

The Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Psychological Capital in the Elderly

Afshin Ayn Beygi 

Islamic Azad University of Bojnourd

Ali Akbar Soleimanian  

University of Bojnourd

Mahmoud Jajarmi 

Islamic Azad University of Bojnourd

Receive: 06.07.2020

Acceptance: 18.09.2020

Keywords: acceptance and commitment therapy, existentialism therapy, psychological capital, elderly

How to cite this article:

Afshin Ayn Beygi, A., Soleimanian, A. A & Jajarmi, M., (2020). The Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existentialism therapy on increasing psychological capital in the elderly. *Aging Psychology*, 6(2), 165-178.

Abstract

Having psychological capital enables people to not only cope better with stressful situations, but also have less stress and have more ability to cope with problems. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existentialism therapy on increasing psychological capital in the elderly. The current research was a quasi-experimental with pre-experimental-post-experimental with control group design. The statistical population of the present study included all members of the Bojnourd retirement association in 2020, who were at least 60 years old. The sample of the study included 45 age individuals who selected through targeted sampling as well as inclusion criteria and assigned randomly into two experimental groups (15 people in each group) and one control group (15 people). The research tool was the Luthans's psychological capital questionnaire. Acceptance and commitment therapy package was delivered in eight 90-minute sessions and existential therapy in ten 90-minute sessions for experimental groups. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni post hoc test using SPSS-22. The results indicated acceptance and commitment therapy and existential therapy were effective in increasing participants' psychological capital. Therefore, aforementioned therapies can be used to increase the psychological capital of the aged people.

Afshin Ayn Beygi, PhD Student in Counseling, Dept. of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Bojnourd, Bojnourd, I.R. Iran; Ali Akbar Soleimanian, Associate professor, Dept. of counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnourd, Bojnourd, I.R. Iran; Mahmoud Jajarmi, Associate professor, Dept. of psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Bojnourd, Bojnourd, I.R. Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Ali Akbar Soleimanian, Associate professor, Dept. of psychology, Faculty of Humanities, University of Bojnourd, Bojnourd, I.R. Iran. Email: e.b.afshin@gmail.com



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان



علی اکبر سلیمانیان

دانشگاه بجنورد



افشین عین‌بیگی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد



محمود جاجرمی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

چکیده

دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۶

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۸

برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند. بنابراین، پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنا درمانی برافزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان صورت انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه اعضای کانون بازنشستگان شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۹ بود که حداقل دارای سن ۶۰ سال بودند. حجم نمونه در این پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز بود. بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان وجودی در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های مداخله اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. نتایج نشان داد بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی شرکت‌کنندگان تأثیرگذار بود. از این رو درمان‌های فوق می‌تواند به‌منظور افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی افراد سالمند استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان وجودی، سرمایه‌های روان‌شناختی، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

عین‌بیگی، ا.، سلیمانیان، ع. ا.، و جاجرمی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۶۵-۱۷۸.

افشین عین‌بیگی، دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران؛ علی اکبر سلیمانیان، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران؛ محمود جاجرمی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علی اکبر سلیمانیان، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران باشد.

پست الکترونیکی: e.b.afshin@gmail.com

انسان‌ها طی تغییر و تحول روانی-فیزیولوژیکی با مرحله‌ای به نام سالمندی روبه‌رو می‌شوند که در فرایند تحول به‌طور طبیعی انجام می‌شود. به‌طوری‌که با سرنوشت آدمی عجین و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود (میسر و همکاران، ۲۰۱۲). آمارها نشان می‌دهد تعداد سالمندان و سرعت پیر شدن در کشورهای مختلف در حال افزایش است (مونوند و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس گزارش فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های سالمندی^۱، (۲۰۱۵)، به نقل از بریگز و همکاران، ۲۰۱۶) ایران از نظر تعداد افراد سالمند پس از امارات و بحرین، رتبه سوم را در جهان دارد. بر این اساس تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۲ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال باشد.

اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل انواع محرومیت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی پایین، اختلالات شناختی، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی متداول می‌باشد (اسکوگ، ۲۰۱۱) به‌عنوان مثال پژوهشی نشان می‌دهند که همچنین دوره سالمندی با اختلالات افسردگی (لوپا و همکاران، ۲۰۱۲)، اختلالات خواب (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ به نقل از تسلیار و همکاران، ۲۰۱۳) مرتبط بوده است. امروزه بخش بزرگی از پژوهش‌های حیطه روان‌شناسی درباره توانمندی‌های انسان و قابلیت‌های او برای خلق زندگی شاد اختصاص یافته‌اند. سرمایه‌های روان‌شناختی به‌عنوان یک متغیر برخاسته از روان‌شناسی مثبت‌نگر، یک مفهوم چند مؤلفه‌ای است که به‌عنوان توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و دشواری‌های زندگی روزمره تعریف شده است (سووان و پلهام، ۲۰۰۷). همچنین سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرایی می‌باشد که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۴). تعریف آن هرچه که باشد، سرمایه روان‌شناختی حداقل از طریق چهار مشخصه قابل‌شناسایی مانند خودکارآمدی^۲، خوش‌بینی^۳، امیدواری^۴ و تاب‌آوری^۵ (آوی و همکاران، ۲۰۰۹)، ظرفیت

بالقوه بالایی را برای تقویت سلامت روانی در انسان‌ها از خود نشان داده‌اند (میلوری و همکاران، ۲۰۱۳). به‌گونه‌ای که شواهد پژوهشی نشان داده که سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های چهارگانه آن با طیف گسترده‌ای از متغیرهای رفتاری، سلامتی و شناختی، نظیر رضایت، تعهد، عملکرد، سلامتی و بهزیستی و ادراک استرس در رابطه است (کارور و همکاران، ۲۰۱۰؛ آوی و همکاران، ۲۰۱۱). برخورداری از سرمایه روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند. بنابراین، این‌گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری هستند (سویتان و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری و رویکردهایی که ابعاد تعریف سلامت را مدنظر قرار داده است و در سال‌های اخیر موردتوجه روان‌شناسان قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ است (هیز و لیلی، ۲۰۱۲). این درمان به‌عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری موج سوم در آنها تلاش می‌شود به‌جای شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش سلامت روان، در اصل به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بستگی دارد - نه کاهش علائم مسئله یا اختلال روانی (فلکسمن، بلک لج، باند، ۲۰۱۰). این انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند اصلی ایجاد می‌شود. این شش فرآیند عبارتند از پذیرش^۷، گسلش^۸، تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی^۹، خود به‌عنوان زمینه^۹، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^{۱۰} (هیز و لیلی، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر

⁶ acceptance and commitment therapy

⁷ defusion

⁸ contact with the preent moment

⁹ self as context

¹⁰ committed action

¹ International Federation of Associations of the Elderly

² efficacy

³ optimism

⁴ hope

⁵ resiliency

پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). کاهش قوای جسمانی و سلامتی، فوت نزدیکان، محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی سالمندان را نسبت به افسردگی و مشکلات روان‌شناختی مستعد می‌کند (دینینگ و باراپاتری، ۲۰۰۴). این در حالی است که که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب و افکار استرس‌زا و وسواسی (براون و هوپر، ۲۰۰۹)، اضطراب و افسردگی (فورمن و همکاران، ۲۰۰۷)، کاهش علائم درد (جانستون و همکاران، ۲۰۱۰) و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر معنی‌داری دارد (فنگ و دین، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، آنجایی که سالمندان به خاطر نداشتن روابط مناسب و گرم با دیگران و اعضای خانواده مستعد بیماری افسردگی و بی‌معنایی در زندگی خود می‌باشند و ممکن است زندگی آنها را با ناامیدی و فقدان معنی و احساس تنهایی همراه سازد، بنابراین توجه به مسائل وجودی و نگرانی‌های وجودی می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد (شمسایی و همکاران، ۱۳۹۳). دیدگاه اصالت وجود در رابطه با ساختار شخصیت، بر عمیق بودن تجارب در هر لحظه تأکید دارد و برای بهبودی گذشته‌شخص، زمان زیادی را صرف نمی‌کند. در گروه وجودی، یک نمونه کوچک از دنیا‌بازسازی می‌شود و اعضای گروه در آن دنیای کوچک، زندگی و ایفای نقش می‌کنند. جلسات گروه سعی دارد که رویه‌های متعارفی را که افراد از طریق آن به دنیا می‌نگرند، تکان داده و دوباره سازمان‌دهی کند. این مدل برای مراجعانی که در مواجهه با اضطراب مرگ هستند مفید است، به عبارتی این مدل می‌تواند برای افرادی که مبتلا به بیماری مهلکی شده‌اند، اشخاص مسن یا کسانی که با حادثه‌ای تکان‌دهنده مواجه شده‌اند، به‌کاربرده شود. درمانگران می‌توانند فضایی باز برای مراجعان جهت آزادانه صحبت کردن از نگرانی‌ها و ترس‌هایشان فراهم کرده و آنها را موردحمایت قرار دهند. فرایند گروه باید به‌گونه‌ای پیش برود که اعضا این نکته را درک کنند که در چالش‌ها و تلاش‌هایشان تنها نیستند (بالوم، ۱۳۹۵/۱۹۸۰)؛ بنابراین به نظر می‌رسد در مداخلات

روان‌شناختی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بتوان به ابعاد وجودی زندگی آنها پرداخت (ماسکارو روسن، ۲۰۰۶). این در حالی است که رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به‌عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی که موضوعات چالش‌برانگیز دوران پیری است، می‌پردازد (رنهیم و همکاران، ۲۰۱۱). این رویکرد وجودی، رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد (شریعتمداری، ۱۳۸۸؛ کورسینی، ۲۰۰۸). هدف اصلی درمان وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا بازنگری و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه برقرار کنند و در واقع، به‌جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (اشنایدر و اینگرام، ۲۰۰۰). درمان وجودی ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به‌جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه و تغییر به‌عنوان یک عمل شجاعانه و کار از سوی مراجع تأکید می‌کند (کورسینی، ۲۰۰۸). درمان وجودی، فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگر نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روشی دیگر برای رویارویی با آنها برگزیند و در مقابل آن رویدادها واکنش نشان دهد. در پیامد آن، فرد بر محوری بین دو قطب شکوفایی و نومیدی کشیده شده است، در این راستا پژوهش صفاری‌نیا و درتاج (۱۳۹۶) بر اثربخشی معناداری (به‌عنوان شاخه‌ای از درمان وجودی) بر بهزیستی ذهنی، اجتماعی و امید به زندگی سالمندان صحت گذاشتند. همچنین درمان وجود بر کاهش اضطراب مرگ (گرو و والکر، ۲۰۰۱)، افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی (خضری مقدم و همکاران، ۱۳۹۷)، کاهش احساس تنهایی و مشکلات وجودی (سوری، ۲۰۱۰) بهبود روحیه (مارسا، ۲۰۱۷)، افزایش تحمل پریشانی، اضطراب وجودی و کاهش نگرانی‌های پیرامون سلامتی سالمندان (شیرآلی و دشت بزرگی، ۱۳۹۸) مؤثر بوده است.

در ارتباط با ضرورت پژوهش علاوه بر مطالب یاد شده، می‌توان متذکر شد که امروزه با تغییر رویکرد بیماری نگر و

پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و در سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود. بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش است. علاوه بر این، با توجه به ارتقاء استانداردهای بهداشتی و سلامتی تعداد زیادی از افراد جامعه دوره سالمندی را تجربه خواهند کرد. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی سالمندی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی آنها و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. از این‌رو، در این مطالعه پژوهشگر سعی دارد رویکردی را عملیاتی کند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در خود در برداشته باشد و درعین‌حال، فرضیه‌های اساسی پژوهشگر را که معتقد است آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برافزایش سازگاری روان‌شناختی سالمندان مؤثر است و همچنین آموزش درمان وجودی برافزایش سازگاری روان‌شناختی سالمندان مؤثر است را مورد بررسی قرار دهد و علاوه بر این، مشخص سازد که کدام‌یک از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی روش مناسب‌تری برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان است.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه اعضای کانون بازنشستگان شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۹ بود که حداقل دارای سن ۶۰ سال بودند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی (از بین کسانی که نمره سرمایه روان‌شناختی آنها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین است) استفاده شد. حجم نمونه در این پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفره) قرار گرفتند. لازم به ذکر است از آنجاکه جلسات آموزشی و ابزار مورد استفاده پژوهش می‌تواند تحت تأثیر اختلال سلامت روان، اختلالات حواس، نقص ارتباطی، سطح سواد و غیره قرار گیرد، بنابراین، ملاک‌های ورود به

پژوهش عبارت بودند از (۱) قرار داشتن در طیف سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، (۲) تمایل به شرکت در جلسات آموزشی، (۳) داشتن حداقل سواد سیکل به بالا، (۴) نداشتن مشکلات ارتباطی مانند اختلال تکلم یا مشکلات شنوایی اصلاح‌نشده، (۵) نداشتن بیماری‌های شدید جسمانی، (۶) نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی از طریق اجرای فرم معاینه وضعیت روانی (MSE) و (۷) عدم سوءمصرف مواد بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل (۱) مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی، (۲) شرکت هم‌زمان در برنامه مداخله‌ای دیگر، (۳) انصراف یا عدم توانایی شرکت کامل در همه جلسات می‌شد. در این پژوهش میانگین سنی و انحراف استاندارد گروهی که در معرض مداخلات درمانی رویکرد وجودی قرار گرفته‌اند (گروه آزمایشی اول) برابر با ۳۱/۶۵ و ۶/۴۱ بود. این مقادیر برای گروه آزمایش دوم که با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفتند، به ترتیب برابر با ۶۸/۴۵ و ۵/۶۹ بود. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه کنترل نیز برابر با ۶۹/۱۳ و ۷/۷۲ بود.

ابزار

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی اولیه. این ابزار توسط لوتانز و همکاران در سال ۲۰۰۷ طراحی شده و از ۴ خرده مقیاس امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی تشکیل شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست می‌آید و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. در این پرسشنامه هیچ یک از سوالات به صورت معکوس نمره گذاری نمی‌شود. حداقل نمره ۲۲ و حداکثر نمره ۱۴۴ می‌باشد و هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بیشتر باشد، از سرمایه روان‌شناختی بالاتری برخوردار است و نمرات پایین به معنای سرمایه روان‌شناختی پایین است. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خن دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. در ایران جهت بررسی روایی آن از روایی محتوایی صاحب‌نظران

استفاده شد. بدین‌صورت که محتوای پرسشنامه به تأیید ۵ نفر از اساتید حوزه روان‌شناسی رسید (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). پایایی پرسشنامه توسط بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آبادی و بیرامی (۱۳۹۱) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمد.

پروتکل درمانی. مراحل مداخله بر اساس درمان بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) و درمان وجودی فرانکل (۱۹۶۷) به‌صورت گروهی صورت گرفت که در جداول ۱ و ۲ خلاصه‌ای از طرح درمانی ارائه شده است.

روش اجرا

برای شروع مطالعه ابتدا، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از اداره کل بهزیستی شهرستان بجنورد اخذ شد. سپس در کانون بازنشستگی مراکز مشاوره و بهزیستی در سطح شهر بجنورد اطلاعاتی مبنی بر برگزاری دوره آموزشی روان‌شناسی به‌صورت رایگان به همراه شماره تماس پژوهشگر نصب شد. تعداد ۶۴ نفر مرد و ۵۲ نفر زن برای شرکت در این پژوهش اعلام آمادگی کردند. سپس برای این ثبت نام کنندگانی که به‌صورت داوطلبانه آمادگی خود را جهت حضور در این پژوهش اعلام کردند بودند، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران اجرا شد و کسانی که نمره سرمایه‌های روان‌شناختی آنها یک انحراف

معیار پایین‌تر از میانگین بود و سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را بر آورد می‌کردند به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که جمعاً ۴۵ نفر مرد و زن شدند. سپس به‌صورت تصادفی و بدون اینکه خودشان اطلاع داشته باشند به دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفره) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱ به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت آموزش درمان وجودی فرانکل (۱۹۶۷) به‌صورت گروهی و گروه آزمایش ۲ به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت درمان مبتنی بر پذیرش تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) به‌صورت گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل در طی این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند و در لیست انتظار باقی ماندند. پس‌ازانجام طرح از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج به دست آمده بررسی شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ و برای اجرا و انتشار نتایج پژوهش با تأکید بر اصل محرمانگی توضیحات کاملاً جامع و روشنی داده شد. همچنین پس از اجرای پس‌آزمون، گروه کنترل تعداد ۳ جلسه مشاوره روان‌شناسی رایگان دریافت کردند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

جدول ۱

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی/ایزدی و عابدی (۱۳۹۲)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی	آشنایی با اعضا، بیان اهداف و قوانین گروه، بیان انتظارات؛ کار روی ایجاد اتحاد درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»
دوم	تقویت ذهن‌آگاهی	بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است و بررسی هزینه‌ها و خسارتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند؛ استعاره شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند.
سوم	ارزش‌ها و اهداف	گفتگو پیرامون در این جلسه درباره ارزش‌ها، اهداف و پذیرش ارزش‌ها
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و فن اسکن بدن	مرور تکلیف جلسه قبل؛ شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف شفاف‌سازی ارزش‌ها بررسی موانع تعیین اهداف و معرف عمل متعهدانه و تمرین ذهن‌آگاهی «اسکن بدن» تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	تمرین گسستگی	آموزش جهت جدا دیدن خویش از مشکلاتش؛ آموزش استعاره مسافران در اتوبوس
ششم	عمل متعهدانه	مرور درمان، صحبت پیرامون عمل متعهدانه و انجام ذهن‌آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری
هفتم	پذیرش رنج	ارائه توضیحاتی پیرامون رنج اولیه و ثانویه با جزئیات
هشتم	جمع‌بندی	ختم جلسات و نتیجه‌گیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و قاب‌گیری خداحافظی به‌عنوان یک تکلیف مادام‌العمر.

جدول ۲

خلاصه جلسات درمان وجودی گروهی فرانکل (۱۹۶۷)

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه، مشخص کردن اهداف و تقویت تعهد به گروه	در جوی دوستانه گروه با یکدیگر آشنا شدند و با همکاری شروع به تدوین قوانینی برای گروه کردند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضا با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان این جلسه به‌عنوان تکلیف جلسه اول از هر یک از اعضا خواسته شد تا در برگه‌ای مخصوص، ویژگی‌های و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
دوم	هدایت اعضاء به سمت تفکر درباره سؤالات وجودی و تأکید بر اهمیت خودآگاهی	مرور اجمالی جلسه اول، بررسی تکلیف ارائه‌شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سؤال من چه کسی هستم؟ و پس‌از آن بحث در مورد مفهوم خودآگاهی در گروه. هر یک از اعضا نظرهای خود را درباره آن بیان کردند و از دیدگاه وجودی، خودآگاهی بررسی شد. سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه شد.
سوم	بررسی نگرش افراد نسبت به مرگ و نیستی و مواجهه آنها با این پدیده	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه قبل، اجرای فن «خط عمر» توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدار شناختی خود، توصیفی از ویژگی‌های مرگ را بیان کنند.
چهارم	مواجهه تجسمی با مرگ و گفتگو درباره فقدان و سوگ	مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه، تکلیف این جلسه برای جلسه آینده این بود که از هر یک از اعضا خواسته شد تا اعلامیه فوتی را از مرگ خود یا مرگ هرکسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته آینده طراحی کنند.
پنجم	پرداختن به مفاهیمی چون آزادی و مسئولیت	مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه
ششم	پرداختن به مفهوم تنهایی و رنج وجودی	بررسی تکلیف داده‌شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های آیا من انسان تنهایی هستم؟ و «آیا تنهایی رنج‌آور است؟» و به چالش کشاندن آنها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف به اعضا.
هفتم و هشتم	تقویت امیدواری و ایجاد هدف برای زندگی	بررسی تکلیف ارائه‌شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ «و» من برای چه زندگی می‌کنم؟ بحث درباره آنها و ارائه بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بی‌هدفی، جمع‌بندی مباحث جلسه.
نهم	پرداختن به موضوع مسئولیت‌پذیری و تقویت احساس کنترل‌گريشان در زندگی	اعضا در مورد مسائلی که می‌تواند بر افکار و احساسات فرد مؤثر باشد به گفتگو نشستند. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد. از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیت‌های موفقیت یا شکست خود را تصور کنند و بگویند که چه کسی را مسئول آن می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از پذیرش مسئولیت رفتارهای خود چه احساسی دارند؟
دهم	انسجام و مرور مطالب مطرح‌شده در جلسات قبل و جمع‌بندی مطالب،	تشریح مباحث مطرح‌شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان و در انتها اختتام گروه.

یافته‌ها

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳

شاخص‌های توصیفی متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	۳۸/۱۳ (۲/۲۹)	۴۷/۷۳ (۹/۱۳)
درمان وجودی	۳۸/۴۸ (۳/۳۹)	۴۶/۲۰ (۶/۹۵)
کنترل	۴۰/۲ (۵/۸۱)	۳۹/۱۳ (۴/۴۷)

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است در هر دو گروه آزمایشی، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است؛ اما این بهبود در گروه کنترل دیده نمی‌شود. به گونه‌ای که در گروه کنترل وضعیت به‌طور کامل برعکس گروه آزمایش بوده است و همچنین قابل‌ملاحظه است که میزان تفاوت بوجود آمده در پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش تا حد زیادی به یک میزان بوده است. برای بررسی همگونی واریانس سه گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود $[F(2,42)=3/7 \quad P=0/57 > 0/5]$ ؛ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم تحلیل کواریانس 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 بودن

میزان F در سطح $0/5$ بود $[F=1/125 \quad P=0/33 > 0/5]$. چون سطح معنی‌داری بدست آمده بیشتر از $0/5$ است. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که برای متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش ۱ (درمان پذیرش و تعهد) به ترتیب $0/93$ ، $(P=0/33)$ و $0/91$ ، $(P=0/177)$ بود و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش دو (درمان وجودی) به ترتیب $0/96$ ، $(P=0/66)$ و $0/89$ ، $(P=0/87)$ بوده است. همچنین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب $0/97$ ، $(P=0/93)$ و $0/94$ ، $(P=0/45)$ بوده است. در آزمون انجام شده سطح معناداری $P > 0/5$ در نظر گرفته شد که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد.

جدول ۴

نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیرهای وابسته	منبع	مجموع	درجه	میانگین	آماره	سطح	اندازه
		مجذورات	آزادی	مجذورات	F	معنی‌داری	اثر
	پیش‌آزمون	۳۲/۸۵۷	۱	۳۲/۸۵۷	۰/۶۴۳	P<۰/۴۲۷	۰/۵۶
سرمایه‌های روان‌شناختی	عضویت گروهی	۱۱۴/۸۹۷	۱	۱۱۴/۸۹۷	۱/۱۲۵	P<۰/۳۳۵	۰/۵۵
	خطا		۴۵	۷۸/۱۲۴			

طبق جدول ۴ آماره F نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان سرمایه‌های روان‌شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه میانگین‌های مندرج در جدول ۴ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه‌های آزمایش در سرمایه‌های روان‌شناختی به‌صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین همین گروه‌ها نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته فرضیه اصلی

پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که درمان تعهد و پذیرش و درمان وجودی سبب افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی افراد می‌شود. همچنین با توجه به جدول اندازه اثر و توان آزمون، یافته‌ها از قدرت نسبی نتایج به‌دست‌آمده حکایت دارد. به‌منظور ردگیری این تغییرات و مقایسه زوجی از آزمون تعقیبی و اصلاحی بونفرونی استفاده شد. یافته‌ها در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵

آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و وجودی بر سرمایه‌های روان‌شناختی

گروه					
مبتنی بر پذیرش و تعهد			کنترل		
اختلاف میانگین خطای استاندارد معنی‌داری			اختلاف میانگین خطای استاندارد معنی‌داری		
مبتنی بر پذیرش و تعهد			مبتنی بر پذیرش و تعهد		
۱	۲/۶۴۸	۱/۴۷۱	۰/۰۴۱	۲/۷۰۳	۶/۹۸۲
وجودی			وجودی		

همانطور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر سرمایه روان‌شناختی تفاوت ۸/۵ واحدی در نمرات گروه آزمایش نسبت به کنترل ایجاد کرده است و این میزان بهبود از نظر آماری معنادار بوده است. همچنین در این متغیر میزان بهبود اتفاق افتاده پس از درمان وجودی از نظر آماری معنادار بوده، بنابراین فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی تأیید می‌شود. علاوه بر این، از نظر مقایسه بین دو درمان در متغیر سرمایه روان‌شناختی با وجود تفاوت اندکی که وجود داشته این از نظر آماری بین دو روش معنادار نبوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان انجام شد. فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان مؤثر است، تأیید شد. این نتایج در مورد مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یافته‌های پژوهشگران قبلی باغستان و همکاران (۱۳۹۵)، فنگ و دین (۲۰۲۰) و فاضلی کبریا و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت سالمندانی که بهره‌مند از سرمایه‌های روان‌شناختی هستند، اغلب با ایجاد هیجان‌های مثبت پس از مقابله و رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا به حالت طبیعی بازمی‌گردند (اوی و همکاران، ۲۰۱۱)؛ و به این اساس می‌تواند راهبردهای فعالانه‌ای را در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زای زندگی به کار گرفته و با گسترش توانایی روانی خود، برنامه‌ریزی بهتری را در تعاملات محیطی، اجتماعی و فردی خود انجام داده و فشار روانی کمتری را تجربه نمایند. علاوه بر این باید گفت

که سالمندانی که دارای سرمایه‌های روان‌شناختی بالایی هستند سلامت روانی، هیجانی و انگیزشی آنها افزایش پیدا می‌کند. چنانکه اوی و همکاران (۲۰۱۰) بیان کرده‌اند، سرمایه‌های روان‌شناختی از بروز مشکلات در سالمندان جلوگیری کرده و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد. چراکه سرمایه‌های روان‌شناختی عاملی است که در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی به سالمندان کمک کرده و توانایی سازگاری با مشکلات را در آنها افزایش می‌دهد. در تبیین دیگر می‌توان بیان کرد که این درمان و آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بین درمان به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را بشناسند و از تجارب درونی خود کمک بگیرند؛ به‌ویژه این نکته را درک نمایند که تجارب، کم‌وزیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم این مطالب برای تغییر کافی نیست؛ بنابراین، زمان کافی به انجام تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (رومر، لی و همکاران، ۲۰۰۹).

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که مداخلات مبتنی بر درمان وجودی سرمایه‌های روان‌شناختی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به میزان قابل ملاحظه‌ای در پس‌آزمون افزایش داده است. بنابراین فرضیه دوم مطالعه مبنی بر اینکه آموزش درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان مؤثر است، تأیید شد. این نتایج در مورد مداخلات درمان وجودی به‌طور مستقیم با جعفری و صالح پور (۱۳۹۶) و به‌طور غیرمستقیم با صفاری نیا و درتاج (۱۳۹۶) همسو است.

برای تبیین فرض فوق، می‌توان گفت این نوع درمان در جلسات به سالمندان کمک می‌کند تا با آگاهی از وجود درد و رنج زندگی، بپذیرند که درد جزئی از زندگی می‌باشد

و مبارزه با درد معنایی ندارد، زمانی زندگی معنایی دارد که وجود درد و مشکلات آن را بپذیرند و با استفاده از راهبردهای جدید در هر لحظه با شرایط و موقعیت به شکل مؤثری رفتار کنند (رضایی، جلیلی نیکو همکاران، ۱۳۹۴)؛ بنابراین در این جلسات افراد سالمند به این آگاهی رسیدند که تا با تجسم مشکلات و دغدغه‌های زندگی معنایی بیابند تا به خاطر رسیدن به آن معنای زندگی تلاش کنند. همان‌طور که فقدان روابط با بستگان و نزدیکان را پذیرفتند و معنایی به چنین مضمونی کشف کردند: بدون وجود آنها باز می‌توان زندگی کرد (کیسانی، ۲۰۰۳).

افراد سالمند پاسخ‌های متفاوتی به شرایط ناگوار می‌دهند و هنگامی که با وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که بودن آنها را تهدید می‌کند، مسائل وجودی‌شان برانگیخته می‌شود و متمایل به گفتگو پرداختن به آنها هستند (ویلنکسون، ۲۰۰۸) از طرف دیگر وقتی بدانند که پشت رنج آنها معنایی نهفته است درک و پذیرش شرایط و موقعیت زندگی برای آنها آسان‌تر می‌شود و به دنبال آن مسئولیت یکی از مفاهیم اصلی شناختی زندگی را بر عهده می‌گیرند و در نهایت سطح کلی سرمایه‌های روان‌شناختی آنها بالا می‌رود (کاپر و همکاران، ۲۰۱۵).

سرانجام، یکی از اهداف دیگر این پژوهش بررسی این سؤال بود که کدام‌یک از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی روش مناسب‌تری برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در سالمندان است؟ یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر مقایسه میزان اثربخشی دو درمان (پذیرش و تعهد و درمان وجودی) بر متغیر سرمایه روان‌شناختی با وجود تفاوت اندکی که داشته‌اند، اما این میزان تفاوت بین آنها، از نظر آماری بین دو روش معنادار نبوده است. با توجه به اینکه در زمینه مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر سرمایه‌های روان‌شناختی مطالعات محدودی صورت گرفته است، نمی‌توان با قطعیت به بررسی و تحلیل نتایج پرداخت؛ اما در کل می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه‌های گوناگونی ریشه‌های فلسفی خود را بازتاب می‌دهد. در این درمان بر پذیرش رنج به‌عنوان معیار سلامتی تأکید شده و ارزش‌های انتخاب‌شده مؤلفه اصلی در ارزیابی اثربخشی است چون ارزش‌ها معیاری برای سنجش کیفیت کارایی درمان است. این

درمان تمرکز آگاهانه را هدف قرار می‌دهد (باخ و موران، ۲۰۰۷/۱۳۹۶). این در حالی است که در درمان وجودی نیز مفاهیمی چون خودآگاهی، بررسی دیدگاه خط عمر، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی و پذیرش رنج و محدودیت‌ها همگی بر حضور آگاهانه مراجع تأکید دارند، بنابراین، به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد بافتاری دارند که این ابعاد روان‌شناختی را به هم پیوند می‌دهد، از این‌رو ممکن است تأثیر مشابهی بر دست آورده‌ای درمان داشته باشند.

هر مطالعه‌ای دچار محدودیت‌هایی است، از جمله محدودیت‌های این پژوهش، وجود هرگونه تماس و آشنایی قبلی اعضای گروه کنترل با گروه آزمایش در خارج از جلسات درمانی است که می‌تواند نتایج درمانی این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد و در این مطالعه این محدودیت کنترل نشده است. عدم وجود پیشینه پژوهشی مرتبط در ارتباط با مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی، کنترل نشدن رخدادهای هم‌زمان با پژوهش، نقش متغیرهای مزاحم و کنترل شرایط خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی اعضای شرکت‌کننده از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. علاوه بر این، شیوه نمونه‌گیری در دسترس و اجرای آن بر روی گروه سالمندان به دلیل مسائل سن، عدم دقت کافی نیازمند اضافه شدن جلسات بیشتری برای درمان آنها بود و عدم وجود مرحله پیگیری از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم در نظر گرفته شود. به‌طور کلی، نتایج پژوهش نشان داد که مداخلات درمانی مبتنی بر آموزش‌های درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی، سرمایه‌های روان‌شناختی افراد سالمند را افزایش می‌دهد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که مراکز مشاوره تحت نظارت بهزیستی و کلیه مراکز مشاوره و روان‌شناسی، به‌عنوان مداخله‌ای مناسب برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان از رویکردهای درمان تعهد و پذیرش و درمان وجودی استفاده نمایند.

سپاس‌گزاری

در پایان، لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتر مشاوره می‌باشد و بدین‌وسیله از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

شهرستان بابل. *مجله دانشکده علوم پزشکی بابل*، ۲۰(۴)، ۶۸-۷۳.

فرانکل، و. (۱۳۸۰). *انسان در جستجوی معنی، معنی درمانی چیست؟* (ترجمه ن. فرنودی، و م. میلانی). نشر درس. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۲)
یالوم، آ. د. (۱۳۹۵). *روان‌درمانی اگزیستانسیالیسم*. (ترجمه س. حبیب). نشر نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۰)

References

- Avey, J. B., Luthans, F., & Jensen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human resource management*, 48(5), 667-693.
- Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2), 127-152.
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2017). ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. (Trans. S. Kamali., & N. Kian rad). *New Harbinger Publications*. [Persian]
- Baghban Baghestan, A., Aerab Sheibani, K., & Javedani Masrur, M. (2017). Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type II diabetes. *The Horizon of Medical Sciences*, 23(2), 135-140. [Persian]
- Bahadori Khosroshahi, J., Hashemi Nosratabadi, T., & Bayrami, M. (2013). The relationship between psychological capital and personality traits with job satisfaction among librarians' in public libraries in Tabriz. *Pejouhandeh*, 17(6), 308-312. [Persian]
- Briggs, A. M., Cross, M. J., Hoy, D. G. Sanchez-Riera., L. Blyth, F. M., Woolf, A. D., & March, L. (2016). Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: a report for the 2015 World Health Organization world report on ageing and health. *The Gerontologist*, 56(2), 243-255.
- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive

- ایزدی، ر.، و عابدی، م. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *نشر جنگل*.
- باخ، پ.، و موران، د. ج. (۱۳۹۶). *ACT در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. (ترجمه س. کمالی، و ن. کیان راد) نشر ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۷)
- باغبان باغستان، آ.، جاودانی مسرور، خ.، و جاودانی مسرور، م. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی در افراد مبتلابه دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی-پژوهشی/افق دانش*، ۲۳(۲)، ۱۴۰-۱۳۵.
- بهادری خسروشاهی، ج.، هاشمی نصرت‌آبادی، ت.، و بیرامی، م. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی ویژگی‌های شخصیتی با رضایت شغلی در کتابداران کتابخانه‌های عمومی شهر تبریز. *پژوهنده*، ۱۶(۱)، ۳۱۹-۳۱۳.
- خضری مقدم، ن.، وحیدی، س.، آشور ماهانی، م. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی وجود گرا بر امید به زندگی و افسردگی سالمندان مقیم مرکز سالمندی. *سالمند*، ۱۳(۱)، ۶۲-۷۳.
- رضایی، ز.، جلیلی‌نیکو، س.، نجاتی‌نژاد، ن.، قاسمی‌جوینه، ر.، و نوریان، خ. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان ناباور. *ارمغان دانش*، ۲۰، ۴۵۹-۴۵۳.
- ستوده اصل، ن.، کاهویی، م.، سن‌سبلی، ع.، فوداجی، ف. (۱۳۹۷). سرمایه‌های اجتماعی و روان‌شناختی و ارتباط آن با پیشرفت دانشجویان. *کوشش*، ۲۰(۲)، ۲۶۲-۲۵۶.
- شریعتمدار، آ. (۱۳۹۳). *هشیاری وجودی «کاربرد نظریه وجودی در درمان گروهی»*. نشر دانژه.
- شمسایی، ف.، چراغی، ف.، اسمعیلی، ر.، و محسنی فرد، ج. (۱۳۹۳). تبیین احساس تنهایی در سالمندان و تحلیل آن بر اساس تئوری رشد روانی-اجتماعی: یک مطالعه کیفی. *آموزش و سلامت جامعه*، ۱(۲)، ۳۸-۳۰.
- شیرالی، ش.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۸). تأثیر گروه‌درمانی وجودی بر تحمل پریشانی، اضطراب وجودی، فرانگرانی و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلابه بیماری‌های قلبی عروقی. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۷(۴)، ۳۳-۲۴.
- صفاری‌نیا، م.، و درتاج، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر امید به زندگی و بهزیستی روانی و اجتماعی سالمندان زن ساکن آسایشگاه هایشهر دی. *سالمند*، ۱۲(۴)، ۴۹۳-۴۸۲.
- فاضلی کبریا، م.، حسن‌زاده، ر.، میرزائیان، ب.، و خواجeh‌وند خوشلی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی در بیماران قلبی و عروقی

- thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(3), 195-201.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 879-889.
- Corsini, J. R. & Wedding, Danny. (2011). *Current Psychotherapies*. Brooks/Cole. Ninth Edition.
- Corsini, R. J. (2008). *Handbook of Innovative Therapies*. 2nd ed. John Wiley.
- Denning, T., & Barapatre, C. (2004). Mental health and the ageing population. *British Menopause Society Journal*, 10(2), 49-53.
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). The psychological flexibility model: a new approach to mental health. *Sante Mentale au Quebec*, 38(2), 111-130.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(1), 134-143.
- Fazeli Kebria, M., Hassanzadeh, R., Mirzaeian, B., & Khajevand Khosheli, A. (2018). The Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological capital in cardiovascular patients in Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 20(4), 68-73. [Persian]
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2010). Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. *Routledge*.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Frankl, V. E. (1967). Logotherapy and existentialism. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 4(3), 138-142.
- Garrow, S., & Walker, J. A. (2001). Existential group therapy and death anxiety. *Adultspan Journal*, 3(2), 77-87.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Heyes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *New York: Guilford*.
- Izadi, r., & Abedi, M. (2015). *Acceptance and commitment therapy*. Jungle Publications. [Persian]
- Jalili, N. S., Rezaie, Z., Nejati, N. N., Ghasemi, J. R., & Nooryan, K. H. (2015). Effectiveness of existential psychotherapy in increasing the resiliency of infertile women. *Armaghane-danesh*, 20(5), 453-459. [Persian]
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402.
- Khezri Moghadam, N., Vahidi, S., & Ashormahani, M. (2018). Efficiency of cognitive-existential group therapy on life expectancy and depression of elderly residing in nursing home. *Iranian Journal of Ageing*, 13(1), 62-73. [Persian]
- Kissane D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003) Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A Randomized controlled trial. *Psych Oncology*, 12(6), 532-546.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Luthans, .F, Youssef, C., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological Capital: Developing the human competitive edge*, Oxford, England: Oxford University Press.
- Maemondo, M., Minegishi, Y., Inoue, A., Kobayashi, K., Harada, M., Okinaga, S., Morikawa, N., Oizumi, S., Tanaka,T., sobe,H., Kudoh,SH., Hagiwara,K., Nukiwa, T., Gemmah, A., & Kudoh, S. (2012). First-line gefitinib in patients aged

- 75 or older with advanced non-small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations: NEJ 3 study. *Journal of Thoracic Oncology*, 7(9), 1417-1422.
- Marsa, R., Bahmani, B., Naghiyae, M., & Barekati, S. (2017). The effectiveness of cognitive-existential group therapy on reducing demoralization in the elderly. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine* 99(55), 1-8.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(2), 168-190.
- Milbury, Kathrin, Amy Spelman, Christopher Wood, Surena F. Matin, Nizar Tannir, Eric Jonasch, Louis Pisters, Qi Wei, and Lorenzo Cohen. (2014). Randomized controlled trial of expressive writing for patients with renal cell carcinoma Randomized controlled trial of expressive writing for patients with renal cell carcinoma. *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 663-670.
- Missler, M. Stroebe, M. Geurtsen, L. Mastenbroek, M. Chmoun, S. & Van Der Houwen, K. (2012). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 64(4), 357-379.
- Moghadam, N. K., Vahidi, S., & Ashormahani, M. (2018). Efficiency of Cognitive-Existential Group Therapy on Life Expectancy and Depression of Elderly Residing in Nursing Homes. *Salmand-Iranian Journal of Ageing*, 13(1), 62-73. [Persian]
- Ranheim, A., Kärner, A., & Berterö, C. (2011). Eliciting reflections on caring theory in elderly caring practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(3), 72-96.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142-154.
- Saffarinia, M., & Dortaj, A. (2018). Effect of group logotherapy on life expectancy and mental and social wellbeing of the female elderly residents of nursing homes in Dubai. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4), 482-493. [Persian]
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., Esmaeili, R., & Mohsenifard, J. (2014). Explanation of loneliness in the elderly and comparison with psychosocial development theory: a quantitative study. *Journal of Educational and Communiy Health*, 1(2), 30-38. [Persian]
- Shariatmadar, A. (2015). *Existential consciousness in group therapy*. Danjeh Publications. [Persian]
- Shirali, S., & DashtBozorgi, Z. (2019). Effect of existential group therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 24-33. [Persian]
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(7), 387-397.
- Smith, J. M., Grandin, L. D., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression and axis II personality dysfunction. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 609-621.
- Snyder, C. R., & Ingram, R. E. (2000). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century*. New York: Wiley.
- Sotodehasl, N., Kahouei, M., & Fodaji, F. (2018). Social and psychological capital and its relation with academic achievement among medical sciences students of Semnan University of medical sciences, Semnan, Iran. *Koomesh*, 20(2), 256-262. [Persian]
- Suri, R. (2010). Working with the elderly: An existential—humanistic approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(2), 175-186.
- Swann Jr, W. B., & Pelham, B. (2002). Who wants out when the going gets good? Psychological investment and preference for self-verifying college roommates. *Self and Identity*, 1(3), 219-233.
- Sweetman, D., Luthans, F., Avey, J. B., & Luthans, B. C. (2011). Relationship

- between positive psychological capital and creative performance. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 28(1), 4-13.
- Teslyar, P., Stock, V. M., Wilk, C. M., Camsari, U., Ehrenreich, M. J., & Himelhoch, S. (2013). Prophylaxis with antipsychotic medication reduces the risk of post-operative delirium in elderly patients: a meta-analysis. *Focus*, 11(4), 544-551.
- Wilkinson, T., & Macleod, S. (2008). Strategies to improve nutrition in elderly people. *Best Practice Journal*, 15(1), 8-15.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. (Trans. S, Habib) Hachette Uk Publications. [Persian]