



The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Spiritual Therapy on Cognitive Dissonance and Feeling Loneliness in the Elderly living in Nursing Homes

Nasrin Dinarvand¹ , Ziba Barghi Irani^{1*} 

¹ Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Payame Noor University of Tehran, Iran

Article Info

Article History

Received: 12.04.2021

Accepted: 16.07.2021

ePublished: 05.08. 2021

Keywords

Metacognitive therapy, spirituality therapy, cognitive dissonance, loneliness, elderly

How to cite this article

Dinarvand, N., & Barghi Irani, Z. (2021). The Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and spiritual therapy on cognitive dissonance and feeling loneliness in the elderly *Aging Psychology*, 7(2), 181-197.

*Corresponding Author

Ziba Barghi Irani

Email

dr.zirani1@gmail.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

With age and the onset of the elderly, people are more prone to mental disorders including feeling of loneliness, anxiety, and depression, due to numerous losses such as loss of spouse, relatives, friends, occupation, social and economic status, beliefs, etc., as well as due to the reduction of physiological functions and mobility. Accordingly, this study aims to compare the effectiveness of metacognitive therapy and spiritual therapy on cognitive dissonance and feeling loneliness in the elderly living in nursing homes. This was a quasi-experimental study with pretest-posttest follow-up (PPF) and control group design. The statistical population consisted of all the elderly, aged from 60 to 75 years living in nursing homes of Tehran, Iran, among which Kahrizak nursing home was selected using convenience sampling method. In this way, 30 aged people (three groups of 10) with an average age of 60-75 years were selected using convenience sampling along with inclusion and exclusion criteria, and were randomly assigned into two experimental and one control groups. Participants were exposed to eight 90-minute sessions (2 sessions a week) of Wells' metacognitive therapy and Boalhari's spirituality therapy. The follow-up step was conducted one month after the posttest step. Utilized to collect data were Harmon-Jones dissonance arousal reducing questioner and Dehshiri et al.'s loneliness questionnaires. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni post-hoc test in SPSS-22. The results demonstrated that both metacognitive therapy and spiritual therapy groups had a significant difference with control group in terms of the components of cognitive dissonance and feeling of loneliness in posttest and follow-up steps ($P < 0.05$). However, there was no significant difference between two groups of metacognitive therapy and spiritual therapy in terms of the components of cognitive dissonance and loneliness ($P > 0.05$). Given the findings of this study, metacognitive therapy and spiritual therapy can be effective in reducing cognitive dissonance and loneliness in the elderly.



مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان

نسرین دیناروند^۱، زیبا برقی ایرانی^{۱*}

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام‌نور تهران، ایران. (مقاله مستخرج از پایان‌نامه)

چکیده

با افزایش سن و شروع سالمندی، به دلیل وجود فقدان‌های متعدد مانند همسر، اقوام، دوستان، شغل، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، باورها و اعتقادات و همچنین کاهش کارکردهای فیزیولوژیکی و قدرت تحرک، افراد بیش از پیش در معرض ابتلا به اختلالات روانی از جمله احساس تنهایی، اضطراب و افسردگی قرار دارند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان سنین ۶۰-۷۵ سال ساکن سراهای سالمندان شهر تهران بود که از میان آنها سرای سالمندان کهریزک به صورت در دسترس انتخاب شد. به این ترتیب، ۳۰ فرد سالمند (سه گروه ۱۰ نفره) با میانگین سنی ۶۰-۷۵ سال با روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. فراشناخت درمانی ولز و معنویت درمانی بوالهری و همکاران در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) برگزار شد. پس از گذشت یک ماه از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به عمل آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ناهماهنگی شناختی هارمون-جونز و احساس تنهایی دهشیری و همکاران استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد بین گروه فراشناخت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی و بین گروه معنویت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.05$)؛ اما بین دو گروه فراشناخت درمانی با معنویت درمانی در مؤلفه‌های ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$). با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش فراشناخت درمانی و معنویت درمانی می‌توانند در کاهش ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مؤثر واقع شوند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۵

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۰/۰۵/۱۴

کلیدواژه‌ها

فراشناخت درمانی، معنویت درمانی، ناهماهنگی شناختی، احساس تنهایی، سالمند

نحوه ارجاع به مقاله

دیناروند، ن.، و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۱۸۱-۱۹۷.

* نویسنده مسئول

زیبا برقی ایرانی

(مقاله برگرفته از پایان‌نامه)

پست الکترونیکی

dr.zirani1@gmail.com

متناقض و متضاد نداشته باشند. از نظر سورین و تانکارد (۲۰۰۵)، ناهماهنگی شناختی زمانی ایجاد می‌شود که نگرش‌های فرد نسبت به منبع اطلاعات و موضوع مورد نظر مشابه است، اما اظهار نظر مطرح شده در منبع اطلاعات، برخلاف نظر شخص است. مطالعات نشان داده‌اند که ناهماهنگی شناختی با متغیرهای اساسی مانند سبک‌های تبادل اجتماعی (شجاع فرد، ۱۳۹۹)، تغییر نگرش افراد در موقعیت‌های مختلف (منصوری‌سپهر و همکاران، ۱۳۹۷)، سبک‌های تصمیم‌گیری (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۳) و همچنین ویژگی‌های شخصیتی افراد (اردکانی و همکاران، ۱۳۹۲) رابطه دارد و می‌تواند تعیین کننده میزان ناهماهنگی شناختی افراد باشد. ویژگی‌های شخصیتی سالمندان به ویژه افرادی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، می‌تواند عامل مهم و تعیین کننده‌ای در میزان احساس تنهایی آنها باشد.

تنهایی پدیده‌ای است که ممکن است در تمام مراحل زندگی رخ دهد، اما یک مشکل جدی برای برخی از سالمندان می‌باشد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶). سالمندان احساس تنهایی را بنا به دلایل مختلف از قبیل نقص‌های جسمی و از دست دادن نزدیکان و کمرنگ شدن ارتباطات تجربه می‌کنند. شواهد نشان می‌دهند احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال آن را بر حسب سن و جنس تجربه می‌کنند (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). این احساس، عامل مهمی در بروز یا تقویت بیماری‌های دوران سالمندی است. نتایج نشان می‌دهند تنهایی و سلامتی سالمندان با کیفیت زندگی آنها مرتبط است و احساس تنهایی سلامت فیزیکی و ذهنی سالمند را کاهش می‌دهد (لئو و جیو، ۲۰۰۷). افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه، در برآوردن نیاز به تعلق مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که با «احساس تنهایی» نشان داده می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهند احساس تنهایی مترادف با زندگی کردن به تنهایی نیست. احساس تنهایی هنگامی رخ می‌دهد که تعاملات مهم و معنادار اجتماعی از نظر کمی یا کیفی دچار نقصان شود. طبق پژوهش‌های انجام شده، شایع‌ترین علل تنهایی، بیماری، مرگ همسر و نداشتن دوستان است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد تنهایی از تغییرات زندگی اجتماعی و همچنین رویدادهای زندگی

سالمندی از مراحل حساس در تحول روانی انسان است که تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی را به همراه دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). پدیده سالمندی نتیجه سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود (صفاری‌نیا و همکاران، ۱۳۹۵). شناسایی عوامل مؤثر بر مسائل سالمندی همانند دوره‌های دیگر زندگی اهمیت خاصی دارد. جمعیت‌شناسان آغاز دوران سالمندی را از ۶۰ یا ۶۵ سالگی می‌دانند. رشد تعداد افراد سالمند به قدری قابل توجه است که به عنوان انقلاب ساکت توصیف شده است (هارفوس و همکاران، ۲۰۰۹). سالمندی در جهان امروز و به‌ویژه در کشورهای صنعتی به عنوان پدیده قرن تجلی یافته است؛ زیرا ارتقای استانداردهای رفاهی و کیفیت زندگی، افزایش امید به زندگی را تا مرز ۸۰ سال و بیشتر موجب شده است (قادری و مصطفایی، ۱۳۹۳). به طوریکه سازمان ملل در سال ۲۰۰۹ جمعیت سالمند جهان را ۷۵۰ میلیون نفر برشمرده است و پیش‌بینی می‌کند این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید (کوشیار و همکاران، ۱۳۹۱). طبق جدیدترین آمارهای سرشماری مرکز آمار ایران (۱۳۹۵) جمعیت سالمند ایران به طور تقریبی ۵ میلیون نفر گزارش شده است و طی مدت ۳۰ سال، نسبت جمعیت سالمند ایران به کل جمعیت دو برابر شده است و این رشد جمعیت سالمند همچنان با شیب تندی ادامه دارد. بنابراین افزایش جمعیت سالمندان، توجه متخصصان را به نیازهای اولیه آنان از جمله نیازهای بهداشتی، عاطفی و روانی جلب کرده که رفع چنین نیازهایی، مستلزم شناخت بهتر سالمندان و تمام ابعاد زندگی آنان است (احدی و جمهری، ۱۳۹۰).

یکی از اختلالاتی که موجب درد و رنج سالمندان می‌شود، ناهماهنگی شناختی است. ناهماهنگی شناختی وضعیتی را شرح می‌دهد که در آن دو یا چند شناخت (شامل نگرش، باور، ارزش و رفتار) به نحوی در تعارض قرار دارند که یکی متضاد با دیگری واقع می‌شود (ایگان، ۲۰۱۰). از نظر فستینگر (۱۹۵۷) ناهماهنگی شناختی هم یک نیاز روان‌شناختی و هم پایه نیازهای جسمانی مانند خوردن و نوشیدن است. ناهماهنگی، یک فرآیند شناختی برای حل و فصل خطاهایی است که در سیستم باورهای سالمندان رخ می‌دهد (لیانگ، ۲۰۱۶).

کرچ و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند وقتی در نظام شناختی تعادل وجود دارد که عناصر آن نظام با هم رابطه

فرد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند اشاره دارد. فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل‌ناپذیری، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. یکی از درمان‌های فراشناختی مؤثر و کوتاه مدت که اخیراً برای اضطراب و افسردگی مطرح شده، درمان فراشناختی ولز می‌باشد (ولز، ۲۰۰۹) بر اساس این رویکرد باید در درمان از راهبردهایی استفاده کنیم که فرد را قادر سازیم تا رابطه جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند. وظیفه درمانگر در این رویکرد، تغییر دادن فراشناخت‌هایی است که سبک‌های ناسازگارانه تفکر منفی تکرار شونده و غیر قابل کنترل را به راه می‌اندازند. برخلاف درمان‌های شناختی، درمان‌های فراشناختی بدون توجه به محتوای اختلال صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کنند و برای کاهش سایر مقوله‌های باورها (مثل مسئولیت‌پذیری افراطی، کمال‌گرایی و غیره) تلاش نمی‌کنند. باورهای اضطراب و افسردگی، پیامد باورهای فراشناختی ناپهناج‌تلقی می‌شوند (مایرز، ۲۰۰۵). در اختلال‌های اضطراب و افسردگی، افراد ممکن است برای جلوگیری از فاجعه، افکار خود را سرکوب نمایند یا سعی کنند به شیوه دیگری فکر کنند. باورهای فراشناختی بیماران به گونه‌ای است که این تصورات خطرناک‌اند و می‌توانند موجب مصیبت شوند. در سال‌های گذشته فراشناخت‌درمانی برای کاهش احساس تنهایی (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ دیناروند، ۱۳۹۹ الف) و همچنین کاهش ناهماهنگی شناختی (شعبانی، ۱۳۹۸) به کار رفته است.

علاوه بر این، یکی دیگر از راه‌های کاهش اختلالات روان‌شناختی دوره سالمندی معنویت درمانی است. معنویت اشاره به شیوه‌ای دارد که افراد معنی و هدف زندگی خود را جستجو و بیان می‌کنند و در آنها اتصال با خود، دیگران، طبیعت و روحانیت یا تقدس را تجربه می‌کنند (پوچالسکی و همکاران، ۲۰۱۴). مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت درمانی یکی از روش‌های درمانی است که می‌کوشد تا با استفاده از مفاهیم و فنون شناخت‌درمانی جهت اصلاح انحرافات، خطاها و باورهای شناختی که مانع پرداختن واقع‌گرا به اضطراب‌های وجودی نظیر پیش‌بینی‌ناپذیری و غیرقابل کنترل بودن امور، مرگ، بی‌معنایی و تنهایی می‌شود، عمل کرده و در نهایت با کمک به پذیرش رنج و معنی آفرینی مثبت برای آنکه از طریق تصحیح باورها و

طبیعی و سختی‌های ناشی از پیری حاصل می‌شود (ساویکو، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داده‌اند که احساس تنهایی با متغیرهای اساسی سالمندان همچون سلامت معنوی (کاوسیان و همکاران، ۱۳۹۷)، سلامت اجتماعی (معتدی و همکاران، ۱۳۹۷)، مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی (میردریکوند و همکاران، ۱۳۹۵)، مهاجرت فرزندان (ضرغامی و محمودیان، ۱۳۹۵) و سلامت عمومی (مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۰) رابطه دارد. براساس نظر روان‌شناسان، هر کوششی که به رفع احساس تنهایی سالمندان منجر شود، سدی در برابر موج مشکلات پیچیده روان‌شناختی افراد سالمند است و از سوی دیگر، باعث بهبود سلامت آنان می‌شود (ایلز و همکاران، ۲۰۱۴).

سرانجام، سالمندان از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند و بازنشستگی آنها وقتی با دوری از خانواده همراه باشد با احساس طردشدگی، گوشه‌گیری و تنهایی و در نهایت به افسردگی منجر خواهد شد. این شرایط به‌ویژه در سالمندان مقیم سراهای سالمندان به‌طور بارزتری دیده می‌شود. به عبارتی دیگر، شیوع احساس تنهایی در سالمندانی بیشتر است که انتظاراتشان از ملاقات با فرزندان و خانواده‌شان برآورده نمی‌شود و از رابطه با آنها راضی نیستند (کاسیو و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین وقتی افراد پا به سن می‌گذارند و از نظر جسمی، عاطفی و شناختی ضعیف‌تر می‌شوند، باید برای جلوگیری از عوارض نامطلوب این موقعیت‌های فشارزا و بهبود زندگی آنان تدابیری اندیشیده شود. از جمله این برنامه‌ریزی‌ها روان‌درمانی‌های متعددی است که برای مشکلات سلامت روان سالمندان وجود دارد که بعضی از آنها در تجارب و پژوهش‌های بالینی اثرمندی خود را به اثبات رسانده‌اند.

در سال‌های اخیر درمان‌های زیادی برای ارتقای هماهنگی شناختی و کاهش احساس تنهایی سالمندان به کار رفته است که از میان آنها می‌توان به روان‌درمانی مثبت‌نگر (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹)، آموزش ذهن‌آگاهی (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۸) و درمان وجودی (صدری دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵) اشاره کرد. اما یکی از درمان‌های ارائه شده در این پژوهش فراشناخت درمانی است که به نظر می‌رسد در کاهش ناهماهنگی شناختی مؤثر باشد. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که

سال ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران بود، که از بین آنها سرای سالمندان کهریزک به علت در دسترس بودن انتخاب و از میان سالمندان ۶۰-۷۵ سال ساکن در آنجا با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش ۵۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از بین افرادی که واجد معیارهای ورود پژوهش بودند تعداد ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه (فراشناخت درمانی، معنویت درمانی و گروه کنترل) گمارش شدند. در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود عبارت بودند از (۱) سن بین ۶۰ تا ۷۵ سال، (۲) عدم وجود اختلال ذهنی و آلزایمر، (۳) توانایی برقراری ارتباط، (۴) رضایت به شرکت در پژوهش، (۵) توانایی تکمیل پرسش‌نامه و توانایی شرکت در جلسات مداخله. ملاک‌های خروج شامل (۱) عدم تمایل جهت حضور یا انصراف از ادامه کار در جلسات و (۲) غیبت بیش از یک جلسه در طول مداخلات بود. کمترین و بیشترین سن افراد به ترتیب ۶۰ و ۷۵ سال بود. ۵۰ درصد گروه نمونه را مردان و ۵۰ درصد را زنان تشکیل دادند.

ابزار

پرسش‌نامه ناهماهنگی شناختی^۱. پرسش‌نامه ناهماهنگی شناختی یک مقیاس جدید تفاوت‌های فردی مرتبط با فرایند ناهماهنگی است که بر مبنای مدل نظری عمل‌مدار (متمرکز بر عمل) توسط هارمون و جونز (۲۰۰۸) بر اساس نظریه ناهماهنگی شناختی لئون فستینگر (۱۹۵۷) ساخته شده است. هارمون و جونز موارد ایجادکننده برانگیختگی ناهماهنگی و موارد کاهش ناهماهنگی را به وجود آوردند، به علاوه به ایجاد مؤلفه‌های سنجش واکنش در سه الگوی ناهماهنگی که معمولاً بیشتر استفاده می‌شوند-پذیرش القایی، انتخاب آزاد/تصمیم دشوار و توجیه تلاش-پرداختند. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه و دو خرده مقیاس انگیزتگی شناختی و ناهماهنگی شناختی است و از نوع مداد کاغذی و خود گزارشی می‌باشد که به صورت گروهی اجرا می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود. حداقل و حداکثر نمره کسب شده از این پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۲۵ و ۱۲۵ است. نمرات کمتر از ۳۶ نشان دهنده افزایش برانگیختگی افراطی و افزایش ناهماهنگی و نمرات بیشتر از ۶۶ نشان دهنده کاهش برانگیختگی افراطی و کاهش

تصورات انسان‌واره افراد از خدا ممکن است به سازگاری رنج‌دیدگان کمک کند (دهخدا، ۱۳۹۲؛ به نقل از رستمی و همکاران، ۱۳۹۷). در سال‌های اخیر معنویت درمانی برای کاهش احساس تنهایی سالمندان (دشت‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۵؛ دیناروند، ۱۳۹۹ب) به کار رفته است.

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 برای این دسته از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در محیط‌های خدمت‌رسانی مراقبتی نظیر سراهای سالمندی باشد. از سوی دیگر، به دلیل آنکه ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی متغیرهای کلیدی در زندگی افراد به‌ویژه سالمندان محسوب می‌شود و پژوهش‌های انجام شده تأثیر مداخلات فراشناخت و معنویت درمانی را بر این متغیرها بصورت مستقل در سنین مختلف بررسی کرده است و تا کنون پژوهشی که تأثیر آنها را بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی در سالمندان بررسی و مقایسه کند، صورت نگرفته است. بنابراین مقایسه تأثیر مداخلات فراشناختی و معنویت محور در یک روش پژوهش نیمه آزمایشی جهت تشخیص اندازه اثر هر کدام از آنها بر کاهش ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی در دوران سالمندی ضروری بنظر می‌رسد، تا مشخص شود که کدام یک از این درمان‌ها تأثیر معنادار و پایدارتری در طی زمان دارد. فرضیات پژوهش عبارتند از اینکه (۱) معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تأثیر دارد، (۲) معنویت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تأثیر دارد، (۳) فراشناخت درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تأثیر دارد، (۴) فراشناخت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تأثیر دارد، (۵) بین اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تفاوت وجود دارد، و (۶) بین اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف یک پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری داده‌ها یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان ۶۰-۷۵

¹ dissonance arousal reducing questioner (DARQ)

خرده‌مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی است. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین ضریب روایی همگرایی مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس احساس تنهایی راسل (UCLA) و پرسش‌نامه افسردگی بک برابر با ۰/۶۰ و ۰/۵۶ است. روایی سازه مقیاس احساس تنهایی نیز از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی احساس تنهایی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۶ و ۰/۷۸ محاسبه شد (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). علاوه بر این پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و مقدار آن ۰/۸۴ گزارش شد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است.

ناهماهنگی است. صفاری‌نیا و زندی (۱۳۸۹) برای آزمون اعتبار این مقیاس آن را بر روی ۵۲۸ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور تهران اجرا کردند. نتایج بررسی آنها پایایی و روایی مقیاس را تأیید کرد و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲۷ بدست آمد. ضریب پایایی خرده مقیاس برانگیختگی ناهماهنگی و کاهش ناهماهنگی را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب، برابر با ۰/۷۴ و ۰/۸۴ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و مقدار آن ۰/۸۱ گزارش شد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است.

پرسش‌نامه سنجش احساس تنهایی. مقیاس احساس تنهایی که توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) طراحی شده است، شامل ۳۸ گویه با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم است. پرسش‌نامه حاضر دارای سه

جدول ۱

جلسات فراشناخت درمانی ولز (۲۰۰۰)

جلسه	محتوا
اول	در ابتدای جلسه اول شرکت‌کنندگان معرفی و با یکدیگر آشنا می‌شوند. بعد علائم ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی ارزیابی می‌شود و نیاز و اهمیت و ضرورت درمان مشخص می‌شود.
دوم	ابتدا منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌شناختی و ارتقای حالت‌های بهنجار توضیح داده می‌شود، سپس روش‌های درمانی مختلف برای ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی با استفاده از روش فراشناختی ارزیابی می‌شود.
سوم	در جلسه سوم باورهای مثبت و منفی فراشناختی در افراد شناسایی و ارزیابی می‌شود و معایب و مزایای این باورها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.
چهارم	در ابتدای جلسه راهبردهای کنترل فراشناختی افراد، تحلیل معایب و مزایای راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده شناسایی می‌شود و سپس راهبردهای کنترل فراشناختی مفیدتر به عنوان جایگزین آموزش داده می‌شود.
پنجم	افراد کاربرد شیوه‌های فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی در برخورد با افکار و راهبردهای ناکارآمد فراشناختی را آموزش می‌بینند (افراد یاد می‌گیرند با افکار خود مانند ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).
ششم	در جلسه ششم شرکت‌کنندگان با راهبردهای نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوار ذهنی و نگرانی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد (ببر سفید) و پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه به تعویق انداختن نگرانی آشنا می‌شوند.
هفتم	در ابتدای جلسه افراد با نشانگان بی‌توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی آشنا می‌شوند، سپس به آنها فنون آموزش توجه به افراد و آموزش این شیوه به افراد ارائه می‌شود.
هشتم	در جلسه پایانی شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود و موانع موجود در بکارگیری روش‌ها، علامت‌یابی و رفع آن ارائه می‌شود و در پایان جلسه پرسش‌نامه‌ها برای اجرای پس‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شود.

انتخاب شد و پس از هماهنگی با مسئولین از آنان خواسته شد تا سالمندان دارای اختلالات جسمی و روان‌شناختی را به پژوهشگر معرفی کنند. در مجموع تعداد ۳۰ سالمند ۷۵-

روش اجرا

در پژوهش حاضر از میان سراهای سالمندان شهر تهران، به دلیل در دسترس بودن، سرای سالمندان کهریزک

کردند. همچنین گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در انتهای آموزش‌ها و پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیگیری جهت رعایت اصول اخلاقی برنامه‌های آموزش به صورت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه کنترل نیز آموزش داده شد و جزوات و کاربرگ‌های مورد نظر نیز در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. خلاصه‌ای از جلسات آموزش فراشناخت درمانی و معنویت درمانی در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

۶۰ سال پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. همچنین، معیارهای حذف شرکت‌کنندگان (۱) ابتلا به اختلالات شناختی و بیماری‌های جسمی در زمان درمان که مانع شرکت فرد در جلسات شود، (۲) عدم رضایت فرد به ادامه درمان و (۳) غیبت در حداکثر ۲ جلسه درمانی می‌شدند. گروه آزمایش مداخله فراشناخت درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۰) و گروه آزمایش مداخله معنویت درمانی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل مهارت‌های معنوی بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان کتاب آموزش مهارت‌های معنوی در سرای سالمندان کهریزک به صورت گروهی دریافت

جدول ۲

جلسات معنویت درمانی بواله‌ری، غباری بناب و همکاران (۱۳۹۱)

جلسه	محتوا
اول	معرفی شرکت‌کنندگان و آشنایی با فرآیند کار و ایجاد یک رابطه دوستانه با سالمندان برای تأثیرگذاری مطالب آموزشی، پس از آن درباره بهزیستی، تعریف معنویت و معنویت‌درمانی و فواید آن توضیح داده می‌شود.
دوم	ابتدا درباره شناخت و باور خدا و اینکه او در تمام لحظات زندگی ما تأثیرگذار بوده و همراه یار و یاور ما است، توضیحاتی داده می‌شود. پس از آن مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی و دین و معنویت و تفاوت میان این دو توضیح داده می‌شود.
سوم	در ابتدا مطالب عنوان شده در جلسه قبل مرور می‌شود و درباره مطالب و تمرین‌های گفته شده بازخورد گرفته می‌شود، بعد از آن شرکت‌کنندگان با انواع خود آگاهی با ذکر مثال و توضیحات کافی (خود آگاهی جسمانی و خود آگاهی روانی) آشنا می‌شوند. سپس جدول ابعاد مختلف انسان و بیان خاطرات و تجربیات معنوی به عنوان تمرین عملی، به آنها داده می‌شود. در نهایت تکلیف خانگی مطالب ارائه شده به شرکت‌کنندگان داده می‌شود.
چهارم و پنجم	شروع جلسه با مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرینات گفته شده آغاز می‌شود. بعد از آن شرکت‌کنندگان با انواع خود آگاهی با ذکر مثال و توضیحات کافی (خود آگاهی اجتماعی و خود آگاهی معنوی) آشنا می‌شوند. بعد از آنها خواسته می‌شود جدول ابعاد مختلف انسان و بیان خاطرات و تجربیات معنوی به عنوان تمرین عملی تکمیل کنند. در آخر جلسه تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده، ارائه می‌شود.
ششم	در ابتدای جلسه ششم بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده تمرکز می‌شود. سپس درباره معنای زندگی، همراه با ذکر مثال‌های عملی از همسن و سال‌های خود و اثرگذاری معنای زندگی بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان، توضیح داده می‌شود. سپس تمرین عملی مقصود و معنای زندگی شما چیست؟ آموزش داده می‌شود و در پایان جلسه تکلیف خانگی مطالب آموزش داده شده توضیح داده می‌شود.
هفتم	شروع جلسه هفتم با مرور جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده است. سپس ویژگی‌های انسان معنوی، کارکردهای بی‌بدیل گوهر دین و معنویت در زندگی از جمله پاسخ به احساس تنهایی، بهبود ترس از مرگ، کاهش رنج و تعب و معنا دادن به زندگی آدمی بیان می‌شود. در آخر جلسه، نمونه کارکردهای معنویت در زندگی شخصی سالمندان به عنوان تکلیف خانگی داده می‌شود.
هشتم	طبق روال جلسات قبل، مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرین‌های گفته شده در جلسه قبل انجام می‌شود. سپس مطالب گفته شده در کل جلسات جمع‌بندی و بررسی می‌شود و از کل مطالب گفته و تمرین شده و راه‌های عملی ایجاد مهارت‌های معنوی برای همیشه و رسیدن به ثبات رفتاری بازخورد گرفته می‌شود و در پایان جلسه، برای اجرای پس‌آزمون، دوباره پرسش‌نامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان گذاشته می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از سالمندان مقیم سرای سالمندان شرکت کردند. مردان ۵۰ درصد و زنان ۵۰ درصد گروه نمونه این پژوهش را تشکیل می‌دهند، که این میزان نشان دهنده تساوی نسبت مردان به زنان

است. فراوانی درصدی شرکت‌کنندگان در نمونه آزمایشی در تمامی گروه‌ها ۳۳/۳ درصد بوده است. در جدول ۳ اطلاعات توصیفی مربوط به ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۳

اطلاعات توصیفی مربوط به ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	فراشناخت درمانی			معنویت درمانی			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)
ناماهنگی	۲۲/۷۴	۱۴/۰۱	۱۴/۳۸	۱۴/۲۵	۲۲/۸۸	۲۲/۸۸	۲۱	۲۱/۵۱	۲۲/۱۲
شناختی	(۵/۱۸)	(۴/۰۴)	(۲/۸۲)	(۵۷/۳)	(۴/۰۱)	(۳/۹۲)	(۵/۲۴)	(۵/۵۸)	(۶/۱۸)
احساس تنهایی	۳۳۱/۱۲	۳۹۰/۱۲	۳۰۸/۳۷	۲۷۸/۰۱	۳۲۹/۳۸	۲۹۴/۲۶	۳۲۰/۶۲	۳۱۹/۱۲	۳۱۷/۸۸
	(۳۴/۴۸)	(۲۵/۵۵)	(۲۶/۱۵)	(۳۱/۵۵)	(۴۵/۲۲)	(۳۴/۵۱)	(۳۸/۳۲)	(۴۳/۷۶)	(۳۴/۲۷)

مطابق جدول ۳ در همه متغیرهای پژوهش، میانگین نمره‌های گروه‌های فراشناخت درمانی و معنویت درمانی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. این افزایش در متغیرهای ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی شامل کاهش میانگین بود، ولی میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ثبات تقریبی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل

آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون اجرا و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای ناهماهنگی شناختی ($P > 0.05$) و احساس تنهایی ($P > 0.05$) برای انجام تحلیل کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای ناهماهنگی شناختی ($F = 0.38, P = 0.66$) و

جدول ۴

تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
ناماهنگی شناختی							
پیش‌آزمون	۱۱۶/۵۷	۱	۱۱۶/۵۷	۱۹۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
گروه	۲۹/۵۸	۲	۱۴/۷۹	۲۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
خطا	۱۵/۹۲	۲۶	۰/۶۱				
کل	۸۰۵۷۹/۰۰	۳۰					
احساس تنهایی							
پیش‌آزمون	۲۷۱/۱۶	۱	۲۷۱/۱۶	۳۸۸/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
گروه	۱۸/۷۸	۲	۹/۳۹	۱۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵	۰/۹۹
خطا	۱۸/۱۳	۲۶	۰/۶۶				
کل	۲۰۱۵۲۳/۰۰	۳۰					

احساس تنهایی ($F = 0.12, P = 0.87$) برقرار است. پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیونی برای ناهماهنگی

شناختی ($F = 10.15, P = 0.73$) و احساس تنهایی ($F = 3.44, P = 0.07$) و رابطه خطی بین متغیر همپراش و

وابسته در دو متغیر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین نتایج آزمون ام-باکس نشانه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای تمامی متغیرهای وابسته بود ($F=0/90$ ، $P=0/26$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون مجاز می‌باشد. نتایج حاصل از این تحلیل بر روی میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ نشان داده شده است. طبق جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که بین میانگین نمرات پیگیری ناهماهنگی شناختی

داده شده است. $(F=17/91$ ، $P<0/05$ ، $\eta^2=2$) و احساس تنهایی ($F=22/94$ ، $P<0/05$ ، $\eta^2=2$)، بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار این تأثیر با توجه به مربع جزئی اتا (اندازه اثر) بدین صورت است که ۵۷ درصد تغییرات ناهماهنگی شناختی و ۶۳ درصد تغییرات احساس تنهایی از تفاوت گروه‌های آزمون و کنترل ناشی می‌شود. برای مشخص نمودن تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دوی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۵

تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
ناماهنگی شناختی							
پیش‌آزمون	۱۱۵/۳۱	۱	۱۱۵/۳۱	۹۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
گروه	۴۴/۶۱	۲	۲۲/۳۰	۱۷/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
خطا	۳۲/۳۸	۲۶	۱/۲۴				
کل	۷۹۳۷۷/۰۰	۳۰					
احساس تنهایی							
پیش‌آزمون	۲۵۶/۵۵	۱	۲۵۶/۵۵	۲۵۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹	۱/۰۰
گروه	۴۵/۰۷	۲	۲۲/۵۳	۲۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
خطا	۲۵/۵۴	۲۶	۰/۹۸				
کل	۱۹۸۹۲۱/۰۰	۳۰					

جدول ۶

آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی در پس‌آزمون

گروه			
فراشناخت درمانی		کنترل	
معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین
ناماهنگی شناختی			
		۰/۰۰۱	-۱/۹۸
۰۰/۱	-۰/۲۸	۰/۰۰۱	-۲/۲۵
احساس تنهایی			
		۰/۰۰۱	-۱/۸۴
۰/۹۵	۰/۳۸	۰/۰۰۲	-۱/۴۷

براساس جدول ۶ مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌ها نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون، بین گروه فراشناخت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی با اختلاف میانگین ۱/۹۸ و احساس تنهایی با اختلاف میانگین ۱/۸۴ و بین گروه معنویت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی با اختلاف میانگین ۲/۲۵ و احساس تنهایی با اختلاف میانگین ۱/۴۷ تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/05$)؛ اما بین دو گروه فراشناخت درمانی با معنویت درمانی در مؤلفه‌های ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P>0/05$).

فراشناخت و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی ۱۸۹

جدول ۷

آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی در پیگیری

گروه		کنترل		فراشناخت درمانی	
		اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
ناماهنگی شناختی					
فراشناخت درمانی	-۲/۲۸	۰/۰۰۱	فراشناخت درمانی	-۲/۲۸	۰/۰۰۱
معنویت درمانی	-۲/۸۶	۰/۰۰۱	معنویت درمانی	-۲/۸۶	۰/۷۶
احساس تنهایی					
فراشناخت درمانی	-۲/۸۲	۰/۰۰۱	فراشناخت درمانی	-۲/۸۲	۰/۹۰
معنویت درمانی	-۲/۳۵	۰/۰۰۱	معنویت درمانی	-۲/۳۵	۰/۴۶

شد، که این یافته با مطالعات زارع و همکاران (۱۳۹۲) و تیواری و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که استفاده از شیوه‌های درمانی مبتنی بر اصول معنویت اسلامی همچون ارتقای نیت، نظم، توکل، دعا، نیایش، صبر، ذکر و رهنمودهای معنوی می‌توان برای بهبود و درمان انواع ناهماهنگی‌های شناختی که یک فرآیند شناختی برای حل و فصل خطاهایی است که در سیستم باورهای سالمندان رخ می‌دهد، سود جست. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای معنویت درمانی می‌توان ناهماهنگی شناختی را در سالمندان کاهش داد.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه معنویت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد، که این یافته با مطالعات دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۵) و دیناروند (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فرد با افزایش گرایش مذهبی به نوعی خودمهارگری دست پیدا می‌کند که مانع از اثربخشی شرایط بیرونی شده، در نتیجه کمتر تحت تأثیر شرایط نامناسب قرار گرفته و سلامت روان خود را حفظ می‌کند. افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی و کسانی که خداوند را سرد و پاسخ ناپذیر می‌دانند، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر بدبین، افسرده یا مضطرب هستند. این افراد در عین حال با استرس‌های عمده زندگی بهتر مقابله می‌کنند و کمتر دچار ناهماهنگی شناختی می‌شوند. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای معنویت درمانی می‌توان احساس تنهایی را در سالمندان کاهش داد.

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه فراشناخت

براساس جدول ۷ مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌ها نشان می‌دهد، در مرحله پیگیری، بین گروه فراشناخت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی با اختلاف میانگین ۲/۲۸ و احساس تنهایی با اختلاف میانگین ۲/۸۲ و بین گروه معنویت درمانی و کنترل در مؤلفه ناهماهنگی شناختی با اختلاف میانگین ۲/۸۶ و احساس تنهایی با اختلاف میانگین ۲/۳۵ تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.05$)؛ اما بین دو گروه فراشناخت درمانی با معنویت درمانی در مولفه‌های ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن در معرض ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی بیشتری قرار دارند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که فراشناخت درمانی و معنویت درمانی به صورت معنادار در کاهش میزان ناهماهنگی شناختی ($P < 0.01$) و کاهش میزان احساس تنهایی سالمندان ($P < 0.01$) اثربخش بوده است. با این حال اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش احساس تنهایی بیشتر بود ($P > 0.05$)، در حالیکه دو مداخله فراشناخت درمانی و معنویت درمانی، اثربخشی یکسانی بر متغیر ناهماهنگی شناختی داشتند ($P > 0.05$).

فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه درمان معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تأثیر دارد، تأیید

که این یافته با مطالعات برقی‌ایرانی و همکاران (۱۳۹۹)، دیناروند (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فراشناخت‌های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. براساس رویکرد فراشناخت درمانی باید برای درمان احساس تنهایی سالمندان از راهبردهایی استفاده کنیم که فرد را قادر سازیم تا رابطه جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند. وظیفه درمانگر در این رویکرد، تغییر دادن فراشناخت‌هایی است که سبک‌های ناسازگارانه تفکر منفی تکرار شونده و غیر قابل کنترل را به راه می‌اندازند. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای فراشناخت درمانی می‌توان احساس تنهایی را در سالمندان کاهش داد.

فرضیه پنجم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تفاوت وجود دارد، تأیید نشد که این امر دلالت بر تأثیر یکسان این دو روش درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان دارد. با توجه به اینکه پیش از این اثربخشی این دو درمان در پژوهشی بر روی ناهماهنگی شناختی مقایسه نشده است، نمی‌توان در مورد همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث کرد و در عوض تبیین اثربخشی یکسان این دو روش درمانی را از بررسی می‌کنیم. اثربخشی آموزش فراشناخت درمانی و معنویت درمانی نشان می‌دهد که هر دو برنامه آموزشی قابلیت‌هایی دارند که با ارائه دانش و مهارت‌هایی به سالمندان، اثرات قابل توجهی بر روی آنان دارند. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده نمی‌توان ارزش‌های هر دو رویکرد را کاست، اما نتایج تا حدی نشان از برتری فراشناخت درمانی بر ناهماهنگی شناختی دارد. زیرا درمان فراشناخت به بررسی فرآیندها و ساختارهایی از شناخت، که جنبه‌های مختلف شناخت را بازنگری و مهار می‌کنند، می‌پردازد. ناهماهنگی شناختی، عدم توانایی در برقراری و حفظ ارتباط رضایت بخش با دیگران می‌باشد که باعث تجربه حس محرومیت می‌گردد. اندیشه محوری فراشناخت درمانی این است که عوامل فراشناختی در ایجاد سبک‌های فکری ناسودمندی که در اختلالات روان‌شناختی منجر به تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش تعیین کننده‌ای دارند. همچنین معنویت درمانی راه‌حلی را برای مشکلات ارائه می‌دهد که در قبال راه‌حل‌های

درمانی بر ناهماهنگی شناختی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد، که این یافته با مطالعات برقی‌ایرانی و همکاران (۱۳۹۶) و شعبانی (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از آنجایی که شناخت‌های مثبت فرد درباره خود به عنوان منبعی برای کاهش ناهماهنگی عمل می‌کند. آموزش فراشناخت درمانی به دنبال آن است که با بالا بردن شناخت‌های مثبت فرد سالمند درباره خودش میزان ناهماهنگی شناختی را کاهش دهد. هدف از کاهش ناهماهنگی شناختی این نیست که بخش خاصی از خودانگاره فرد که با عمل ناهمخوان تهدید شده است انسجام خود را بازیابد، بلکه هدف، بازیافتن یکپارچگی اخلاقی خود به عنوان یک کل است. به همین جهت اگر پس از انجام عملی ناهمخوان، شناخت‌های مثبتی در اختیار فرد قرار گیرد، ناهماهنگی به وسیله شیوه‌های غیرمستقیم، نه به وسیله توجیه رفتار یا تغییر نگرش کاهش می‌یابد، چون فرد با تمرکز بر صفات مثبت خود، عملاً توجه خود را از عمل ضدنگرشی منحرف می‌کند یا آن را کم اهمیت جلوه می‌دهد. پس اگر بعد از انجام یک عمل ناهمخوان صفات مثبت بیشتری در ذهن افراد وجود داشته باشد، نیاز کمتری به توجیه رفتار یا تغییر نگرش خواهد بود. فراشناخت درمانگری از طریق تأثیرگذاری مثبت بر تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی موجب ارتقاء آن می‌گردد. در واقع فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه فرد را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. با توجه به ناهماهنگی شناختی که سالمندان تجربه می‌کنند، سالمندانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند، در نتیجه انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان و همچنین با تغییر دادن فراشناخت خود نسبت به موضوعاتی که برای سالمندان ناامید کننده است، می‌توانند بر ناهماهنگی‌هایی که در شناخت آنها به وجود می‌آید غلبه کنند. مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای فراشناخت درمانی می‌توان ناهماهنگی شناختی را در سالمندان کاهش داد.

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر اینکه فراشناخت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تأثیر دارد، تأیید شد،

بیماری‌های دوران سالمندی است. با استفاده از رویکرد فراشناخت درمانی می‌توان بر آثار منفی احساس تنهایی غلبه کرد. در این رویکرد روی افکار تمرکز نمی‌کنیم. به جای به چالش کشیدن افکار سالمند در مورد احساس تنهایی، فرآیندی را که منجر به شکل‌گیری این تفکر شده است را به چالش خواهیم کشید. همچنین سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند، علاوه بر اینکه سلامت روانی آنها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریعتر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش یافته و احساس تنهایی کمتری می‌نمایند. سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند با تقویت و فعالسازی خرد و باورهای معنوی سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری و کاهش احساس تنهایی در سالمندان است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای فراشناخت‌درمانی و معنویت‌درمانی می‌توان احساس تنهایی را در سالمندان کاهش داد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که هرچند با انتصاب تصادفی افراد به دو گروه آموزشی تلاش شد متغیرهای مزاحم و سوگیری احتمالی کاهش یابد، اما مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که فراشناخت درمانی و معنویت درمانی را با سایر رویکردهای روان‌درمانی مورد بررسی قرار دهند تا کارآمدی این درمان بهتر مشخص شود. در نهایت با توجه به لزوم توجه چندوجهی به درمان با بهره‌گیری از الگوی زیستی، روانی، هیجانی و معنوی پیشنهاد می‌شود فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بیش از پیش در برنامه‌های درمانی در نظر گرفته شود. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر مشخص شد ۸ جلسه فراشناخت درمانی و معنویت درمانی در کاهش ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی اثربخش بوده است. حال جا دارد بررسی شود که آیا استفاده از تعداد جلسات درمانی بیشتر بر میزان اثربخشی درمان می‌افزاید یا خیر؟ علاوه بر این پیگیری بهبودی ناشی از درمان در فواصل زمانی مختلف درباره فواید درمان اطلاعات بیشتری را فراهم می‌کند و علاوه بر جنبه عملی، از لحاظ نظری نیز حائز اهمیت است. بنابراین پیشنهاد

سکولار و غیر معنوی که حتی بعضی از روان‌شناسان طرفدار آن هستند بی‌بديل است. در جلسات آموزشی معنویت تمرکز اصلی بر روی تغییر شناختی در مورد تصور سالمندان در مورد خداوند از طریق چالش‌های شناختی تصاویر منفی از خداوند صورت می‌گرفت، سالمندان متوجه شدند که دیدگاه منفی آنان به خدا اساس منطقی ندارد و ناشی از تعبیر و تفسیر نادرست آنها از خداوند، در دسترس نبودن خداوند و پاسخگو نبودن به خواسته‌ها از طریق انتقال از والدین به خدا صورت گرفته است و اساس نگرش آنها را تشکیل می‌دهد نه تجربه زیسته آنها به خدا (لی و سلمان، ۲۰۱۸). زمانی که این دیدگاه عوض شد نگرش آنها به خدا مثبت شد و به دنبال آن آنها توانسته‌اند خدا را در تجربیات زندگی خودشان به صورت پاسخگو و در دسترس ملاحظه نمایند. از سوی دیگر درمانگر هر یک از باورهای غیرمنطقی درباره صفات خداوند را از طریق به چالش کشیدن به اصلاح دیدگاه سالمندان درباره خداوند پرداخته تا بیماران به یک بینش و آگاهی درست نسبت به تحریفات شناختی درباره صفات خدا برسند و منجر به تغییرات شناختی و فکری مثبت و مطلوب در سالمندان شود (مک‌گوری و همکاران، ۲۰۰۶؛ شتچمن و پاسور، ۲۰۱۲). مطابق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با استفاده از راهبردهای فراشناخت درمانی و معنویت درمانی می‌توان ناهماهنگی شناختی را در سالمندان کاهش داد.

فرضیه ششم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی بر احساس تنهایی سالمندان تفاوت وجود دارد، تأیید شد که با توجه به تفاوت میانگین نمرات هر یک از این گروهها در پس‌آزمون، چنین استنباط می‌شود که تأثیر فراشناخت درمانی بر احساس تنهایی بیشتر بوده که با توجه به اینکه تاذکنون اثربخشی این دو درمان در پژوهشی بر روی احساس تنهایی مقایسه نشده است، نمی‌توان در مورد همسویی یا عدم همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث کرد.

هنریش و گالن (۲۰۰۶) معتقدند که هسته اصلی بیشتر اختلالات عاطفی، احساس انزوا و تنهایی است. این امر به خصوص در افراد سالمند نمود بیشتری دارد. سالمندان احساس تنهایی را بنا به دلایل مختلف از قبیل نقص‌های جسمی و از دست دادن نزدیکان و کمرنگ شدن ارتباطات تجربه می‌کنند. این احساس، عامل مهمی در بروز یا تقویت

درماندگی آموخته شده، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان دارای اختلال حرکتی. دومین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و مشاوره، پادوا ایتالیا.

دیناروند، ن. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر درماندگی آموخته شده، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان دارای اختلال حرکتی. دومین کنفرانس روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و مشاوره، پادوا ایتالیا.

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

زارع، ح، و صفاری نیا، م، و رضایی، پ. (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای فراشناختی یادگیری، کمال‌گرایی و انگیزندگی شناختی بین رتبه‌های برتر و سایر داوطلبان امتحانات ورودی سراسری دانشگاه‌ها. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۶۲-۵۳.

زند، آ. (۱۳۸۹). *استانداردسازی پرستشنامه برانگیختگی و کاهش ناهماهنگی (DARQ) در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران.

سورین، و. و تانکارد، ج. (۲۰۰۵). *نظریه‌های ارتباطات* (ترجمه ع. دهقان). تهران: دانشگاه تهران.

شجاع‌فرد، ش. (۱۳۹۹). بررسی و مقایسه‌ی ناهماهنگی شناختی و سبک‌های تبادل اجتماعی در بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و زنان سالم. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۳)، ۱۳۵-۱۲۴.

شعبانی، پ. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر بهبود درماندگی آموخته شده و ناهماهنگی شناختی سالمندان دارای اختلال حرکتی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه پیام نور، تهران.

شیخ‌الاسلامی، ف، ماسوله، ش، خدادادی، ن، و یزدانی، م. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲(۶۶)، ۳۸-۲۴.

صدری دمیرچی، ا، و رضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۱۲-۱.

صدری دمیرچی، ا، محمدی، ن، رضانی، ش، و امان‌زاد، ز. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر

می‌شود اثرات درازمدت درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای پژوهش‌های آینده توصیه می‌شود که درمان گروهی فراشناخت درمانی و معنویت درمانی و درمان در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش پیدا کند.

سپاس‌گزاری

از تمامی کارکنان سرای سالمندان کهریزک و همچنین سالمندانی که با تکمیل پرسش‌نامه ما را در انجام این طرح یاری نمودند، سپاس‌گزاری می‌نماییم و متذکر می‌شویم طرح فوق بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام گرفته و با منافع شخصی نویسندگان تعارضی نداشته است.

منابع

احدی، ح، و جمهری، ف. (۱۳۹۰). *روانشناسی رشد*. نوجوان و بزرگسالی (جوانی، میانسالی و پیری). تهران: انتشارات آینده درخشان.

آقایوسفی، ع، زارع، ح، زارع، م، و شقاقی، ف. (۱۳۹۳). بررسی نقش سبک‌های تصمیم‌گیری در ناهماهنگی شناختی و تغییرات فیزیولوژیک ناشی از آن. *نشریه شناخت اجتماعی*، ۷(۲)، ۸۱-۶۷.

برقی‌ایرانی، ز، رجبی، م، ناظمی، م، و بگیان کوله‌مرز، م. ج. (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۳)، ۳۸-۱۷.

برقی‌ایرانی، م، عباسی، م، خانابایی قلعه‌بی، پ، و رضایی، ش. (۱۳۹۹). *اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان*. چهارمین همایش ملی روانشناسی دانشگاه پیام نور، رشت.

بوالهروی، ج، نظیری، ق، و زمانیان، س. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳(۱)، ۱۱۵-۸۵.

خالقی‌پور، م، مسجدی، م، ش، و احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و ملکولهای سفید خون محیطی سالمندان افسرده. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۳)، ۸۷-۶۹.

دهشیری، غ، سهرابی، ف، جعفری، ع، و نجفی، م. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان، *مطالعات روانشناختی*، ۲(۱۶)، ۱۳۷-۱۲۳. دیناروند، ن. (الف ۱۳۹۹). *بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر*

شخصیتی با نشانه‌های اختلال خوردن. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۷(۴)، ۲۰-۱۱.

هروی کریموی، م.، انوشه، م.، فرغان، م.، شیخی، م. ت.، حاجی‌زاده، ا.، مداح، ب.، محمدی، ع. و احمدی، ف. ا. (۱۳۸۶). تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیدهٔ احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. *مجله سالمند ایران*، ۲(۶)، ۴۲۰-۴۱۰.

ولایی، ن.، و زالی پور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی معنا درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۵(۱)، ۴۹-۵۵.

References

- Ahadi, H., & Jamhari, F. (2011). *Developmental Psychology. Adolescence and adulthood youth, middle age and old age*. Tehran: Bright Future Publications. [Persian]
- Askari, M., Mohammadi, H., Radmehr, H., & Jahangir, A. H. (2018). The Effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Research on Religion & Health*, 4(2), 29-41. [Persian]
- Aylaz, R., Aktürk, U., Erci, C., Öztürk, H., & Aslan, H. (2014). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 684-699.
- Barghi Irani, M., Abbasi, M., Khanbabaei Ghaleei, P., & Rezaei, Sh. (2020). The effectiveness of positive psychotherapy on death anxiety and loneliness in the elderly. The 4th National Conference on Psychology, Payame Noor University, Rasht. [Persian]
- Barghi Irani, Z., Rajabi, M., Nazemi, M., & Begian Colehmers, M. J. (2017). The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting the mental well-being of diabetic elderly. *Journal of Health Psychology*, 6 (3), 17-38. [Persian]
- Boalhari, J., Naziri, Q., & Zamanian, S. (2012). The effectiveness of spiritual group therapy approach on reducing depression, anxiety and stress in women with breast cancer. *Psychology Journal*, 3 (1), 115-85. [Persian]

شادکامی و سرسختی روانشناختی زنان سالمند. پژوهش در دین و سلامت، ۴(۲)، ۵۳-۴۲.

- صفری‌نیا، م.، شریفی‌ساکی، ش.، و احمدی، ه. (۱۳۹۵). اثربخشی فنون درمان مرور زندگی بر وضعیت شناختی مردان سالمند بازنشسته شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۳۳-۲۱.
- ضرغامی، ح.، و محمودیان، ح. (۱۳۹۵). مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۱۹)، ۹۹-۱۱۶.
- قادری، د.، و مصطفایی، ع. (۱۳۹۳). رابطه جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی در سالمندان مرد ساکن در خانه و ساکن در خانه سالمندان. *مجله سالمند*، ۹(۱)، ۲۱-۱۴.
- قدم‌پور، ع.، مرادی‌زاده، س.، و شاه‌کریمی، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مرکز صدیق شهر خرم‌آباد. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۴)، ۵۳-۴۴.
- کاووسیان، ن.، کاظم‌زاده، ح.، کاظمی، ح.، و کاربرو، ا. (۱۳۹۷). ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی در سالمندان شهر کرج. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۲)، ۱۵-۷.
- کرج، د.، کراچ فیلد، ر. س.، و بلاکی، ا. اس. (۲۰۰۸). *فرد در اجتماع* (ترجمه م. صنایع). تهران: انتشارات زوار.
- کوشیار، ه.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. ع.، و اسماعیلی، ح. (۱۳۹۱). تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندی. *مجله سالمندی ایران*، ۷(۱)، ۲۹-۲۱.
- گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۹۵). <http://www.amar.org>
- معتمدی، ن.، شفیع‌داری، م.، و امینی، ز. (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان. *مجله روانشناسی*، ۳۶(۴۸۶)، ۷۵۶-۷۵۰.
- منصوری سپهر، ر.، حیدری، م.، باقریان، ف.، و شکری، ا. (۱۳۹۷). اثر بازگشت‌پذیری انتخاب بر تغییر نگرش در ناهماهنگی شناختی: پارادایم انتخاب آزاد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۳)، ۳۳۷-۳۱۹.
- میردریکوند، ف.، پناهی، ه.، و حسینی رمقانی، ن. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی. *روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۱۳-۱۰۳.
- ناظمی اردکانی، ف.، علی پور، ا.، و عابدی‌جعفری، ف. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی ناهماهنگی شناختی و ویژگی‌های

- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and Longitudinal Analysis. *Psychology and Aging, 21*, 140-151.
- Davidson, J. R., Ballenger, J. C., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., & Rickels, K. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(2), 53-58.
- Dehshiri, G., Sohrabi, F., Jafari, A., & Najafi, M. (2008). A Study of Psychometric Properties of Spiritual Well-Being Scale among Students, *Psychological Studies, 2* (16), 137-123. [Persian]
- Dinarvand, N. (2020a). Evaluation of the effectiveness of metacognitive therapy on learned helplessness, loneliness and death anxiety in the elderly with mobility disorders, *Second Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences and Counseling, Padua, Italy*. [Persian]
- Dinarvand, n. (2020b). Evaluation of the effectiveness of spiritual therapy on learned helplessness, loneliness and death anxiety in the elderly with mobility disorders, *Second Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences and Counseling, Padua, Italy*. [Persian]
- Egan, L. C., Bloom, P., & Santos, L. R. (2010). Choice-induced preferences in the absence of choice: Evidence from a blind two choice paradigm with young children and capuchin monkeys. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(1), 204-207.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press
- Ghaderi, D., & Mostafaei, A. (2014). The Relationship between Religious Orientation and Quality of Life in the Elderly Male Living at Home and Living in a Nursing Home. *Elderly Journal, 9* (1), 21-14. [Persian]
- Ghadmpour, A., Moradzadeh, S., & Shah Karami, M. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness training on reducing loneliness and death anxiety in the elderly in Siddiq Center of Khorramabad. *Razi Journal of Medical Sciences, 26* (4), 44-53. [Persian]
- Gwilliam P, Wells, A., & Cartwright-Hatton S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A Test of themetacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(2), 137-144.
- Harmon-Jones, E. (2000). Cognitive dissonance and experienced negative affect: Evidence that dissonance increases experienced negative affect even in the absence of aversive consequences. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(12), 1490-1501.
- Harrefors, C., Savenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*(2), 353-360.
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 27* (6), 695-718.
- Kavosian, N., Kazemzadeh, H., Kazemi, H., & Carbro, A. (2018). The Relationship between Spiritual Health and Loneliness in the Elderly in Karaj. *Journal of Research in Religion and Health, 4* (2), 15-7. [Persian]
- Kerch, d., Crash Field, R. S., & Blocky, A. S. (2008). *The individual in the community*, translated by Mahmoud Sanaei, Tehran: Zavar Publications. [Persian]
- Khaleghipour, M., Masjidi, M. Sh., & Ahmadi, Z. (2016). The effectiveness of Islamic spiritual therapy on lifestyle and peripheral white blood molecules in depressed elderly. *Journal of Research in Mental Health, 10* (3), 87-69. [Persian]
- Koushiar, H., Ghanbari Hashemabadi, b. A., & Ismaili, H. (2012). The effect of group reminiscence on the criterion of disability in old age. *Iranian Journal of Aging, 7* (1), 29-21. [Persian]
- Lee, Y., & Salman, A. (2018). The mediating effect of spiritual well-being on

- depressive symptoms and health-related quality of life among elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (3), 418-424.
- Liang, Y. J. (2016). Reading to make a decision or to reduce cognitive dissonance. *Computers in Human Behavior*, 64(1), 463-471.
- Liu, L. J., & Guo, Q. (2007), Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275- 1280.
- Mansoori Sepmehr, R., Heidari, M., Bagherian, F., & Shokri, A. (2018). The Effect of Choice Reversibility on Attitude Change in Cognitive Disorder: A Free Choice Paradigm. *Journal of Applied Psychology*, 12 (3), 319-337. [Persian]
- McCoubrie, R. C., & Davies, A. N. (2006). "Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?" Support Care Cancer. *Psychology Journal*, 14 (4), 379-385.
- Mirdrikund, F., Panahi, H., & Hosseini Ramghani, N. (2016). Feeling lonely in the elderly: the role of communication skills, social support and functional disability. *Psychology of Aging*, 2 (2), 113-103. [Persian]
- Motamedi, N., Shafiee Darabi, M., & Amini, Z. (2018). Assessing the level of social and emotional loneliness in the elderly and its relationship with some social factors affecting health in Isfahan, *Journal of Social Cognition*, 36 (46), 756-750. [Persian]
- Mr. Yousefi, A., Zare, H., Zare, M., & Shaghghi, F. (2014). Investigating the role of decision-making styles in cognitive dissonance and the resulting physiological changes, *Journal of Social Cognition*, 7 (2), 81-67. [Persian]
- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessivecompulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Anxiety Disorders*, 19(7), 817-806.
- Nazemi Ardakani F., Alipour, A., & Abedi Jafari F., (2013). Investigating the Relationship between Cognitive Disorder and Personality Traits with Eating Disorder Symptoms. *Research in mental health*, 7(4), 11-20. [Persian]
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-56.
- Rostami, M., Rasouli, M., & Kasaei, A. (2018). Comparison of the effectiveness of group counseling based on spirituality-based therapy and therapy based on acceptance and commitment on the existential boredom of the elderly. *Psychology of Aging*, 4(3), 178-165. [Persian]
- Sadri Demirchi, A., & Ramezani, Sh. (2016). The effectiveness of existential therapy on loneliness and death anxiety in the elderly. *Psychology of Aging*, 2 (1), 1- 12. [Persian]
- Sadri Demirchi, A., Mohammadi, N., Ramezani, Sh., & Amanzad, Z. (2018). Evaluation of the effectiveness of group spiritual therapy on happiness and psychological hardness of elderly women. *Research in Religion and Health*, 4 (2), 42-53. [Persian]
- Saffarinia, M., Sharifi Saki, Sh., & Ahmadi, H. (2016). The effectiveness of life review treatment techniques on the cognitive status of retired elderly men in Tehran. *Journal of Health Psychology*, 5 (20), 33-21. [Persian]
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, (4), 223- 233.
- Shabani, p. (2019). *Evaluation of the effectiveness of metacognitive therapy on improving learned helplessness and Cognitive mismatch of the elderly with movement disorders* (Unpublished Master Thesis). Payame Noor University, Tehran.
- Shaykh al-Islami, F., Reza Masouleh, S. h., Khodadadi, N., & Yazdani, M. (2011). Feeling lonely and the general health of the elderly. *Comprehensive Nursing and Midwifery*, 2 (66), 38-24. [Persian]

- Shechtman, D., & Pastor, B. (2012). The effect of positive self-talk training on conflicts interpersonal in students with specific learning disabilities. Unpublished doctoral dissertation, Mississippi state University.
- Shoja Fard, S. H. (2020). Study and comparison of cognitive dissonance and social exchange styles in female patients with major depressive disorder and healthy women. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 7(3), 135-124. [Persian]
- Velayai, N., & Zalipour, S. (2015). The effectiveness of semantic therapy on death anxiety in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 5(1), 55-49. [Persian]
- Wakslak, C. J. (2012). The experience of cognitive dissonance in important and trivial domains: A Construal-level theory approach. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(6), 1361-1364.
- Wells A., & Sembi, S. (2009). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(7), 365-377.
- Wells, A. (2011). Panic disorder in association with relaxation-induced-anxiety: An Attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 2(1), 273-280.
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127.
- Xinyue, Z., Liwei, Z., Lixing, Z., & Nan, G. (2009). The act of rejecting reduces the desire to reconnect Evidence for a cognitive dissonance account. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(1), 44-50.
- Zandi, A. (2010). *Standardization of the Arousal and Coordination Reduction Questionnaire (DARQ) in students of Payame Noor University of Tehran* (Unpublished Master Thesis). Payame Noor University, Tehran. [Persian]
- Zare, H., and Saffarinia, M., & Rezaei, P. (2013). Comparison of metacognitive learning strategies, perfectionism and cognitive arousal between top rankings and other candidates for university entrance exams. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 14 (1), 62-53. [Persian]
- Zarghami, H., & Mahmoudian, H. (2016). Child migration and loneliness of rural elderly parents. *Journal of Health Psychology*, 5 (19), 116-99. [Persian]
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47 (1), 1-5.