



## The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Death Anxiety and Resilience in Older Adults

Bahareh Zarei <sup>1</sup>  and Forouzan Esmailzadeh <sup>2\*</sup> 

<sup>1</sup> Dept. of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

<sup>2</sup> Dept. of Biology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

### Article Info

#### Article History

Received: 19.05.2024

Revised: 24.07.2024

Accepted: 06.09.2024

ePublished: 06.09.2024

#### Keywords

emotion-focused therapy, older adults, death anxiety, resilience

#### How to cite this article

Zarei, B., & Esmailzadeh, F. (2024). The Effectiveness of emotion focused therapy on death anxiety and resilience in the older adults. *Aging Psychology*, 10(2), 243-262.

#### \*Corresponding Author

Forouzan Esmailzadeh

#### Email

forouzan.esmailzadeh20@gmail.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

### Abstract

Aging is a biological process and a sensitive life stage marked by spontaneous, progressive, and irreversible physiological and psychological changes. During this phase, individuals encounter common mental health issues such as death anxiety and resilience, both of which can be improved with appropriate therapeutic interventions. This study aimed to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) on death anxiety and resilience in older adults. This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design. The statistical population included all older adults residing in all nursing homes in Shiraz. The sample consisted of 30 older adults (aged 60 to 90) residing in the Zagros Residential Care Center, selected through convenience sampling method and based on inclusion and exclusion criteria, and randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control) during the winter of 2023. EFT was administered to the experimental group over eight 90-minute sessions, while the control group did not receive this therapy. Data were collected using the Templer Death Anxiety Scale and the Connor-Davidson Resilience Scale. Data were analyzed by ANCOVA in SPSS-26. The findings showed that although EFT reduced resilience in the experimental group in the post-test phase, had no significant effect on death anxiety. In other words, there were significant differences between the experimental and control groups just in terms of resilience and its subscales ( $P < 0.05$ ) after the conduction of EFT. Therefore, EFT was effective in improving resilience among older adults. Hence, EFT is recommended as an effective method to improve the mental health of older adults, particularly in enhancing resilience.

## EXTENDED ABSTRACT

### Introduction

**S**ocial, economic, technological changes and scientific advancements have led to improved living conditions, increased lifespan, and the phenomenon of aging in societies. The increase in the aging population has become one of the most significant challenges for healthcare providers, family members, and society, particularly in economic, social, and health contexts. As death has never been experienced and no one has vividly encountered it, everyone experiences some degree of death anxiety. However, the intensity varies based on certain factors. Severe death anxiety can weaken effective adaptation. Various psychological components exist that can protect individuals from psychological, emotional, and social harm. One such factor is resilience. Resilience refers to the dynamic process of positive adaptation to adverse and distressing experiences and includes the skills, characteristics, and abilities that enable individuals to cope with life's difficulties, challenges, and hardships. Different methods have been used to improve death anxiety and resilience, among which emotion-focused therapy (EFT) has been applied in this study due to its structured approach, step-by-step treatment program, and reduced likelihood of relapse. Given the existing gaps in this area, the present study aimed to evaluate the effectiveness of EFT on death anxiety and resilience among older adults.

### Method

This was a quasi-experimental study, with a pretest-posttest control group design. The statistical population included all older adults residing in the nursing homes in Shiraz. The sample consisted of 30 people (17 women and 13 men) residing in Zagros Residential Care Center during the winter of 2023, selected by convenience sampling and according to inclusion and exclusion criteria, and randomly assigned to two groups with 15 members (experimental and control). The inclusion criteria were (1) informed consent, (2) age over 60 years, (3) scoring below 6 on the Templer Death Anxiety Scale pretest, (4) scoring below 50 on the Connor-Davidson Resilience Scale pretest, (5) a minimum score of 8 on the AMT short cognitive test, and (6) willingness to participate in the study. The exclusion criteria were: (1) inability to attend sessions, and (2) simultaneous participation in other psychological training classes. The EFT protocol by Greenberg and Watson (2009) was administered to the experimental group over eight 90-minute sessions, while the control group did not receive any therapy. Data were collected using the Templer Death Anxiety Scale and the Connor-Davidson Resilience Scale in both pretest and posttest phases. Data analysis was conducted using Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) test in SPSS version 26.

### Results

Prior to hypothesis testing, the main assumptions of ANCOVA, including homogeneity of variances, homogeneity of regression slopes, and normal

distribution of the data, were examined and confirmed. Subsequently, ANCOVA

was employed to test the hypotheses, and the results are presented in Table 1.

**Table 1**

*ANCOVA for the effectiveness of EFT on death anxiety and resilience*

| Variable      | Source   | Sum of Squares | df | Mean Squares | F     | Sig.  | Eta Squared |
|---------------|----------|----------------|----|--------------|-------|-------|-------------|
| Death Anxiety | Pre-test | 6.709          | 1  | 6.709        | 2.494 | 0.126 | 0.085       |
|               | Group    | 3.694          | 1  | 3.694        | 1.373 | 0.251 | 0.048       |
|               | Error    | 72.624         | 27 | 2.690        |       |       |             |
| Resilience    | Pre-test | 613.713        | 1  | 613.713      | 5.944 | 0.022 | 0.180       |
|               | Group    | 309.1156       | 1  | 309.1156     | 9.632 | 0.004 | 0.2636      |
|               | Error    | 324.3241       | 27 | 120.049      |       |       |             |

As shown in Table 1, there is no significant difference in death anxiety between the experimental and control groups. In other words, EFT, considering the mean death anxiety in the experimental group (6.600) compared to the control group (7.533), did not cause a significant change in the level of death anxiety in the experimental group, despite a slight reduction. The effect size is 0.048, meaning that 4% of individual differences in death anxiety scores are attributable to the effect of EFT.

Furthermore, as observed in Table 1, there is a significant difference in resilience between the experimental and control groups. In other words, EFT, considering the mean resilience in the experimental group (60) compared to the control group (51.066), led to a significant increase in resilience in the experimental group. The effect size is 0.263, meaning that 26% of individual differences in resilience scores are attributable to the effect of EFT.

### Conclusion

The results of the current study revealed that EFT would positively

impact resilience in older adults. This can be explained by the fact that EFT, which combines experiential and systemic therapy, is closely associated with reducing psychological problems in individuals. EFT process, conducted individually, involves three overlapping stages: bonding and awareness, evocation and exploration, and emotional reconstruction, carried out in eight steps. Throughout the therapy, the individual is viewed as an expert on their experience, while the therapist acts as a guide and facilitator. In EFT, it is believed that the way individuals organize and process emotional experiences and the interaction patterns they create and reinforce lead to increased resilience. Overall, the results of this study indicated that EFT does not significantly impact death anxiety in older adults but does positively influence resilience. Based on these findings, it is recommended that those responsible for senior centers and other facilities working with older adults consider implementing individual or group EFT sessions to enhance resilience in this population.

**Ethical Consideration****Ethical Code**

The ethical code was obtained from the Islamic Azad University of Shiraz (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.152)

**Financial Support**

This study received no financial support.

**Authors' Contributions**

B.Z: Methodology, Software, Validation, Formal Analysis, Data Curation; F.A: Conceptualization, Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing,

Project Administration, Supervision, Visualization.

**Conflict of Interest**

The author had no conflicts of interest.

**Acknowledgments**

The authors would like to express their gratitude to the esteemed Research Deputy of the Islamic Azad University, Shiraz branch, for their invaluable support and collaboration in conducting this research. Additionally, heartfelt thanks are extended to all the older adult participants for their participation.



## اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان

بهاره زارعی<sup>۱</sup> و فروزان اسمعیل زاده<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران  
<sup>۲</sup> گروه زیست‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

### چکیده

سالمندی فرآیندی زیستی و دوره‌ای حساس از زندگی است که با بروز تغییرات خود به خودی، پیش‌رونده و بازگشت‌ناپذیر فیزیولوژیکی و روان‌شناختی همراه می‌باشد. افراد در این مرحله با شایع‌ترین موضوعات سلامت روان سالمندان مانند اضطراب مرگ و تاب‌آوری مواجه می‌گردند که با استفاده از مداخلات مناسب درمانی می‌توانند بهبود یابند. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی سالمندان مراکز شبانه‌روزی شهر شیراز بود و حجم نمونه نیز شامل ۳۰ نفر سالمند مقیم مرکز سالمندان زاگرس (۶۰ تا بیش از ۹۰ سال) در زمستان سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. پروتکل درمان هیجان‌مدار بر روی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید اما این درمان برای گروه گواه انجام نشد. برای گردآوری داده‌ها از آزمون اضطراب مرگ تمپلر و پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که اگر چه در مرحله پس‌آزمون، درمان هیجان‌مدار موجب کاهش اضطراب مرگ سالمندان گروه آزمایش شد اما تأثیر این درمان بر اضطراب مرگ سالمندان معنادار نبود. به عبارت دیگر، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تاب‌آوری و تمام زیرمقیاس‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). به بیان دیگر درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری سالمندان مؤثر و موجب افزایش آن شده بود. از این رو، استفاده از درمان هیجان‌مدار به عنوان یک روش مؤثر در بهبود سلامت روان سالمندان به ویژه در جهت افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب مرگ آنان توصیه می‌شود.

### اطلاعات مقاله

#### سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰

اصلاح: ۱۴۰۳/۰۵/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۶

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۳/۰۶/۱۶

#### کلیدواژه‌ها

درمان هیجان‌مدار، سالمند، اضطراب مرگ، تاب‌آوری

#### نحوه ارجاع به مقاله

زارعی، ب.، و اسمعیل زاده، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۲)، ۲۶۲-۲۴۳.

#### \* نویسنده مسئول

فروزان اسمعیل زاده

#### پست الکترونیکی

forouzanasmaielzadeh20@gmail.com

تضعیف می‌کند (حق‌دوست و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش ولایی و زالی پور (۱۳۹۴) و قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱) اثربخشی مثبت معنادارمانی بر اضطراب مرگ سالمندان تأیید شد. در پژوهش‌های دیگری نیز اثربخشی معنویت درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان بررسی گردید که نتایج اثربخشی این درمان را نیز بر اضطراب مرگ تأیید نمودند (آل‌وستانی و ممشلی، ۱۳۹۹؛ خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۸؛ مجیدی و مرادی، ۱۳۹۸؛ بیطرفان و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب مرگ با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون هوش هیجانی (خلوتی و همکاران، ۱۴۰۰)، استرس (فریرا و همکاران، ۲۰۲۱)، احساس تنهایی (گونر و همکاران، ۲۰۲۱) به طور مثبت و با متغیرهای افسردگی (گیوندوگان و آرپاسی، ۲۰۲۴) و شادکامی به طور منفی (وان درهاک، ۲۰۲۱) ارتباط دارد. مؤلفه‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارند که برخورداری از آن فرد را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و اجتماعی محافظت می‌کند. یکی از این عوامل تاب‌آوری است (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰).

تاب‌آوری<sup>۴</sup> به عنوان یکی از ویژگی‌های شخصیتی و همچنین به منزله یکی از سازه‌های روان‌شناسی مثبت، نقش مهمی در رضایت از زندگی افراد بازی می‌کند (میری و همکاران، ۱۴۰۰). تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود و شامل مهارت‌ها و خصوصیات و توانایی‌هایی است که فرد را قادر می‌کند با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌های زندگی سازگار باشد (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰). مکانیسم تاب‌آوری در کاهش اضطراب به این شکل عمل می‌کند که مؤلفه‌های اصلی آن مانند اعتماد به نفس، شایستگی شخصی، اعتماد به غرایز، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی هنگام قرار گرفتن در شرایط استرس زا به مثابه یک حائل عمل می‌کند و اجازه بروز اضطراب را نمی‌دهد (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۰). نتیجه مطالعات نشان داده است که بین اضطراب و تاب‌آوری رابطه معکوس وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان اضطراب افراد بیشتر باشد تاب‌آوری آنها کمتر می‌شود (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۹). سالمندان زمانی تاب‌آور در نظر گرفته می‌شوند که نه تنها در مقابل مشقت و سختی تسلیم نشوند، بلکه ظرفیت سازگاری موفق را که با مدیریت وقایع استرس‌زا امکان پذیر است را کسب نماید و سطوح قبلی

دگرگونی و تحولات اجتماعی، اقتصادی، فن‌آوری و پیشرفت‌های علمی بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر، امید به زندگی و پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است. پدیده سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، اعضای خانواده و جامعه به ویژه در زمینه اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در سالیان آتی به شمار می‌رود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۹). در سال ۲۰۰۰، در کشورهای بیشتر توسعه یافته ۲۰ درصد جمعیت و ۸ درصد جمعیت در کشورهای کمتر توسعه یافته، افراد ۶۰ ساله و بالاتر بودند. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ یک نفر از هر ۳ نفر در کشورهای بیشتر توسعه یافته و یک نفر از هر ۵ نفر در کشورهای کمتر توسعه یافته ۶۰ ساله و بالاتر باشند (پورهادی و همکاران، ۱۴۰۱). بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۱۴۰۰ بیش از ده درصد برآورد شده است (وصالی و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از حوزه‌های مهم سلامت سالمندان، بعد روانی آنها است که نیازمند توجه خاص و پیشگیری از اختلالاتی نظیر اضطراب در آنان است (ولایی و زالی پور، ۱۳۹۴). نزدیک شدن به دوره سالمندی و مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن یکی از واقعیت‌های انکار ناپذیر دوره سالمندی است (آل‌وستانی و ممشلی، ۱۳۹۹). از آنجا که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به وضوح لمس نکرده، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند، ولی هرکس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند (آل‌وستانی و ممشلی، ۱۳۹۹).

اضطراب مرگ<sup>۱</sup> به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ است که همراه با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مردن رخ می‌دهد (وصالی و همکاران، ۱۳۹۹). بلسکی<sup>۲</sup>، اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط به واقعه پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌داند (بخشی و همکاران، ۱۳۹۹). هارمون-جونز<sup>۳</sup> و همکاران، اضطراب مرگ را ترس آگاهانه و ناخودآگاه از مرگ یا مردن می‌دانند (بخشی و همکاران، ۱۳۹۹). هرکس بنابر عوامل معینی، درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند، اما اگر این اضطراب خیلی شدید باشد، سازگاری کارآمد را

<sup>1</sup> death anxiety

<sup>2</sup> belsky

<sup>3</sup> harmon-jones

<sup>4</sup> resiliency



حمایت و مراقبت متقابل برای رفع نیازهای فرد و اطرافیان اشاره کرد. درمان هیجان‌مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسان‌گرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه‌گرایی و تعقل‌گرایی را به هم نزدیک می‌نماید (عابدی نقندر و همکاران، ۱۴۰۱).

در پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب پرداخته شد؛ نتایج پژوهش نشان داد، درمان هیجان‌مدار روش کوشی برای افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش اضطراب مرگ در این بیماران است (عابدی و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش دیگری اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر رفتار کمک‌طلبی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه، پرداخته شد، نتایج پژوهش نشان‌دادند؛ درمان هیجان‌مدار، مداخله مؤثری برای بهبود رفتارهای کمک‌طلبی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان است (پارسا معین و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج حاصل از مطالعه آلمیدا و همکاران (۱۴۰۰) که برای بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روی ترس از عود سرطان انجام گرفت نیز نشان‌داد که درمان هیجان‌مدار باعث ایجاد احساسات مثبت و تحقق خود بر روی بیماران می‌گردد. در مطالعه دیگری نیز به مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونر پرداخته شد که نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو مداخله بر بهبود تعارضات زناشویی در این بیماران بود و تأثیر مداخله‌ها در مرحله پیگیری ماندگار بود (جزایری و همکاران، ۱۳۹۸). در یک پژوهش نیز به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز پرداخته شد که نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار اضطراب و افسردگی این بیماران را کاهش و سلامت روانی آنان را بهبود می‌بخشد (شناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش دیگری نیز اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روی اضطراب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب پرداخته شد که نتایج آن اثربخش بودن این درمان را برای کاهش اضطراب این افراد نشان دادند (گیلی، ۲۰۲۱).

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است و افزایش جمعیت سالمندان به قدری قابل توجه است که از آن به عنوان انقلاب ساکت یاد می‌شود. با افزایش سن، میزان

یا اولیه از بهزیستی عینی یا ذهنی را پس از قرار گرفتن در معرض یک اتفاق ناگوار مجدداً کسب نمایند (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات نشان داده‌اند که در میان سالمندان، تاب‌آوری با افزایش رضایت از اوقات فراغت (خاتمی، ۱۴۰۲)، افزایش سلامت معنوی (یوسفی افراشته و مرادی، ۱۴۰۱)، افزایش کیفیت زندگی (عندلیب کورایم و محمدنیا، ۱۴۰۰)، افزایش انعطاف‌پذیری (کاوالو و همکاران، ۲۰۲۰) و رضایت از زندگی (فوفانا و همکاران، ۲۰۲۰) رابطه دارد و باعث ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) می‌شود (نیوفیلد و مالین، ۲۰۱۹).

از روش‌های متنوعی جهت بهبود اضطراب مرگ و تاب‌آوری استفاده شده که از آن جمله می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۱</sup> (خدابخشی کولایی، ۲۰۲۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> (میرزایی دوستان و همکاران، ۲۰۱۹)، خنده درمانی<sup>۳</sup> (کورواآیسی و همکاران، ۲۰۱۸)، مداخلات روانی اجتماعی<sup>۴</sup> (منزیس و همکاران، ۲۰۱۸) و درمان هیجان‌مدار<sup>۵</sup> (گیلی، ۲۰۲۱) اشاره نمود. برخی از انواع درمان‌ها می‌توانند به تنظیم افکار و برقراری ارتباط بهتر، مهارت‌های حل مسئله و مدیریت علائم بیماری کمک کنند. یکی از درمان‌های پیشنهادی رویکرد هیجان‌مدار است. این رویکرد مربوط به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می‌شوند. یکی از مزایای روش درمان هیجان‌مدار که باعث برتری اثر بخشی این رویکرد نسبت به بسیاری از رویکردهای درمانی دیگر شد، ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله می‌باشد. همین ویژگی‌ها باعث کاهش احتمال عود اختلالات پس از بکارگیری این روش درمانی شده است. ارزیابی سبک ارتباطی اولین مرحله از درمان هیجان‌مدار را تشکیل می‌دهد. با اجرای این مرحله انواع دفاع‌های فرد آشکار می‌شود و پیامدهای آن برای فرد تشریح می‌شود. با تکرار این مراحل هیجان‌ناآشکار و سرکوب شده برای فرد آشکار شده و وی قادر می‌شود چرخه ارتباطی منفی که ناشی از وجود این نوع هیجان‌ناآشکار است را بهبود بخشد. از دیگر ویژگی‌های درمان هیجان‌مدار می‌توان به تأکید بر سبک‌های دلبستگی اعم از ایمن و سازگارانه، از طریق توجه،

1 dialectical behavior therapy

2 acceptance & commitment therapy

3 laugh therapy

4 psychosocial interventions

5 emotion focused therapy

این مطالعه بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان می‌باشد فرضیات این مطالعه عبارت بودند از اینکه (۱) درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ سالمندان مؤثر است و (۲) درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری سالمندان مؤثر است.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و به لحاظ روش اجرا نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مقیم سراهای سالمندان شیراز بود، حجم نمونه نیز شامل ۳۰ نفر از سالمندان مقیم مرکز سالمندان زاگرس شیراز (۶۰ تا بیش از ۹۰ سال) در زمستان سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس، با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه و بر اساس کسب نمرات پایین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون انتخاب و به طور تصادفی و مساوی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) رضایت آگاهانه، (۲) توانایی شرکت در جلسات گروه‌درمانی، (۳) سن بالاتر از ۶۰ سال، (۴) داشتن نمرات پایین‌تر از ۶ در پیش‌آزمون مقیاس اضطراب مرگ تمپلر و نمرات پایین‌تر از ۵۰ در پیش‌آزمون مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، (۵) گرفتن حداقل نمره ۸ در آزمون کوتاه شناختی AMT و (۶) تمایل برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج افراد از تحقیق نیز شامل (۱) عدم توانایی شرکت سالمندان در جلسات گروه‌درمانی، (۲) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان و (۳) شرکت در کلاس‌های آموزشی روانشناختی به طور همزمان. بود. سپس افراد گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹) شرکت کردند و افراد گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نمودند. در پایان جلسات، پس از آزمون برای هر دو گروه مجدداً اجرا شد. میانگین سنی گروه آزمایش ۷۳/۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۷۸/۲۷ بود. در گروه آزمایش، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۶/۶ درصد) بالاتر از لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۴ درصد) بالاتر از لیسانس بودند. همچنین در گروه آزمایش زنان با

اضطراب مرگ افراد نیز افزایش می‌یابد و تحقیقات انجام شده در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی شواهد قانع‌کننده‌ای ارائه داده است که اضطراب مرگ این پتانسیل را دارد که عمیقاً بر روان انسان تأثیر بگذارد؛ چراکه به نظر می‌رسد ترسی اساسی و در برگیرنده طیف وسیعی از اختلالات روانی، از جمله خودبیمارانگاری<sup>۱</sup>، اختلال هراس<sup>۲</sup>، اضطراب جدایی<sup>۳</sup>، افسردگی<sup>۴</sup> و اختلالات مربوط به خوردن غذا ناشی از اضطراب مرگ باشد (بروجدی و مازندرانی، ۱۳۹۸). همچنین تاب‌آوری در حوزه‌های بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای برای خود کسب کرده است و بیش از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است. با وجود اینکه تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند. به عبارت دیگر تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و تغییرناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی آن را دارند (عیسی نژاد و حیدریان، ۱۳۹۹). نتیجه مطالعات نشان داده است که بین اضطراب و تاب‌آوری رابطه معکوس وجود دارد؛ بدین صورت که هرچه میزان اضطراب افراد بیشتر باشد تاب‌آوری آنها کمتر می‌شود (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۹). سالمندان زمانی تاب‌آور در نظر گرفته می‌شوند که نه تنها در مقابل مشقت و سختی تسلیم نشوند، بلکه ظرفیت که با مدیریت وقایع استرس‌زا امکان‌پذیر است را کسب نماید و سطوح قبلی یا اولیه از بهزیستی عینی یا ذهنی را پس از قرار گرفتن در معرض یک اتفاق ناگوار مجدداً کسب نمایند (لادن بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰). موضوعات گفته شده به خصوص در ایران که روند جمعیت به سمت سالمندی می‌رود، حائز اهمیت است و پژوهش حاضر به همین جهت انجام گرفته است. اثر بخشی همچنین با توجه به اینکه مطالعات درمان هیجان‌مدار در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی و افسردگی صورت گرفته است، کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند (اردستانی و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس مطالعات انجام شده، این موضوع تا کنون در ایران بررسی نشده است؛ بنابراین اجرای این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد و هدف از

1 hypochondriasis

2 panic disorder

3 separation anxiety

4 depression



معنوی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه است (نقوی و کمالی، ۱۴۰۲). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ را  $0/89$  گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای  $0/87$  بوده است. این مقیاس در سال ۱۳۸۴ توسط محمدی در ایران، ترجمه و اعتباریابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان مقیاس و تایید طراحی‌کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ و  $0/93$  بدست آمد. برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد که نتایج آن، بیانگر تک عاملی بودن مقیاس بود. در مطالعه ای که امیرپور و همکاران (۱۳۹۳) به منظور بررسی همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون انجام دادند، نشان داده شد که مقدار آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی اسپیرمن-بروون به ترتیب برابر با  $0/966$  و  $0/656$  بوده است.

**پروتکل درمانی.** محتوای جلسات درمانی از پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹) اقتباس شده که برای ۸ جلسه طراحی شده است. در جدول ۱ محتوای جلسات به تفکیک ارائه شده است.

### روش اجرا

برای انجام این پژوهش، ابتدا هماهنگی و اخذ مجوزهای لازم از مسئولان پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با دو مرکز سالمندان جهت اجرای پژوهش انجام گرفت که سالمندان آن‌ها در مجموع ۱۴۶ نفر بودند. یکی از مراکز تمایلی برای شرکت در انجام پژوهش نداشت اما پس از کسب موافقت مرکز دیگر یعنی مرکز شبانه روزی نگهداری و توانبخشی سالمندان زاگرس شیراز، پژوهش در آنجا و در زمستان سال ۱۴۰۲ انجام شد. سپس برای افراد جامعه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. در ادامه لیستی از سالمندان مرکز تهیه شد که شامل ۵۶ نفر بودند. پس از اجرای آزمون AMT و اجرای پیش‌آزمون تعداد ۱۲ نفر از آنان بدلیل کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون و تعداد ۷ نفر از آنان بدلیل کسب نمره پایین‌تر از ۸ که نقطه برش آزمون شناختی AMT می‌باشد، و در مجموع تعداد ۱۹ نفر از آنان کنار گذاشته شدند. تعداد ۷ نفر از سالمندان نیز بدلیل عدم توانایی برای شرکت در جلسات گروه درمانی معیار ورود به پژوهش را نداشتند. در نهایت نمونه اصلی شامل تعداد ۳۰ نفر از سالمندان مقیم مرکز سالمندان زاگرس شیراز (۶۰ تا بیش از

۶۰ درصد و رنج سنی ۶۹-۶۰ سال با ۴۰ درصد دارای بیش‌ترین فراوانی و در گروه کنترل نیز زنان با  $53/3$  درصد و رنج سنی ۸۹-۸۰ سال با  $46/7$  درصد از بالاترین فراوانی برخوردار بودند.

### ابزار

**مقیاس اضطراب مرگ تمپلر<sup>۱</sup>.** تمپلر این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۷۰ ساخت و شامل ۱۵ ماده است که نگرش شرکت‌کنندگان را به مرگ می‌سنجد. این مقیاس شامل ۵ بعد ترس از مرگ، ترس از درد و بیماری، افکار مربوط به مرگ، زمان گذرا و زندگی کوتاه، و ترس از آینده است (ذوقی و سلمانی، ۱۴۰۱). شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را به هر سوال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند. به عنوان مثال سوال «آیا درباره تنها بودن به هنگام مرگ نگرانید؟» پاسخ «بلی» نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. به این ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمرات بالاتر از ۷ نشان دهنده اضطراب مرگ بالا بوده و نمرات پایین‌تر از ۶ نشانگر اضطراب مرگ پایین می‌باشد. تمپلر ضریب پایایی مقیاس اضطراب مرگ را  $0/85$  و ضریب همسانی درونی آن را  $0/73$  و روایی محتوایی و صوری آن را مطلوب گزارش کرده است (تمپلر، ۱۹۷۲). در مطالعه زمانی و ذوالفقاری (۱۴۰۱)، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/88$ ، پایایی سازه بالاتر از  $0/70$  و همبستگی درون طبقه ای  $0/87$  بدست آمده است و روایی محتوایی و صوری آن را نیز مورد تایید قرار داده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس  $0/79$  بدست‌آمد.

### پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون<sup>۲</sup>.

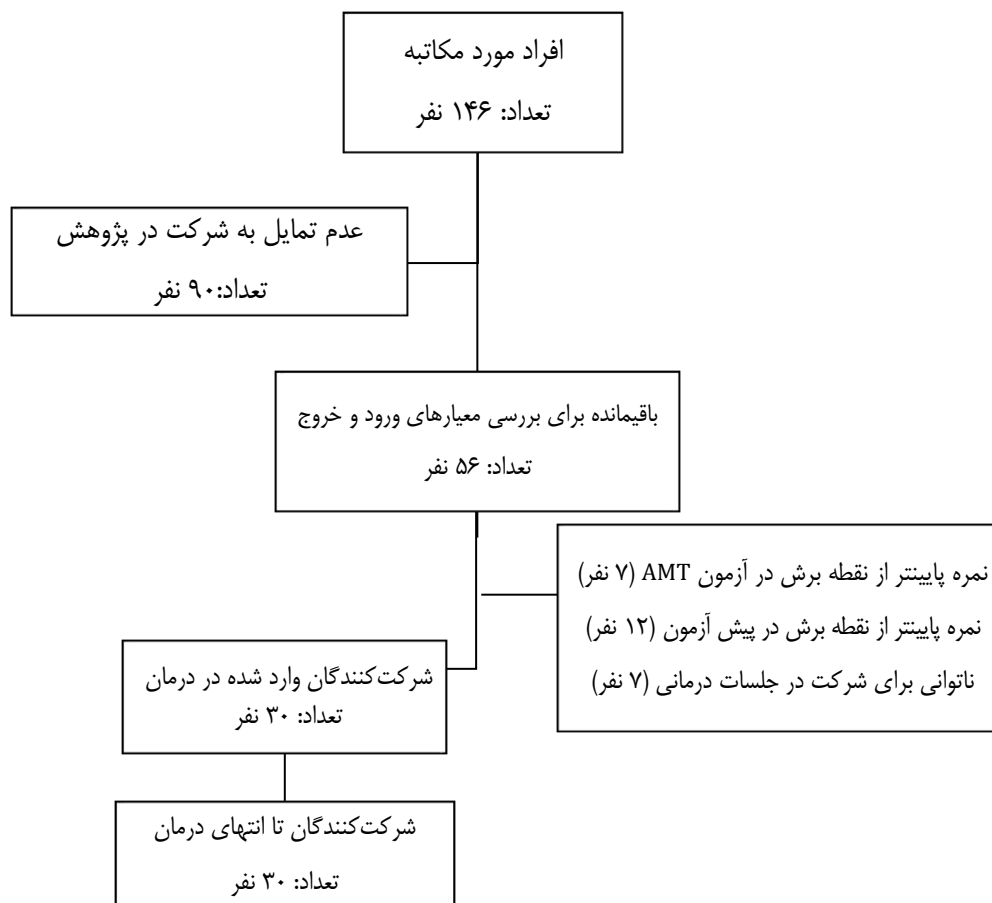
این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کرده‌اند و دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت پنج درجه‌ای بوده و برای به‌دست‌آوردن امتیازات کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شود. این امتیازات دامنه ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هرچه نمرات افراد از ۵۰ بالاتر باشد، بیانگر تاب‌آوری بیشتر شرکت‌کنندگان است. تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات

<sup>1</sup> Templar death anxiety scale

<sup>2</sup> Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)

توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دارای گواهی درمان هیجان‌مدار و زیر نظر استاد روانشناسی بالینی صورت گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همه موارد به صورت محرمانه در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش موازین اخلاقی شامل گرفتن کداخلاق (IR.IAU.SHIRAZ.REC.1402.152)، اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط شرکت کنندگان و زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ضمن تأکید به تکمیل تمامی سوال‌ها، افراد در مورد خروج از پژوهش در هر زمان مختار بودند. به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه می‌مانند و این امر رعایت شد.

۹۰ سال) بود (مندرج در فلوجارت شکل ۱) که به روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه و براساس کسب نمرات پایین‌تر از نقطه برش در پیش‌آزمون و تمایل به همکاری انتخاب شدند. از میان این ۳۰ نفر، ۱۵ نفر به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. سپس گروه آزمایش در طول ۸ هفته و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در جلسات درمانی هیجان‌مدار گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹) اجرا شده توسط پژوهشگر شرکت نمودند و در طی این مدت گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت ننمود. معیارهای حذف از مطالعه نیز شامل انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها بود. پس از اتمام جلسات، پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و اضطراب مرگ به عنوان پس‌آزمون، توسط همه شرکت‌کنندگان گروه کنترل و آزمایش تکمیل شد. در طول مطالعه ریزشی در گروه آزمایش وجود نداشت. این مداخله



شکل ۱. فلوجارت روند نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان در مطالعه

## جدول ۱

## پروتکل درمان هیجان‌مدار

| جلسات | هدف                          | محتوا   |
|-------|------------------------------|---|
| اول   | آشنایی و معرفی برنامه درمانی | آشنایی کلی با اعضاء، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنها از شرکت در کلاس، ارائه تعریف درمان هیجان‌مدار، آشنایی اولیه با مشکلات اعضاء، تعیین اهداف جلسات و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی  |
| دوم   | تحلیل و تغییر هیجان‌ات       | شناسایی هیجان‌های مربوط به اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان، به چالش کشیدن تجربیات ناخوشایند هیجانی، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان‌ها و در نهایت ارائه جمع‌بندی جلسه و تشویق افراد برای شرکت در جلسه بعدی   |
| سوم   | تحلیل و تفسیر هیجان‌ات       | کنترل و کشف سبک پردازش‌های هیجانی افراد و بررسی هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان، دسترسی به احساسات ابراز نشده‌ای که زیربنای الگوهای تعاملی می‌باشند و دستیابی به هیجان‌ات زیرساختاری   |
| چهارم | درگیری هیجانی عمیق           | رسیدن به هیجان‌های اولیه زیربنایی و شناخت نیازهای مربوط به این هیجان‌ات و رساندن آن به آگاهی، کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و ابزاری، استفاده از فنون کار با صندلی و در نهایت ارائه جمع‌بندی جلسه و تشویق افراد برای شرکت در جلسات بعدی  |
| پنجم  | درگیری هیجانی عمیق           | مطالبه کردن نیازهایی که فرد از آنان امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای که قبلاً از آن اجتناب شده است، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار و در نهایت ارائه جمع‌بندی جلسه  |
| ششم   | درگیری هیجانی عمیق           | گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط با آن تصویر (خود، پدر، مادر، همسر و سایر ابژه‌های احتمالی) و تسهیل دستیابی به هیجان‌ات و راه‌کارهای تازه برای حل مسائل کهنه با استفاده از تکنیک صندلی خالی |
| هفتم  | تحکیم و یکپارچه سازی         | هدایت افراد در حین بازنمایی ابژه‌ها و رسیدن به بینش تجربه، هماهنگی درمانگر با تجربه درونی افراد و تلاش برای تعمیم بینش و احساسات جدید به خارج از جلسات درمان  |
| هشتم  | تحکیم و یکپارچه سازی         | رشد حکایت جدید از تجارب و بیان استعاره از حالت قبلی مشکل خود (مثل زندانی در قفس)، انعکاس آنچه تا کنون رخ داده‌است، ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود و روش تغییر هیجان با هیجان، در نهایت تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده   |

## یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب مرگ و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل شامل میانگین و انحراف معیار گزارش شده است. با توجه به جدول ۲ مشخص می‌شود که پس از انجام مداخله در مرحله پس‌آزمون در متغیر تاب‌آوری میانگین گروه آزمایش از گواه بیشتر بوده است؛ در نتیجه می‌توان احتمال داد که درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری شرکت‌کنندگان تأثیر مثبت داشته است. همچنین اگرچه میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گواه در متغیر اضطراب مرگ به مقدار کمی کاهش یافته است اما این تغییر قابل ملاحظه نبوده است، پس درمان هیجان‌مدار احتمالاً به روی این متغیر تأثیرگذار نبوده است.

باتوجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) برای تجزیه و تحلیل نتایج اصلی استفاده شد. در همین راستا برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد اضطراب مرگ ( $F=0/120$ ,  $P=0/732$ )، و تاب‌آوری ( $F=0/199$ ,  $P=0/733$ )، به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار نبودن میزان  $F$  در سطح  $0/05$  در متغیرهای اضطراب مرگ ( $F=1/425$ ,  $P=0/265$ ) و

پژوهش که بین ۱/۹۶- تا ۱/۹۶ قرار دارد، می‌توان بیان نمود که توزیع متغیرهای پژوهش احتمالاً نرمال است. از آنجا که مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس محقق شده است، برای بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر نمره کل اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

تاب‌آوری ( $F=0/055$ ،  $P=0/947$ ) بود. به علاوه، جهت بررسی پیش فرض توزیع طبیعی متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو ویلک - استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع طبیعی در متغیرها وجود دارد چرا که  $Z$  به دست آمده در سطح  $0/05$  معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین بر اساس تحلیل آمار توصیفی داده‌ها و با توجه به مقدار کجی و کشیدگی متغیرهای

## جدول ۲

شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب مرگ و تاب‌آوری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیرها    | گروه آزمایش            |                        | گروه کنترل             |                        |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|            | پیش آزمون              | پس آزمون               | پیش آزمون              | پس آزمون               |
| تاب‌آوری   | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
|            | ۳۲/۲۰ (۱۳/۳۵۸)         | ۶۰ (۹/۷۴۶)             | ۴۸/۵۳۳ (۱۸/۸۵۲)        | ۵۱/۰۶۶ (۱۳/۶۹۲)        |
| اضطراب مرگ | ۶ (۰/۹۲۵)              | ۶/۶۰۰ (۱/۸۰۴)          | ۶/۵۳۳ (۱/۴۵۷)          | ۷/۵۳۳ (۱/۵۵۲)          |

## جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری اضطراب مرگ و تاب‌آوری دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر      | منبع تغییرات | مجموع مجذورات آزادی | درجه    | میانگین  |         | آماره F | سطح p    | مجذورات |
|------------|--------------|---------------------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|
|            |              |                     |         | میانگین  | مجذورات |         |          |         |
| پیش‌آزمون  | ۶/۷۰۹        | ۱                   | ۶/۷۰۹   | ۲/۴۹۴    | ۰/۱۲۶   | ۰/۰۸۵   | ۲/۴۹۴    |         |
| اضطراب مرگ | گروه         | ۳/۶۹۴               | ۱       | ۳/۶۹۴    | ۱/۳۷۳   | ۰/۲۵۱   | ۳/۶۹۴    |         |
| خطا        | ۷۲/۶۲۴       | ۲۷                  | ۲/۶۹۰   | ۲/۶۹۰    | ۲۷      | ۲/۶۹۰   | ۲/۶۹۰    |         |
| پیش‌آزمون  | ۶۱۳/۷۱۳      | ۱                   | ۶۱۳/۷۱۳ | ۵/۹۴۴    | ۰/۰۲۲   | ۰/۱۸۰   | ۵/۹۴۴    |         |
| تاب‌آوری   | گروه         | ۳۰۹/۱۱۵۶            | ۱       | ۳۰۹/۱۱۵۶ | ۹/۶۳۲   | ۰/۰۰۴   | ۳۰۹/۱۱۵۶ |         |
| خطا        | ۳۲۱/۳۲۴۱     | ۲۷                  | ۱۲۰/۰۴۹ | ۱۲۰/۰۴۹  | ۲۷      | ۱۲۰/۰۴۹ | ۱۲۰/۰۴۹  |         |

آزمایش (۶۰) نسبت به میانگین تاب‌آوری گروه کنترل (۵۱/۰۶۶)، موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر برابر با ۰/۲۶۳ است، ۲۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تاب‌آوری مربوط به تأثیر درمان هیجان‌مدار است. فرضیه دوم پژوهش تایید شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی فرآیندی زیستی و دوره ای حساس از زندگی است که با بروز تغییرات خود به خودی، پیش رونده و بازگشت ناپذیر فیزیولوژیکی و روانشناختی همراه می‌باشد. همچنین با افزایش امید به زندگی افراد در جوامع کنونی، تعداد سالمندان نیز افزایش یافته و با توجه به آسیب‌پذیری بودن آنان نسبت به برخی از بیماری‌های روانی توجه به آنان ضرورت می‌یابد. در واقع افراد در این مرحله با شایع‌ترین موضوعات سلامت روان

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار با توجه به میانگین اضطراب مرگ گروه آزمایش (۶/۶۰۰) نسبت به میانگین اضطراب مرگ گروه کنترل (۷/۵۳۳)، با وجود کاهش جزئی، موجب تغییر معناداری در میزان اضطراب مرگ در گروه آزمایش نشده است. میزان تأثیر برابر ۰/۰۴۸ است، یعنی ۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات اضطراب مرگ مربوط به تأثیر درمان هیجان‌مدار است. فرضیه اول پژوهش تایید نشد. همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد. درمان هیجان‌مدار با توجه به میانگین تاب‌آوری گروه

سالمندان مانند اضطراب مرگ و تاب‌آوری مواجه می‌گردند که با استفاده از مداخلات مناسب درمانی می‌توانند بهبود یابند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ و تاب‌آوری سالمندان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان‌داد که اگرچه راهبردهای روان‌شناختی درمان هیجان‌مدار موجب کاهش جزئی اضطراب مرگ سالمندان گردید اما از نظر آماری بر اضطراب مرگ آنان تأثیر معناداری نداشت، از سوی دیگر این درمان بر روی تاب‌آوری تأثیری مثبت و معنادار داشت.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیر دارد، تأیید نشد، تا آنجایی که بررسی‌های ما نشان می‌دهد، پژوهشی به بررسی مستقیم اثربخشی درمان هیجان‌مدار به روی اضطراب مرگ و تاب‌آوری در سالمندان نپرداخته است، همچنین برخی تحقیقات صورت گرفته در زمینه تعیین اثر بخشی درمان هیجان‌مدار به روی اضطراب مرگ و یا تاب‌آوری، عمدتاً به روی نمونه‌های دیگری به غیر از سالمندان صورت گرفته است. از این رو نتایج یافته‌های موجود به ویژه در مورد اثر بخشی درمان هیجان‌مدار به روی اضطراب مرگ با یافته‌های موجود عمدتاً همخوانی ندارد. در نتیجه داده‌های موجود با نتایج مطالعات شناگویی محرر و همکاران (۱۳۹۸)، جزایری و همکاران (۱۳۹۸)، عابدی و همکاران (۱۴۰۱) و گیلی و همکاران (۱۳۹۹)، ناهمسو می‌باشند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به عنوان ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد ارتباط نزدیکی دارد. در واقع درمان هیجان‌مدار محور شیوه‌ای است که در آن افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده‌اند را تقویت می‌نمایند، این امر منجر به اضطراب مرگ و کاهش انعطاف‌پذیری کنشی شده است (آذرنیوشان، ۱۳۹۱). درمان هیجان‌مدار با هدف گذاری بر شناسایی رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله با تأثیر گذاری بر برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی و نیز شناخت‌ها ی منفی منجر به کاهش اضطراب مرگ می‌گردد و با تأکید بر مهارت‌های شناسایی طی هیجانات خود و سایرین و چگونگی تعدیل و مدیریت هیجانات منفی منجر به بهبود انعطاف‌پذیری می‌شود. نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی مرگ برای بیماران غالباً فرایندی دشوار و طاقت فرسا

است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش اضطراب مرگ است و در راستای درمان هیجان‌مدار، این درمان به مراجعان کمک می‌کند به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را عمیق‌تر دریافت کنند. در انتهای پروسه درمانی مراجع دست آوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌ها و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و به ادراک تازه‌ای از خود دست می‌یابد. تصدیق خود تنظیم‌گری‌ها به مراجع در شناخت خود به عنوان یک انسان انتخاب‌گر کمک می‌کند. کلی (۲۰۰۹) در دیدگاه خود بیان نمود که عناصر مهم شناختی اضطراب مرگ شامل نگرش‌ها، توانایی تصور پیش‌بینی و آگاهی آشکار از مرگ است، از این میان درمان هیجان‌مدار یک درمان کوتاه مدت نظام‌دار است که مربوط به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می‌شود. درمان با هیجان‌مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسان‌گرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه‌گرایی و تعقل‌گرایی را به هم نزدیک نمود. روان‌درمانی هیجان‌مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تأکید می‌کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رویکرد، یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روان‌شناختی نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی آنان که تحت عملکردها ی روان‌شناختی مشکل ساز قرار دارد، می‌شود. درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (زمانی، ۱۳۹۶).

همچنین درمان هیجان‌مدار، آشفستگی‌های سالمندان، بیماران، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد شده و ادامه پیدا

اهداف مراجع نگریسته می‌شود. در درمان هیجان‌مدار نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به افزایش تاب‌آوری شده است. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان‌شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی‌های شخصیتی، اختلال‌ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی و ارتباط‌های بین‌فردی، یافته‌های بی‌بدیلی را فراروی بشر قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می‌توان به منزله مسیرهایی در فضای هسته سیستم عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می‌تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات گردد. درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و خانواده نزدیک و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. هدف درمان هیجان‌مدار کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبت است که این‌ها به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری افراد می‌گردند. تاب‌آوری منبعی درون‌روانی برای تسهیل غلبه بر مشکلات است و می‌تواند مدیریت استرس و دستیابی به آرامش و بهزیستی را در افراد تسهیل سازد (آذرنیوشان، ۱۳۹۱).

همچنین در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد با توجه به اینکه هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد حفظ و قطع رابطه با دیگران ناسازنده باشند، اما تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر افزایش تاب‌آوری داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کند. به عبارت دیگر چون هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است، باعث مراقبت مؤثر در موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌ها اجتماع را به همراه دارد. بنابراین درمان هیجان‌مدار با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها نقش مهمی در کاهش علائم سلامت‌روان دارد (رحیمی، ۱۴۰۱).

می‌کند. در واقع در درمان هیجان‌مدار سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل شوند. مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است باعث کاهش اضطراب مرگ می‌شود. به نظر می‌رسد که ناهمسو بودن نتایج پژوهش حاضر با برخی مطالعات در مورد عدم تأثیر درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ سالمندان می‌تواند به دلایل متعددی مانند محدودیت سنی نمونه‌ها، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، کوچکی حجم نمونه، منطقه ای بودن نمونه در یک شهر خاص با شرایط خاص اجتماعی، فرهنگی و غیره، ممانعت از انجام پژوهش در سایر مراکز سالمندان، عدم تمایل برخی از سالمندان به پر کردن پرسش‌نامه و برخوردار نبودن برخی از آنان از وضعیت شناختی مناسب برای شرکت در آزمون باشد. درحقیقت نتیجه عدم تأثیر درمان هیجانی به روی اضطراب مرگ که می‌تواند به دلیل وجود محدودیت‌های گفته شده باشد، احتمالاً قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی، مناطق جغرافیایی و غیره نباشد. از طرف دیگر در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت، با مراجعه به مطالعاتی که ولایی و زالی پور (۱۳۹۴)، و قربانعلی پور و اسماعیلی (۱۳۹۱) انجام دادند؛ معنادرمانی بر کاهش اضطراب مرگ سالمندان مؤثر بوده و شاید درمان بهتری نسبت به درمان هیجان‌مدار در این زمینه باشد. همچنین نتایج حاصل از پژوهش‌های آل‌وستانی و ممسلی (۱۳۹۹)، خدابخشی کولایی (۲۰۱۸)، مجیدی و مرادی (۲۰۱۸) و بیطرفان (۲۰۱۸) نشان دادند؛ جلسات معنویت درمانی می‌تواند تأثیر مثبت و معناداری در اضطراب مرگ سالمندان ایجاد کنند.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری سالمندان تأثیر دارد، تایید شد؛ که این با یافته مطالعات هدایتی و همکاران (۱۴۰۰)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸) و فقیه و کاظمی (۱۳۹۸) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد دارد. فرآیند درمان هیجان‌مدار که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله با هم هم‌پوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای



اردستانی بالائی، ز، بنی سی، پ، و زمردی، س. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان. *فصلنامه پویا در آموزش علوم تربیتی و مشاوره*، ۷(۱۴)، ۱۶۸-۱۴۷.

افروخته، ل، پارسا معین، ک، و قربان جهرمی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر رفتار کمک طلبی تحصیلی و سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۳(۱۷)، ۱۵-۱.

آلوستانی، س، و ممشلی، ل. (۱۳۹۹). تأثیر گروه درمانی معنوی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۲۶(۱)، ۵۷-۴۶.

بخشی، ن، پشنگ، س، جعفری، ن، و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). ارائه مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان براساس امید به زندگی با میانجیگری اضطراب مرگ. *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۸(۳)، ۲۸۳-۲۹۳.

بروجردی، ف، و مازندرانی، س. (۱۳۹۸). فراتحلیل مطالعات انجام شده بر اضطراب مرگ. *فصلنامه اندازة گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی*، ۹(۳۶)، ۱۱۹-۱۳۶.

بهرامی، ل، محمدی شاه‌بلاغی، ف، ره گویی، ا، و بیگلریان، ا. (۱۴۰۰). بیش بینی راهبردهای مقابله ای بر اساس سلامت معنوی و تاب‌آوری در سالمندان شهر تهران. *نشریه روان پرستاری*، ۹(۱)، ۶۵-۵۶.

بیطرفان، ل، کاظمی، م، و یوسفی افراشته، م. (۱۳۹۸). رابطه سبک‌های دلبستگی به خدا و تاب‌آوری اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۴)، ۴۵۷-۴۴۶.

تثاگوی محرر، غ، شیرازی، م، محمدی، ر، و مقصود لو، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اسکروز (ام.اس. چندگانه). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۶۱(۱)، ۲۰۰-۱۹۰.

جزایری، ر، خانه‌ئی، د، بهرامی خوندایی، ف، منتظری، ن، و اعتمادی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و هیجان‌مدار (EFT) بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری. *نشریه خانواده پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۵۴۰-۵۱۹.

جهانگیرراد، م، کراسکیان موجمناری، آ، و ناصری مقدم، س. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *نشریه گوارش*، ۲۶(۱)، ۳۱-۲۵.

خقدوست، ز، مبین، م، و امید، س. (۱۳۹۹). ارتباط تجارب معنوی با امید به زندگی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیری ندارد اما بر تاب‌آوری تأثیر داشته و باعث افزایش آن می‌گردد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود، با توجه به نقش تاب‌آوری به ویژه در زندگی سالمندان، مسئولین مراکز سالمندان و سایر مکان‌هایی که با سالمندان ارتباط دارند نسبت به برگزاری جلسات فردی یا گروهی درمان هیجان‌مدار برای افزایش تاب‌آوری سالمندان اقدام نمایند.

یافته‌های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره نمود که به دلیل ممانعت از انجام پژوهش در سایر مراکز سالمندان، عدم تمایل برخی از سالمندان به پر کردن پرسش‌نامه و برخوردار نبودن برخی از آنان از وضعیت شناختی مناسب برای شرکت در آزمون بود. از دیگر محدودیت‌های پژوهشی می‌توان به قابل تعمیم بودن نتایج به گروه سنی سالمندان (۶۰ سال به بالا) و غیر قابل تعمیم بودن نتایج به سایر گروه‌های سنی اشاره کرد. همچنین در این پژوهش بدلیل محدودیت زمانی و مالی تنها از پرسش‌نامه به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده گردید. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش دقت در سنجش و اندازه‌گیری متغیرها، از دیگر ابزارهای اندازه‌گیری مانند مصاحبه و پرسش‌نامه نیز استفاده گردد. همچنین با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش حاضر، می‌توان در تحقیقات آتی از حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده کرد و در سایر مراکز نگهداری از سالمندان نیز آن را اجرا کرد. توصیه می‌شود تأثیر ویژگی‌های جمعیت شناختی بر متغیرها نیز به تفکیک بررسی شود و پژوهش حاضر در بازه‌های زمانی دیگر و در گروه‌های سنی دیگر نیز بررسی گردد.

## سپاس‌گزاری

نویسندگان این مقاله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، به خاطر حمایت‌های معنوی و همکاری‌شان در اجرای پژوهش حاضر سپاس‌گزاری می‌نمایند، همچنین از تمامی سالمندان شرکت‌کننده که صبورانه و مشتاقانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## منابع

آذرینوشان، ب، به‌پژوه، ا، و غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۲(۱۲)، ۱۶۶-۱۵۸.

عندلیب کورایم، م. و محمودی نیا، س. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان با نقش تاب آوری و ذهن آگاهی. *نشریه روان‌شناسی پیری*، ۷ (۲)، ۱۷۹-۱۶۷.

عیسی نژاد، ا. و حیدریان، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تاب آوری خانواده آزادگان (اسرای جنگی). *مجله طب نظامی*، ۲۲ (۵)، ۴۲۰-۴۱۰.

فقیه، س. و کاظمی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تحمل زوج‌های نابارور در اصفهان. *نشریه سلامت جامعه*، ۱۲ (۱)، ۲۹-۲۲.

قربان علی‌پور، م. و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳ (۹)، ۶۸-۵۳.

کمالی شروذانی، س. و نقوی، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی مربیگری راه حل محور بر خردمندی و تاب آوری زنان سالمند و میانسال. *نشریه روان‌شناسی پیری*، ۹ (۱)، ۴۴-۳۳.

کیهانی، م. تقوایی، د.، رجیبی، ا. و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴ (۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷.

مجیدی، ع. و مرادی، ع. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، ۱۳ (۱)، ۱۱۰-۱۲۳.

محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ۲۲۴-۲۰۳.

مقدسی، م. ر.، ایزدی، ب. و شعبانی مقدم، ک. (۱۴۰۱). مدل‌سازی تاب آوری در ورزش. *فصلنامه مطالعات روانشناسی ورزشی*، ۱۰ (۳۸)، ۲۵۲-۲۳۳.

میرزایی دوستان، ز.، زرگر، ی. و زندی پیام، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتال به HIV شهر آبادان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۱)، ۱۳-۲.

میری، م. ن.، همتی، ع. و میکاییلی، ن. (۱۴۰۰). فراتحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون رابطه بین تاب آوری و رضایت از زندگی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۳ (۱)، ۱۸۲-۱۹۲.

وصالی، ه.، لاجینی، ع.، افشانی، ر. و محدودی زمان، م. (۱۳۹۹). رابطه ی سبک‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اضطراب مرگ در سالمندان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۴ (۵۵)، ۱۷-۲۶.

سوختگی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۸ (۵۹۸)، ۸۱۷-۸۱۱.

خدابخشی کولایی، ع.، حیدری، ف. و زنگنه مطلق، ف. (۱۳۹۸). گروه درمانی روانشناسی مثبت‌گرا بر معنای زندگی و اضطراب مرگ در زنان سالمند مبتلا به ناتوانی‌های جسمی حرکتی. *مجله تحقیقات دین و سلامت*، ۲ (۲)، ۲۸-۱۶.

خدادادی، س.، پورهادی، س.، حسینی، س. ر.، سام، ش.، خیرخواه، ف. و محمدی، ز. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، وضعیت شناختی و افسردگی با فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان شهر امیرکلا. *نشریه سالمند*، ۱۷ (۱)، ۱۵-۲.

خلوتی، م.، باباخانیان، م.، خلوتی، م.، نافی، ا.، خلوتی، م. و غفوری، ر. (۱۴۰۰). اضطراب مرگ در سالمندان ایرانی، یک مرور نظام مند و متآنالیز. *مجله سالمندی ایران*، ۱۶ (۲)، ۱۵۲-۱۷۱.

رستمی، آ. و هروی کریموی، م. (۱۴۰۱). کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران در پاندمی کووید ۱۹. *نشریه پیش، نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی*، ۲۲ (۱)، ۹۳-۸۳.

زمانی، س. و ذوالفقاری، م. (۱۴۰۱). رابطه ذهن آگاهی و توانایی تحمل ابهام با اضطراب مرگ و کیفیت خواب سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۸ (۳)، ۳۱۰-۲۹۹.

سلمانی، م. و ذوقی، ل. (۱۴۰۱). رابطه احساس تنهایی، هوش معنوی و سلامت عمومی با اضطراب مرگ در سالمندان: نقش میانجی ذهن آگاهی. *نشریه روان‌شناسی پیری*، ۸ (۱)، ۵۵-۶۹.

سلیمانی، ا.، افروز، ع.، صادقی، م. و سلم آبادی، م. (۱۴۰۰). تعیین سهم مؤلفه‌های هوش اجتماعی و تاب آوری در پیش بینی اضطراب کرونا در دانشجویان. *مجله علمی پژوهان*، ۱۹ (۴)، ۳۴-۱۶.

سیدالشهدایی، م.، سراج، آ. و حقانی، ح. (۱۳۹۸). ارتباط تاب آوری با اضطراب بیماران سوختگی کاندید پیوند پوست. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۳ (۱۲۲)، ۷۳-۶۴.

عابدی نقدرد، م.، مرغزاری، م. و طالقانی، ع. (۱۴۰۱). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۲ (۱۶)، ۱۵-۱.

عاقل مسجدی، م.، خلعتبری، ج.، ابوالقاسمی، ش.، تیزدست، ط.، و خیرخواه، ج. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بر پایبندی به درمان در بیماران قلبی. *مجله بین‌المللی علوم رفتاری کاربردی*، ۷ (۱)، ۳۳-۴۵.

عبدولی، م. و ذبیح زاده، ع. (۱۴۰۰). خودپنداره و تنظیم فاصله بینافردی در روابط نزدیک: مطالعه ای با آزمون بینافردی مطبوع. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵ (۲)، ۲۲۵-۲۰۷.

- anxiety in the elderly. Hayat, *Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Journal of Hayat)*, 26(1), 46-57. [Persian]
- Andalib Kourayem, M., & Mahmoodinia, S. (2021). The Quality of life in the elderly: The Role of resiliency and mindfulness. *Aging Psychology*, 7(2), 167-179. <https://doi.org/10.22126/JAp.2021.6217.1510> [Persian]
- Ardestani Balaie, Z., Banisi, P., and Zomorodi, S. (2021). The effectiveness of emotion therapy on psychological well-being, social acceptance and social adequacy of teachers. *Pouyesh Journal in Teaching Educational sciences and Counseling*, 7(14), 147-168. [Persian]
- Azarnioshan, B., Beh-Pajoo, A., and Ghobary Bonab, B. (2012). The effectiveness of Cognitive Behavior-based Play Therapy on the behavioral problems among primary students with intellectual disabilities. *Journal of Exceptional Children (JOEC)*, 2(12), 5-16. [Persian]
- Bahrami, L., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Rahgoy, A., and Biglarian, A. (2021). Predicting coping strategies based on spiritual health and resilience in the elderly in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*, 9(1), 56-65. [Persian]
- Bakhshi, N., Pashang, S., Jafari, N., and Ghorban-Shiroudi, S. (2020). Developing a model of psychological well-being in elderly based on life expectancy through mediation of death anxiety. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion (IJHEHP)*, 8(3), 283-293. [Persian]
- Bitarafan, L., Kazemi, M., and Yousefi Afrashte, M. (2018). Relationship between styles of attachment to God and death anxiety resilience in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4), 446-457. <https://doi.org/10.21859/SIJA.12.4.446> [Persian]
- Boroujerdi, F., & Mazandarani, S. (2019). Meta-analysis of studies on death anxiety. *Quarterly of Educational Measurement*, 9 (36), 119-136. <https://doi.org/10.22054/jem.2020.4072.2.1908> [Persian]
- Cavallo, C., Sacchi, G., & Carfora, V. (2020). Resilience effects in food consumption
- ولایی، ن.، و زالی پور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی معنا درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۱ (۱)، ۵۵-۴۹.
- هدایتی، م.، حاجی علی‌زاده، ک.، هدایتی، م.، و فتحی، ا. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر پرخاشگری رابطه‌ای زوج‌های مبتلا به سرطان سینه در یکی از همسران: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله علمی بیماری‌های پستان ایران*، ۱۳ (۴)، ۵۶-۴۰.
- هروی، م.، حاتمی، م.، و احدی، ح. (۱۳۹۹). طراحی و روانسنجی پرسش‌نامه شادکامی سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۵ (۳)، ۳۸۰-۳۹۵.
- یوسفی افراشته، م.، و مرادی، م. (۱۴۰۱). سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان روستایی: نقش میانجی تاب‌آوری و امید. *نشریه روان‌شناسی پیری*، ۱ (۳)، ۲۶۶-۲۵۱.

## References

- Abdevali, M., & Zabihzadeh, A. (2021). Self-concept and Regulation of Interpersonal Distance in Close Relationships: A Study with Comfortable Interpersonal Distance Test. *Quarterly of Applied Psychology*, 15(2), 207-225. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.222.313.1063> [Persian]
- Abedi Noghondar, M., Marghzari, M., and Taleghani, A. (۲۰۲۲). The effect of emotion-focused therapy on action flexibility and death anxiety in patients with coronary artery disease. *Journal of Psychology New Ideas (JNIP)*, 12(16), 1-15. [Persian]
- Afrokhteh, L., Parsa Moein, K., and GhorbanJahormi, R. (2022). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Academic Help Seeking Behavior and Social Adjustment in High School Students. *Journal of Psychology New Ideas (JNIP)*, 13(17), 1-15. [Persian]
- Aghel Masjedi, M., Khalatbari, J., Abolghasemi, Sh., Tizdast, T., & Kheir Khah, J. (2020). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy and Emotion-focused Therapy on Adherence to Treatment in Cardiac Patients. *International Journal of Applied Behavioral Sciences (IJABS)*, 7(1), 33-45. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v7i1.27970> [Persian]
- Alostani, S., and Memashli, L. (2020). The effect of spiritual group therapy on death

- behaviour at the time of Covid-19: Perspectives from Italy. *Heliyon*, 6(12), 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05676>
- Dillon, A., Timulak, L., and Greenberg, L.S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*;28(3),406-422.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364>
- Faqih, S., and Kazemi, H. (2018). The effectiveness of Emotionally Focused Therapy on distress tolerance in infertile couples in Isfahan. *Community Health Journal*, 12(1), 22-29.  
<https://doi.org/10.22123/chj.2018.110652.1068> [Persian]
- Ferreira, L.N., Pereira, L.N., da Fé Brás, M., Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30(5),1389-1405.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-020-02724-x>
- Fofana, N. K., Latif, F., Sarfraz, S., Bilal Bashir, M. F., & Komal, B. (2020). Fear and agony of the pandemic leading to stress and mental illness: An emerging crisis in the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Psychiatry Research*, 29(1), 113-230.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113230>
- Gili, S. (2021). Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Anxiety in Patients with Coronary Artery Disease. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 8 (4), 254-262.  
<https://doi.org/10.22122/ijbmc.v8i4.301>
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G., & Han, L. (2006). Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 418-423.  
<https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.418>
- Greenberg, L., and Watson, J. (2010), Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions, *Psychotherapy Research*, 8 (2), 210-224. <https://doi.org/10.1080/10503309812331332317>
- Gundogan, S., and Arpacı, I. (2022). Depression as a mediator between fear of COVID-19 and death anxiety. *Current Psychology*, 43 (14), 1-8.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-03120-z>
- Guner, T.A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2023). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *Journal of Death and Dying*, 87(1), 262-282.  
<https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Ghorbanalipur, M., and Esmaeili, A. (2012). Determining the efficacy of Logo Therapy in death anxiety among the older adults. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 3 (9), 53-68.  
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2012.6063> [Persian]
- Haghdoust, Z., Mobayen, M., and Omidı, S. (2020). The relationship between Spiritual experiences with hope to be alive and death anxiety in burned Patients. *Journal of Isfahan Medical School (JIMS)*, 38(598), 811-817.  
<https://doi.org/10.22122/jims.v38i598.13219> [Persian]
- Hedayati, M., Hajjalizadeh, K., Hedayati, M., and Fathi, E. (2021). An investigation of the effectiveness of Emotionally-Focused Couple's Group Therapy (EFCT) on relational aggression of couples with Breast Cancer in wives: A semi-experimental Study. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 13(4), 40-56.  
<http://dx.doi.org/10.30699/ijbd.13.4.40> [Persian]
- Heravi, M., Hatami, M., and Ahadi, H. (2020). Designing a Happiness Questionnaire for the Elderly in Iran and Determining Its Psychometric Properties. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 15 (3), 380-395.  
<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2020.15.3.2749.1> [Persian]
- Isanejad, O., and Heydarian, M. (2020). The effectiveness of resilience training on improving the quality of marital life and resiliency of Prisoners of war families. *Journal of Military Medicine*, 22(5), 410-420.  
<https://doi.org/10.30491/JMM.22.5.410> [Persian]



- Jahangirrad, M., Kraskian Mojmanari, A., and Nasser-Moghaddam, S. (2021). Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 26(1), 25-31. [Persian]
- Jazayeri, R., Khanehi, D., Bahrami Khondabi, F., Montazeri, N., and Etemadi, O. (2020). Comparison of the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Emotionally Focused Therapy (EFT) on marital conflict in cardiac patients with a history of Coronary Artery Bypass. *Journal of Family Research*, 15(60), 519-540. <https://doi.org/10.29252/jfr.15.04.05>. [Persian]
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., and Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*, 14 (10), 857-865. [Persian]
- Khalvati, M., Babakhanian, M., Khalvati, M., Nafei, A., Khalvati, M., and Ghafari, R. (2021). Death Anxiety in the Elderly in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 16(2), 152-171. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.16.2.862>. 2 [Persian]
- Khodabakhshi-Koolaei, A., Heidari, F., and Zangeneh Motlagh, F. (2018). The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *Journal of Research on Religion & Health (J Res Relig Health)*, 4(2), 16-28. [Persian]
- Khodadadi, S., Pourhadi, S., Hosseini, S. R., Sum, Sh., Khairkhah, F., and Mohammadi, Z. (2022). Investigating the Relationship Between Social Support, Cognitive Status, and Depression with Daily Life Activities of the Elderly in Amirkola City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 17(1), 2-15. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.593>. 4 [Persian]
- Kuru Alici, N., Zorba Bahceli, P., & Emiroğlu, ON. (2018). The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomised pilot study. *International journal of older people nursing (Int J Older People Nurs)*, 13 (4), e12206. <https://doi.org/10.1111/opn.12206>
- McLean, LM., and Hales, S. (2010). Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: *Case study. Palliative & supportive care (J Palliat Support Care)*, 8(2), 227-233. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990976>
- Menzies, RE., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders (J Anxiety Disord)*, 59, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004>
- Miri, MN., Hemati, A., and Mikaeili, N. (2021). A meta-analysis of researches on relationship between resilience and life satisfaction. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 22 (1), 182-192. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2020.570082.1378> [Persian]
- Mirzaeidoostan, Z., Zargar, Y., & Zandi Payam, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)*, 25 (1), 2-13. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.2> [Persian]
- Moghaddsi, M. R., Ezadi, B., and Shabani Moghadam, K. (2022). Modeling resilience in sport. *Sport Psychology Studies*, 10(38), 233-252. <https://doi.org/10.22089/spsyj.2021.10582.2181> [Persian]
- Mohammadi, M. (2005). Examining factors driving resilience in people at risk of substance abuse. PhD dissertation, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, 203-224
- Neufeld, A., & Malin, G. (2019). Exploring the relationship between medical student basic psychological need satisfaction, resilience, and well-being: a quantitative study. *BMC medical education (BMC Med Educ)*, 19, 405-412.

- <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1847-9>  
Rostami, A., and Heravi-karimooi, M. (2023). Quality of life of elderly during the covid-19 pandemic. *Payesh journal, Iranian Institute for Health Sciences Research (IHSR)*, 22 (1), 83-93. <http://dx.doi.org/10.52547/payesh.22.1.83> [Persian]
- Salmani, M., and Zoghi, L. (2022). The relationship between loneliness, spiritual intelligence and general health with death anxiety in the elderly: The mediating role of mindfulness. *Aging Psychology*, 8(1), 55-69. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7586.1609>. [Persian]
- Sanagavi Moharrar, G., Shirazi, M., Mohammadi, R., and Maghsoodloo, F. (2019). Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 61(1), 190-200. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14605> [Persian]
- Seyedshohadaee, M., Seraj, A., and Haghani, H. (2020). The Correlation of Resilience and Anxiety in the Candidate Burn Patients for Skin Grafting. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 32(122), 64-73. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.122.64>. [Persian]
- Solimany, E., Afzood, A., Sadeghi, M., Salmabadi, M. (2021). Determining the Contribution of Social Intelligence and Resilience Components in the Prediction of Covid-19-related Anxiety in Students. *Pajouhan Scientific Journal*, 19(4), 16-24. <http://dx.doi.org/10.61186/psj.19.4.16> [Persian]
- Templer, DI. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports*. 31(2),361-372. <https://doi.org/10.2466/pr0.1972.31.2.361>. PMID: 5081323.
- van der Haak, D. (2021). Death Anxiety, Immortality Projects and Happiness: A Utilitarian Argument Against the Legalization of Euthanasia. *Conatus-Journal of Philosophy*. 6(1), 159-174. <http://dx.doi.org/10.12681/cjp.24316>
- Valaei, N., and Zalipoor, S. (2015). The effectiveness of Logo Therapy on death anxiety in the elderly. *Aging Psychology*, 1(1), 49-55. [Persian]
- Vesali, H., Lachini, A., Afshani, R., and Mahdoodizaman, M. (2020). The relationship between defensive styles and cognitive emotion regulation strategies anxiety death in the elderly. *Journal of Thought and Behavior in clinical Psychology*, 14(55),17-26. [Persian]
- Yousefi Afrashte, M., and Moradi, M. (2022). The spiritual health and social support with quality of life in the rural elderly: The mediating role of resilience and hope. *Aging Psychology*, 8(3), 251-266. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.8239.1647> [Persian]
- Zamani, S., & Zolfaghari, M. (2022). The Relationship Between Mindfulness and Tolerance of Ambiguity with Death Anxiety and Improving Sleep Quality in the Elderly. *Aging Psychology*, 8(3), 299-310. <https://doi.org/10.22126/jap.2023.8258.1649> [Persian]