرا

یک از دو نوع رویکرد درمانی مداخله‌ای قرار گرفته و گروه کنترل ساکن در همان سرای سالمندی نیز هیچ‌گونه آموزش و یا درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام مرحله اجرای متغیرهای مستقل، از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون به عمل آمد و حدود یک ماه و نیم بعد نیز آزمون پیگیری انجام شد. ضمن اینکه در این پژوهش شرکت‌کنندگان با ریزش مواجه نشدند. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و در قسمت تحلیل آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای آزمون فرضیه‌ها بهره گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری همانند میانگین و انحراف معیار، برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

برای انجام این پژوهش پس از تأیید دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی اخذ گردید و در ادامه پژوهشگر که متخصص روان‌شناسی عمومی بود کار خود را با مراجعه به خانه‌های سالمندی شهر تهران آغاز نمود. سپس از تمامی سالمندانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه ۱۰ نفره گروه‌بندی شدند. پس از توجیه کامل مراحل پژوهش، کسب رضایت کتبی، رعایت اصول اخلاق در پژوهش سالمندان که در دو گروه آزمایشی قرار گرفته بودند، در همان خانه سالمندان محل سکونت و توسط پژوهشگر در معرض متغیرهای مستقل (گروه آزمایشی اول، دو نوبت در هفته تحت درمان روایت‌مدار گروهی یک ساعت و نیمه و گروه آزمایشی دوم نیز دو نوبت در هفته تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش گروهی یک ساعت و نیمه) و در مجموع ده جلسه برای هر

### جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه آزمایش (۱)			گروه آزمایش (۲)			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)	(م.ا)
اضطراب وجودی	۲۲/۷۵	۱۴/۰۰	۱۴/۳۷	۲۲/۸۷	۱۴/۲۵	۱۴/۵۰	۲۱/۵۰	۲۱/۰۰	۲۲/۱۲
	۵/۱۷	۴/۰۳	۲/۸۲	۴/۰۱	۵۷/۳	۳/۹۲	۵/۵۸	۵/۲۳	۶/۱۹
باورهای غیرمنطقی	۳۳۱/۱۲	۳۹۰/۱۲	۳۰۸/۳۷	۳۲۹/۳۷	۲۷۸/۰۰	۲۹۴/۲۵	۳۱۹/۱۲	۳۲۰/۶۲	۳۱۷/۸۷
	۳۴/۴۹	۲۵/۵۴	۲۶/۱۴	۴۵/۲۲	۳۱/۵۵	۳۴/۵۰	۴۳/۷۶	۳۸/۳۲	۳۴/۲۶

واریانس‌ها برای هر دو متغیر اضطراب وجودی ( $F=0/39$ ،  $P=0/67$ ) و باورهای غیرمنطقی ( $F=0/11$ ،  $P=0/89$ ) برقرار است. پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیونی برای اضطراب وجودی ( $F=10/14$ ،  $P=0/73$ ) و باورهای غیرمنطقی ( $F=3/43$ ،  $P=0/07$ ) و رابطه خطی بین متغیر همپراش و وابسته در هر دو متغیر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین نتایج آزمون ام-باکس نیز نشانگر همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای تمامی متغیرهای وابسته بود ( $F=0/9$ ،  $P=0/61$ ). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است. بنابراین برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج حاصل از آن بر روی میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ قابل مشاهده است.

طبق جدول ۲ در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین نمره‌های هر دو گروه آزمایش ۱ (درمان روایتی) و آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) از پیش‌آزمون تا آزمون پیگیری بهبود یافته است. این بهبود در هر دو متغیر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی شامل کاهش میانگین بود، اما میانگین نمره‌ها در گروه کنترل ثابت تقریبی را از پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری نشان می‌دهد. در این پژوهش پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون مورد اجرا و بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌های دو متغیر اضطراب وجودی ( $P>0/05$ ) و باورهای غیرمنطقی ( $P>0/05$ ) برای انجام تحلیل کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی

### جدول ۳

تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تفاوت میانگین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پس‌آزمون							
پیش‌آزمون		۲۰۰/۳۲	۱	۲۰۰/۳۲	۲۰/۵۲	$P<0/001$	۰/۵۰
اضطراب وجودی	عضویت گروهی	۲۶۳/۱۹	۲	۱۳۱/۵۹	۱۸/۹۸	$P<0/001$	۰/۷۲
	خطا	۱۳۸/۶۶	۲۰	۶/۹۳			
پیش‌آزمون		۱۹۲۷۴/۸۹	۱	۱۹۲۷۴/۸۹	۱۵۱/۴۲	$P<0/001$	۰/۸۸
باورهای غیرمنطقی	عضویت گروهی	۱۰۹۷۱/۵۹	۲	۵۴۸۵/۷۹	۵۳/۲۱	$P<0/001$	۰/۸۳
	خطا	۲۰۶۱/۹۳	۲۰	۱۰۳/۰۹			
پیگیری							
پیش‌آزمون		۱۶۶/۴۶	۱	۱۶۶/۴۶	۱۲/۵۰	$P<0/001$	۰/۵۰
اضطراب وجودی	عضویت گروهی	۴۱۶/۳۱	۲	۲۰۸/۱۵	۱۵/۱۱	$P<0/001$	۰/۸۷
	خطا	۲۷۵/۵۱	۲۰	۱۳/۷۷			
پیش‌آزمون		۱۵۲۸۵/۳۴	۱	۱۵۲۸۵/۳۴	۵۰/۴۸	$P<0/001$	۰/۷۱
باورهای غیرمنطقی	عضویت گروهی	۵۱۲۲/۱۳	۲	۲۵۶۱/۰۶	۱۱/۳۷	$P<0/001$	۰/۸۹
	خطا	۴۵۰۴/۹۴	۲۰	۲۲۵/۲۴			

باورهای غیرمنطقی در این مطالعه به واسطه اعمال دو روش مداخله درمانی از خود کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل نشان داده‌اند. اندازه اثر محاسبه شده بالای ۰/۷ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

همانطور که در جداول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار آماره F محاسبه شده تمامی مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای این پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد که این امر نشان می‌دهد بین گروه‌ها تفاوت معنادار برقرار است. با توجه به مقادیر میانگین آورده شده این امر مشهود است که متغیرهای اضطراب وجودی و

جدول ۴

نتایج آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنی‌دار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس‌آزمون				
اضطراب	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل	۶/۲۰	۱/۴۴	$P < 0.001$
وجودی	روایت‌درمانی و کنترل	۷/۵۸	۱/۳۶	$P < 0.001$
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و روایت‌درمانی	۱/۳۷	۱/۴۳	۰/۳۵
باورهای غیرمنطقی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل	۵۳/۴۱	۶/۲۱	$P < 0.001$
	روایت‌درمانی و کنترل	۳۹/۴۱	۵/۸۵	$P < 0.001$
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و روایت‌درمانی	۱۴/۰۰	۶/۱۴	۰/۰۳
پیگیری				
اضطراب	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل	۶/۹۹	۱/۸۳	۰/۰۲
وجودی	روایت‌درمانی و کنترل	۸/۳۷	۱/۷۳	$P < 0.001$
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و روایت‌درمانی	۱/۳۸	۱/۸۱	۰/۴۵
باورهای غیرمنطقی	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل	۳۶/۵۵	۹/۴۶	$P < 0.001$
	روایت‌درمانی و کنترل	۱۶/۵۶	۸,۹۱	۰/۰۳
	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و روایت‌درمانی	۱۹/۹۹	۹/۳۵	۰/۰۴

که هر یک از دو درمان به کار رفته بر اضطراب وجودی، اثربخشی ماندگار داشته‌اند. اما تفاوت بین دو گروه مداخله درمانی معنادار نیست ( $P > 0.05$ ). بنابراین تداوم تأثیر این دو درمان بر اضطراب وجودی شرکت‌کننده‌ها همانند مرحله پس‌آزمون یکسان بوده است. همچنین تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمانی در متغیر باورهای غیرمنطقی، در مرحله پیگیری معنادار شده است ( $P < 0.01$ )، به این معنا که هر یک از دو درمان به کار رفته بر باورهای غیرمنطقی تداوم اثر داشته و همچنین تفاوت بین دو گروه درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش معنادار است ( $P < 0.05$ )، بنابراین این دو نوع درمان بر باورهای غیرمنطقی شرکت‌کننده‌ها تداوم اثر متفاوتی داشته‌اند که با توجه به تفاوت میانگین نمرات هر یک از این گروه‌ها در مرحله پیگیری، چنین استنباط می‌گردد که همانند مرحله پس‌آزمون، مجدداً تداوم تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر باورهای غیرمنطقی بیشتر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سالمندان ساکن در سراهای

مطابق جدول ۴، تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمانی، در متغیر اضطراب وجودی و در مرحله پس‌آزمون معنادار شده است ( $P < 0.01$ ) به این معنا که هر یک از دو درمان به کار رفته بر اضطراب وجودی اثرگذار بوده‌اند. اما تفاوت بین گروه درمان روایت‌مدار و مبتنی بر تعهد و پذیرش، معنادار نمی‌باشد ( $P > 0.05$ ). بنابراین تأثیر این دو درمان بر اضطراب وجودی شرکت‌کننده‌ها یکسان بوده است. همچنین تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمانی در متغیر باورهای غیرمنطقی نیز معنادار شده است ( $P < 0.01$ )، به این معنا که هر یک از دو درمان به کار رفته بر باورهای غیرمنطقی اثرگذار بوده‌اند. همچنین تفاوت بین دو گروه مداخله درمانی، بر باورهای غیرمنطقی معنادار است ( $P < 0.05$ ). بنابراین این دو نوع درمان، اثربخشی متفاوتی بر متغیر باورهای غیرمنطقی داشته‌اند، که با توجه به تفاوت میانگین نمرات هر یک از این گروه‌ها در پس‌آزمون چنین استنباط می‌گردد که تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر باورهای غیرمنطقی بیشتر بوده است.

همچنین مطابق جدول ۴، تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه مداخله درمانی بر متغیر اضطراب وجودی در مرحله پیگیری معنادار شده است ( $P < 0.01$ )، به این معنا



فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان روایت‌مدار بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد که این یافته با پژوهش مکنای و پای (۱۳۹۴) همسو بوده و در تبیین آن می‌توان بیان داشت که با توجه به این اصل که هدف درمان روایت‌مدار توجه دادن افراد به باورهای ناکارآمدشان و تغییر باورهای آنان از طریق بیرونی کردن 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، بدین سبب دیدگاه تازه‌ای که در مقابل واقعیت‌ها ایجاد می‌شود موجب روابط بین فردی مؤثرتر شده و عواطف منفی نظیر اضطراب، ترس و نگرانی را کاهش می‌دهد (قوامی، فاتحی‌زاده، فرامرزی و نوری، ۱۳۹۳). همچنین آموزه‌های روایت‌درمانی مانند مفاهیم مهم ساختارشنکی و برخورد با پیش‌فرض‌های فرهنگی در زمینه تجدید نظر در عقاید و باورها، تعصب‌ها، پیش‌داوری‌ها، بایدها و نبایدهای غیرمنطقی می‌تواند منجر به نوعی بازسازی شناختی و در نتیجه بازنویسی داستان زندگی فرد شده و مانع از تأثیرهای سوء این عوامل بر سازگاری افراد گردد (عمادی، یزدخواستی و محرابی، ۱۳۹۴).

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد که این یافته با پژوهش توکلی و حیدری (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین آن می‌توان چنین گفت که از منظر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف‌ناپذیری روانشناختی‌ای دارد که به وسیله همجوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد شده است. تمایل به جذب تجارب ذهنی یا جنگیدن با آنها از طریق اجتناب، خود از عوامل به وجود آمدن آسیب روانی می‌باشد. در خصوص ریشه اضطراب، صاحب‌نظران معتقدند که در حقیقت تلاش مضاعف افراد برای اجتناب از تجربه اضطراب است که خود باعث تشدید و تداوم علائم اضطراب خواهد شد و در نتیجه ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری در درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی به خودی خود موجب کاهش مواجهه از طریق اجتناب شده و در نهایت اضطراب فردی نیز کاهش خواهد یافت (توهینگ، ۲۰۱۲).

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تأیید گردید که این یافته با نتایج پژوهش رحمانیان، دهستانی و

سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که هر دو درمان روایت‌مدار و مبتنی بر تعهد و پذیرش به صورت معنادار در کاهش میزان اضطراب وجودی ( $P < 0/01$ ) و کاهش میزان باورهای غیرمنطقی شرکت‌کنندگان ( $P < 0/01$ ) اثربخش بوده‌اند. با این حال اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش باورهای غیرمنطقی بیشتر بود ( $P > 0/05$ )، در حالی که هر دو درمان روایت‌مدار و مبتنی بر تعهد و پذیرش، اثربخشی یکسانی بر متغیر اضطراب وجودی سالمندان داشتند ( $P < 0/05$ ).

فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه درمان روایت‌مدار بر اضطراب وجودی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد که این یافته با پژوهش‌های یانگمی (۲۰۱۶)، مقیمی و حقیقت (۱۳۹۶)، و نایدو و شبانگوب (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در جریان درمان روایت‌محور به افراد کمک می‌شود تا دیدگاهی مثبت و واقع‌بینانه‌ای نسبت به شرایط و بیماری‌های خود پیدا کرده و محیط اطراف خود را بهتر ارزیابی نمایند. این درمان همچنین با فراهم آوردن شرایطی جهت تخلیه روانی و 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 بر داشته است با روایت داستان جایگزین که بر جنبه‌های مثبت زندگی تأکید می‌نماید تعویض نموده و در نتیجه برداشت واقع‌بینانه‌تری نسبت به رویدادهای آسیب‌زای زندگی خود داشته باشند (امانی، ۱۳۹۶). بنابراین با توجه به محدودیت‌های سالمندان ساکن در سراهای سالمندی چه به لحاظ وضعیت جسمانی و چه به لحاظ محیط که امکان فعالیت مناسب را در اختیار آنان نمی‌گذارد و از طرف دیگر، ایجاد حس تردشده‌گی و تنهایی در آنان، درمان روایت‌مدار با خلق فعالیتی متناسب و مورد علاقه افراد مسن از طریق بوجود آوردن داستان جدید زندگی و روایت آن، موجب اثربخشی این رویکرد درمانی بر روی سالمندان شده و توانسته اضطراب آنان را تا حد قابل قبولی کاهش دهد. صاحبی (۱۳۹۶) نیز در همین راستا ادعان داشته که افراد مسن‌تر اغلب با قصه و داستان، رابطه مناسبی برقرار می‌نمایند و آنچه را که به طور مستقیم پذیرا نیستند و در برابر آن مقاومت نشان می‌دهند از طریق تمثیل‌ها بسیار راحت‌تر می‌پذیرند.

تعهد و پذیرش به صورت مستقیم بر روی نشانه‌های اختلالات روانی و برای حذف آنها تلاش نمی‌کنند، بلکه در حقیقت، ایجاد تغییر در این درمان‌ها یک اثر جانبی به شمار می‌آید. 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 نیز اثربخشی یکسانی بر متغیرهای مورد مطالعه داشته‌اند. گروه شرایطی را فراهم می‌آورد که در آن افراد می‌توانند آزادانه و بدون نگرانی نظرها و عقاید خود را ابراز کنند، نظر دیگران را بشنوند و احساس همدلی بیشتری داشته و در تجربه‌های یکدیگر سهیم شوند. بودن در گروه همگن به آنها این امکان را می‌دهد تا از بازخوردهای دیگران نسبت به خود آگاه شده و در نهایت شناخت بیشتری نسبت به خود کسب نمایند (گلدارد، ۲۰۱۱/۱۳۹۶). همچنین در تبیینی دیگر در راستای اثربخشی یکسان دو روش درمانی مورد مطالعه می‌توان چنین اظهار داشت که تناسب و سازگاری این دو روش درمانی برای سالمندان که جامعه هدف این پژوهش 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 به عنوان پایان راه می‌نگرند، به خصوص وقتی شاهد مرگ دوستان هم سن و سال، همسر و نزدیکان‌شان باشند. در نتیجه رویکردهایی نظیر روایت-درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، قادرند با استفاده از درونی‌سازی مفهوم پذیرش و یا بیرونی‌سازی معضل‌های زندگی افراد، منجر به تغییر نگرش سالمندان شده و کاهش اضطراب وجودی در آنان را به همراه آورند.

فرضیه ششم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی سالمندان تفاوت وجود دارد، تأیید شد که با توجه به تفاوت میانگین نمره‌های هر یک از این گروه‌ها در پس‌آزمون، چنین استنباط می‌گردد که تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی بیشتر بوده که با توجه به اینکه تا کنون اثربخشی این دو درمان در پژوهشی بر روی باورهای غیرمنطقی مقایسه نشده است نمی‌توان در مورد همسویی یا عدم همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث نمود و در تبیین اثربخشی بهتر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش چنین به نظر می‌رسد که از آنجایی که طبق نظر الیس (۱۹۹۶) انواع باورهای

علوی (۱۳۹۷) همخوانی نداشته و با پژوهش ظفری و کردستانی (۱۳۹۵)، رسول‌زاده (۱۳۹۳)، خبازی (۱۳۹۴)، و گلستانی، محمدیان و فخری (۱۳۹۶) همخوانی دارد که در تبیین آن می‌توان گفت افرادی که دارای عقاید غیرمنطقی زیادی هستند در مقایسه با کسانی که عقاید غیرمنطقی کمتری دارند در شرایط استرس‌زا دچار آشفتگی هیجانی بیشتری می‌شوند. همچنین عقاید غیرمنطقی با شرایط استرس‌آمیز با یکدیگر در تعامل هستند و هر باور غیرمنطقی در شرایط مربوط به خود، آشفتگی بیشتری را ایجاد خواهد کرد (اسمیت، هوستون و زوراسکی، ۱۹۸۴). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی با آموزش به افراد این امکان را می‌دهد که در وهله اول با تغییر روابط، تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. مزیت روش درمان تعهد و پذیرش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶).

فرضیه پنجم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان روایت‌مدار و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب وجودی سالمندان تفاوت وجود دارد، تأیید نشد که این امر دلالت بر تأثیر یکسان این دو روش درمانی بر اضطراب وجودی سالمندان دارد. با عنایت به اینکه پیش از این اثربخشی این دو درمان در پژوهشی بر روی اضطراب مقایسه نشده است نمی‌توان در مورد همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث نمود و در عوض تبیین اثربخشی یکسان دو روش درمانی را از چند منظر بررسی می‌نماییم. در ابتدا می‌توان به تشابه دو روش درمانی در ماهیت و همچنین تا حدودی در روش اجرا اشاره نمود. هر دو شیوه درمانی مورد بحث از درمان‌های نسل جدید و نوین بوده و بر خلاف اکثر 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 تشخیص محور نبوده و اعتقاد چندانی به طبقه‌بندی اختلالات روانی ندارند. درمان‌های روایت‌مدار و مبتنی بر

با سرطان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

پروچاسکا، ج. ا.، و نورکراس، ج. س. (۱۳۹۷). نظریه‌های روان‌درمانی (ترجمه ی. سیدمحمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹)

توکلی، ح.، و حیدری، ف. (۱۳۹۴). اسفند. اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد مزمن و اضطراب در سالمندان. مقاله ارائه شده در دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول. بازایی شده از <https://www.civilica.com/Papers-IBSCONF02>

خبازی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی و تعهد زناشویی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرکرد (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه فردوسی، مشهد.

دوناپوش، ع. (۱۳۷۷). هنجاریابی مقدماتی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز برای دانش‌آموزان پسر و دختر دبیرستان-های دولتی شهرستان یاسوج (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت معلم، تهران.

رحمانیان، م.، دهستانی، م.، و علوی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر باورهای غیرمنطقی و سوگیری توجه نسبت به محرک‌ها با بار هیجانی منفی در دختران نوجوان. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۷(۱۳)، ۱۰۲-۸۹

رسول‌زاده، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نشانه‌های اضطراب اجتماعی، جرات‌ورزی و باورهای ناسازگار با توجه به نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجانی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تبریز.

ساعتچی، م.، کامکاری، ک.، و عسکریان، م. (۱۳۸۹). آزمون-های روان‌شناختی. تهران: نشر ویرایش.

سیار، ث.، و باباخانیان، م. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۴(۴۰۰)، ۱۱۳۳-۱۱۲۸.

شیلینگ، ل. (۱۳۹۱). نظریه‌های مشاوره (ترجمه خ. آرین). تهران: اطلاعات. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۴)

صاحبی، ع. (۱۳۹۶). قصه‌درمانی/گستره تربیتی و درمانی تمثیل. تهران: ارجمند.

صادقی، ن. (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه تحریفات شناختی و تفکرات ناکارآمد در مردان معتاد به مواد مخدر و افراد عادی

غیرمنطقی عامل اصلی مشکل‌های انسانی است، رویدادها و اتفاقات‌های پیرامون افراد باعث تنش نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و حوادث است که منجر به بروز اضطراب و افکار پریشان در آنها شده و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. او ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلال‌های رفتاری و روانی انسان‌ها را در باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارند، می‌داند و از دیدگاه وی باورها در اصل به دو دسته منطقی و غیرمنطقی تقسیم می‌شوند. همچنین از منظر ایلیس باورهای منطقی باورهای کارآمدی هستند که به افراد کمک می‌کنند تا به اهداف مهم، واقع‌گرایانه، منطقی و انعطاف‌پذیر خود دست یابند. بنابراین از آنجاکه هدف غایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز حرکت از سمت انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به انعطاف‌پذیری می‌باشد، در نتیجه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قادر است تا از طریق نهادینه کردن شش فرآیند اصلی در درمان و در نتیجه آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی، موجب اثربخشی بهتر بر باورهای غیرمنطقی شود.

در پایان ذکر دو نکته در رابطه با محدودیت‌های پژوهش لازم به نظر می‌رسد. اول اینکه 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، به صورت مقایسه‌ای انجام شود.

### سپاس‌گزاری

بدینوسیله از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

آزادی، ع. (۱۳۹۰). رابطه باورهای غیرمنطقی با کیفیت خواب و کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت.

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

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

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

مکناوی، ف.، و پاپی، ح. (۱۳۹۴، مهر). اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی گروهی بر باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان دختر پایه سوم متوسطه. مقاله ارائه شده در اولین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، شیراز. بازیابی شده از [https://www.civilica.com/Paper-ICPE01-ICP01\\_205](https://www.civilica.com/Paper-ICPE01-ICP01_205)

مومنی، خ.، و کریمی، ح. (۱۳۸۹). مقایسه سلامت روانی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهر کرمانشاه. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۴(۴)، ۳۳۵-۳۲۸.

نوحی، ع.، کریمی، ط.، و ایرانمیش، ص. (۱۳۹۲). مقایسه ترس از مرگ در سالمندان ساکن منازل با سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اصفهان. *فصلنامه سالمند*، ۸(۳۱)، ۳۱-۲۴.

نورعلیزاده، م.، و جانبزرگی، 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.

Birren, J. E., & Cochran, K. N. (2001). *Telling stories of life through guided autobiography groups*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Calkins, M., & Cassella, C. (2007). Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursinghomes. *Gerontologist*, 47, 169-183.

Ellis, A. (1996). The humanism of rational emotive behavior therapy and other cognitive behavior therapies. *Journal of Humanistic Education and Development*, 32(2), 69-88.

Flint, A. (2005). Generalized anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & Aging*, 22, 101-114.

Good, L. R., & Good, K. C. (1974). A preliminary measure of existential anxiety. *Psychological Reports*, 34, 72-74.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance

(پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت معلم، تهران.

صدری، ا.، خزان، ک.، و درگاهی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر بهزیستی هیجانی-روانی-اجتماعی مردان سالمند مقیم آسایشگاه. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۸۷-۱۹۴.

ظفری، ا.، و کردستانی، د. (۱۳۹۵، اسفند). تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش رضایت زناشویی زوجین ناخرسند. مقاله ارائه شده در دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم. بازیابی شده از [https://www.civilica.com/Paper-ESCONF02-ESCONF02\\_023](https://www.civilica.com/Paper-ESCONF02-ESCONF02_023)

عمادی، ز.، یزدخواستی، ف.، و مهرابی، ح. (۱۳۹۴). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر سازگاری با طلاق والدین، تاب‌آوری و مشکلات رفتاری-هیجانی دختران طلاق مقطع ابتدایی شهر اصفهان. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۳)، ۹۹-۸۱.

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

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

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

گلستانی، ر.، محمدیان، ا.، و فخری، م.ک. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و باورهای غیرمنطقی در بیماران اضطرابی. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱(۳)، ۵۹-۴۱.

گنجی، ح. (۱۳۸۸). *ارزشیابی شخصیت*، تهران: نشر ساوالان.  
مرادی، س. ف. (۱۳۹۰، آذر). مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در دانشجویان. مقاله ارائه شده در اولین همایش یافته‌های علوم شناختی دانشگاه فردوسی، مشهد. بازیابی شده از [https://www.civilica.com/Paper-CCSE01-CCSE01\\_034](https://www.civilica.com/Paper-CCSE01-CCSE01_034)

- and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Holmes, J. (2000). Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence. *Medical Humanities*, 26, 92-96.
- Hullet, M. A. (1994). *A validation study of the existential anxiety scale*. Paper presented at: Psychological association Nashville, Tennessee.
- Jones, R. G. (1969). *A measure of Ellis irrational belief system with personality and maladjustment correlates*. Dissertation Abstracts International, 29, 4379B-4380B.
- Kwang Y. S., & Gu, M. O. (2013). A study on the health statue and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city Korea. *Journal of Community Health Nurs Academy Society*, 17, 47-57.
- Myers, J., & Schwiebert, v. (1996). *Competencies for gerontological counselors*. Alexandria, V.A: American Counseling Association.
- Naidua, T., & Shabangub, S. (2015). Poetry and narrative therapy for anxiety about spinal surgery. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 27(1), 75-84.
- Roberts, L.S., & Sedley, B. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults. *Clinical Case Studies*, 15(1), 53-67.
- Sil, K. Y., Sim, K. E., Ock, G. M., & Young, E. (2003). A study on the health statue and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 17(1), 47-57.
- Smith, T. W., Houston, B. K., & Zurawski, R. M. (1984). Irrational beliefs and the arousal of emotional distress. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 190-201.
- Spinelli, E. (2007). *Practicing existential psychotherapy, the relational world*. Losangeless: SAGE Publication.
- Sun, W. P. (2001). State and policy issues of home aged welfare service. *Journal of Korean Deontolog Society*, 4, 29-33.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Instruction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Dehon, C., & Berman, S. L. (2004). Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical examination. *Anxiety, Stress & Coping International Journal*, 4, 383-399.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Vanbeljouw, M. J., & Pot, A. M. (2010). Improvement in personal meaning medicates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trail. *The Geontologist*, 50(4), 541-549.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic*. New York: Chapter one, Norton publication.
- Wolitzky, T. K., Castriotta, N., Lenze, E., Stanley, M., & Craske, M. (2011). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and anxiety*, 27, 190-211.
- World health organization. (2009). *Aging and life course*; Available from: <http://www.who.int/ageing/en>.
- Youngmi, A. (2016). Effects of narrative therapy for nursing-home residents. *Health Care and Nursing*, 132, 18-23.