

## Impacts of Logo Therapy based on Rumi's Thoughts compared to Acceptance and Commitment Therapy in Social Health of Elderly People

Norouzi, \*A., Moradi, A., Zamani, K., Hasani, J.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of the present study was to compare the effectiveness of Logo-therapy based on Rumi's thoughts with ACT on the social health of the elderly people.

**Method:** In a randomized controlled trial design a total sample consisting 66 elderly subjects (46 females and 20 males) were selected from daily Behzisti elderly centers of Sari city. Subjects were randomly divided into two experimental groups, and a control group. Two experimental groups received Logo-therapy based on Rumi's thoughts and ACT respectively, while control group remained in the waiting list. Data collection was conducted by well-being questionnaire of Keyes and analyzed by mixed-design analysis of variance.

**Result:** Significantly higher means were observed for aspects of social health in both experimental groups than control ( $P < 0/001$ ). No significant difference found for social dimensions between two experimental groups ( $P > 0/05$ ), however the overall level of social health in the Logo-therapy was significantly higher than that of ACT ( $P < 0/05$ ).

**Conclusion:** In regard to socio-cultural construction in Iran, we strongly recommend using the culture-based therapeutic approaches.

**Key words:** logo therapy based on Rumi's thoughts, acceptance and commitment therapy, social health, elderly, culture.

## مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی

### سالمندان

اصغر نوروزی<sup>۱</sup>، علیرضا مرادی<sup>۲</sup>، کریم زمانی<sup>۳</sup>، جعفر حسینی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با درمان اکت بر سلامت اجتماعی سالمندان انجام شد.

**روش:** در یک طرح کاربندی کنترل شده تصادفی نمونه پژوهش شامل ۶۶ سالمند (۴۶ زن و ۲۰ مرد) از مراکز توانبخشی سالمندان روزانه بهزیستی شهرستان ساری انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بدون درمان تقسیم شدند. گروه آزمایشی اول و دوم به ترتیب مداخله معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، و اکت را دریافت کردند، اما گروه کنترل در لیست انتظار ماند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز انجام شد و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین مؤلفه‌های اجتماعی بطور معناداری در هر دو گروه آزمایشی بالاتر از گروه کنترل بود ( $P < 0/001$ ). دو گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر در مؤلفه‌ها نداشتند ( $P > 0/05$ )، ولی گروه معنادرمانی نسبت به گروه اکت از سطح کلی سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ساختار فرهنگی-اجتماعی جامعه ایرانی، قویاً استفاده از رویکردهای درمانی مبتنی بر فرهنگ را توصیه می‌کنیم.

**واژه‌های کلیدی:** معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان پذیرش و تعهد، سلامت اجتماعی، سالمندان، فرهنگ.

## مقدمه

به علت افزایش امید به زندگی سالمندان انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۵ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به ویژه آمریکای لاتین و آسیا، جمعیت سالمندان ۳ برابر شود. همچنین پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰، تعداد سالمندان ایران به ۱۰ میلیون نفر برسد (۱). سالمندی به عنوان یکی از مراحل زندگی بشر، مرحله‌ای مهم و اثرگذار در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی یک ملت است (۲). هرچند سالمندی فرآیند مداومی در زندگی انسان است ولی اینکه دقیقاً از چه سنی آغاز می‌شود و چه وقت می‌توان فردی را سالمند تلقی نمود، دقیقاً مشخص نیست. به‌طور قراردادی افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان سالمندان یک کشور شناخته می‌شوند و در برخی منابع دیگر، ۶۵ سالگی به عنوان مرز مشخص‌کننده در نظر گرفته شده است (۳). با این حال پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می‌آید (۳).

سالمندی و فرآیند زیستی و اجتماعی آن به‌طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالمند می‌شود که تأثیر این نارسایی‌ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان، بارزتر است به‌طوری که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست؛ این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تأثیر بسزایی در سلامت به‌طور عام و سلامت اجتماعی به‌طور خاص دارد (۴). بیماری، ناتوانی، اختلال‌های شناختی، فوت همسر، فقر و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر باعث می‌شوند تا نیازهای سالمندان در پاره‌ای از موارد متفاوت با نیازهای سایر اقشار جامعه باشد و سلامت اجتماعی آنها تهدید شود بنابراین توجه به سلامت اجتماعی این گروه حائز اهمیت بسیار است (۵).

افراد سالمند، علاوه بر تغییرات بیولوژیکی و فیزیولوژیکی که در بدن‌شان رخ می‌دهد، با رویدادهای مهم زندگی از قبیل بازنشستگی، مرگ دوستان و اعضای خانواده، رفتن به خانه جدید و کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی، تغییراتی در روابط اجتماعی و وضعیت مالی مواجه می‌شوند (۶).

در سال ۱۹۸۴، سازمان بهداشت جهانی، سلامت یا بهزیستی اجتماعی را یکی از چند متغیر کلی سلامت فرد تعریف کرد.

در مدل چندوجهی کیز سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی آنها مشخص می‌کند. پنج عنصر یا جنبه بهزیستی اجتماعی از نظر کیز، شامل پیوستگی (درک کیفیت، سازمان‌بندی و قابل فهم بودن دنیا)، یکپارچگی (کیفیت ارتباط با جامعه)، پذیرش (شناخت و پذیرش دیگران)، تشریک مساعی (به عنوان یک شریک اجتماع) و شکوفایی (باور به تحول مثبت اجتماعی) است (۷، ۸).

جهت افزایش سلامت اجتماعی و ارتقاء سازگاری سالمندان روش‌های متعددی وجود دارد که از جمله آنها می‌توان به معنادرمانی اشاره کرد. معنادرمانی یک رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی را برای کمک به مراجعان جهت رویارویی با چالش معنایی در زندگی‌شان آماده کند. این شیوه روی چهار علاقه مهم که ریشه در هستی انسان دارد و عبارتند از مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (۹). این مضامین با سالمندان ارتباط زیادی دارد. داشتن معنا یا هدف در زندگی، ارتباط مثبتی با عوامل روانی - اجتماعی دارد و منجر به سازگاری سالمندان، رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و داشتن دلیل برای زنده ماندن در آنها می‌شود (۱۰). سالمند در پیش روی عمر خویش زمان طولانی نمی‌بیند و امکان از دست دادن معنا یا کاهش معنا وجود دارد. لذا مداخله‌های معنادرمانی کمک می‌کنند تا سالمند باقی‌مانده عمر خویش را بر اساس توانایی‌ها و علاقه‌مندی‌هایش معنادار سازد تا دلیل زنده ماندنش افزایش یابد. معنادرمانی می‌تواند به افراد سالمند کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت‌های اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و در نهایت مرگ سازگار شوند (۱۱). معنادرمانی می‌تواند در قالب روش‌های درمان گروهی برای رفع مشکلات دوران سالمندی هم مؤثر واقع شود (۹). هدف اصلی در معنادرمانی هدایت مراجعان در جهت دستیابی به تجربه‌ای عمیق‌تر و روشن‌تر از حیات خویش و همچنین درک جایگاه خود در هستی است. در این گرایش، دیگر اکتشاف ذهن انسان در بررسی تفکر عملی و فرآیندهای احساسی وی خلاصه نمی‌گردد، بلکه، به مطالعه رابطه فرد با کل جهانی که او را در بر گرفته است گسترش می‌یابد. روانشناسان وجودی در افقی ورای روان تحلیل‌گری و سایر رویکردهای روانشناختی رایج، به انجام تجدیدنظری بر

پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب تجربه‌ای است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی و عدم تلاش برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل دادن آن رویدادها می‌باشد. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد. در واقع در این نوع درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۰). پذیرش و تعهد از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات و پذیرش آنها می‌تواند تغییرات مثبتی را در سلامتی ایجاد نماید (۲۱). پورفرج عمران در مطالعه‌ای اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده است (۲۲). مطالعه‌ای توسط باقری و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان شده است (۲۳).

با توجه به اینکه مطالعات زیادی به موضوع سازگاری فرهنگی در درمان و اثرات مثبت آن در خروجی درمان پرداخته‌اند، در پژوهش حاضر هدف، تولید محتوا از فرهنگ بوده است. همچنین به واسطه شباهت‌هایی که از نظر تکنیک و محتوا بین بسته درمانی حاضر با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده شده (مانند ذهن‌آگاهی، پذیرش، سازش با درد و رنج، صبر و تحمل، و...)، روش درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت مقایسه با بسته حاضر انتخاب شده است. افزایش رو به رشد تعداد سالمندان در کشور، لزوم توجه به وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان را برمی‌انگیزد، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و مقایسه اثربخشی آن با درمان پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی سالمندان انجام شده است.

### روش

**طرح پژوهش:** روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی است. طرح به کار رفته در این پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با دوره پیگیری (یک ماه بعد از اتمام دوره آموزشی) است. روش‌های

مفاهیم و معانی ارائه شده آنها مبادرت می‌ورزند (۱۲). صفاری نیا و همکاران در مطالعه خود اثربخشی معنادرمانی گروهی بر بهزیستی اجتماعی و مؤلفه‌های آن، میان زنان سالمند ساکن آسایشگاه‌های شهر دبی را نشان داده‌اند (۱۳). آنها در مطالعه خود نقش برنامه‌های آموزشی معنادرمانی گروهی را مؤثر دانستند، زیرا به سالمندان کمک می‌کند تا باقی مانده عمر خود را با سلامت بیشتر و کارکردهای روانی و اجتماعی بهتر بگذرانند.

در منابع عرفانی فارسی، اندیشه‌ها و آثاری منظوم و مثنوی وجود دارد که می‌توان با استفاده از آنها بسته‌های آموزشی و درمانی فرهنگی با رویکرد معناشناسانه تدوین و اجرا کرد. در این پژوهش می‌خواهیم از یک رویکرد فرهنگی جهت بهبود بهداشت روان سالمندان استفاده کنیم. علت انتخاب یک رویکرد فرهنگی این است که نیاز رو به رشدی در روان درمانی وجود دارد مبنی بر این که درمان هم از لحاظ تجربی حمایت شود و هم از لحاظ فرهنگی نفوذپذیر باشد. متخصصان مدت‌هاست فهمیده‌اند که بهترین درمان، درمانی است که به نیازها و زمینه‌های فرهنگی مراجعین توجه دارد (۱۴، ۱۵). بر این اساس بسته‌ی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا توسط نوروزی در دانشگاه خوارزمی طراحی شده است. علت انتخاب اندیشه مولانا به عنوان منبع استخراج معانی مورد لزوم، می‌توان در جامعیت آن جستجو کرد. آموزه‌های مولانا، جامع‌ترین و پویاترین کاوش‌های روح و روان آدمی را در آیینة حکایات، قصه‌ها و حکمت‌ها بازتابانیده است و عمیق‌ترین و موجزترین حکمت‌ها را در قالب تمثیل و تأویل فراروی جویندگان حقیقت و پویندگان فضیلت قرار داده است (۱۶-۱۸). در مطالعه‌ای توسط نوروزی و همکاران اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر بهزیستی روانشناختی سالمندان نشان داده شده و اثربخشی آن با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه شده است. مطالعه یادشده نشان داد که این بسته درمانی توانسته به اندازه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی سالمندان مؤثر باشد (۱۹).

از جمله درمان‌های روانشناختی دیگری که تا حدودی متکی بر عرفان شرق و یا حداقل متأثر از آن بوده و در چارچوب رویکردهای شناختی قابل طرح است و می‌تواند بر سلامت اجتماعی سالمندان مؤثر باشد، درمان پذیرش و تعهد است.

حداقل و حداکثر نمره‌ای که به دست می‌آید به ترتیب برابر با ۲۸ و ۱۴۰ می‌باشد. در پژوهش حیدری و غنایی در سال ۱۳۸۷، همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ و ضریب همبستگی به دست آمده از طریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ بوده است که همگی در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنی‌دار است (۲۵). مطالعه هاشمی و همکاران سال ۱۳۹۳ که با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه این پرسشنامه بود، نتایج مربوط به اعتبار پرسشنامه نشان داد که آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بود (۲۶).

جهت مداخله از دو روش زیر اسفاده شد:

۱. بسته آموزشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا: این بسته آموزشی توسط نوروزی و همکاران طراحی شده است (۱۹). سازندگان با مراجعه به آثار منظوم و منثور مولانا و مراجعه به کتب شرح و نقد این آثار و آثار سایر متصوفه مانند مراد مولانا، و استخراج مفاهیم و معانی مورد نظر، بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا را تدوین و طراحی کردند (۱۹). این محققان همچنین به منظور تدوین بسته درمانی از نقطه نظرات و منابع استاد کریم زمانی مولانا پژوه برجسته کشور، استفاده کرده‌اند. تمام مراحل به شکل تصویری، صوتی و نوشتاری توسط سازندگان ثبت شده است. این بسته توسط کارشناسان مربوطه در سازمان بهزیستی کشور مورد تأیید قرار گرفته و طی برنامه‌های آتی به عنوان یک پروتکل فرهنگی بومی توسط کارشناسان آموزش دیده در مراکز سالمندان در سراسر کشور اجرا خواهد شد. این بسته آموزشی - درمانی برای گروه اول در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۷۵ دقیقه آموزش داده شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ گزارش شده است.
۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: برای گروه دوم نیز درمان گروهی پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۹) در هشت جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده شد (۲۷) که خلاصه جلسات در جدول ۲ درج شده است.

مداخله‌ای (معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به عنوان متغیر مستقل و سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته می‌باشد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری شامل تمامی سالمندان دارای ۶۰ سال (بازنشسته) و بالاتر شهر ساری در سال ۱۳۹۶ بودند که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۶۶ نفر (۴۶ زن و ۲۰ مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد از میان سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی سالمندان روزانه بهزیستی شهرستان ساری که شامل سه مرکز سرای مهر، مینا و سرای ارشد است، انتخاب شدند و به روش تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود افراد نمونه به پژوهش عبارت از سن بالای ۶۰ سال، زندگی در کنار خانواده، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بوده است. ملاک خروج افراد نمونه، تمایل نداشتن جهت شرکت در جلسات، غیبت بیش از یک جلسه، تشخیص اختلال‌های روان‌پزشکی حاد به ویژه اختلال‌های شناختی (از جمله دمانس، آلزهایمر، پارکینسون و...)، اختلال‌های حسی - حرکتی (مانند ناشنوایی، فلج و...) و بیماری‌های مزمن شدید بوده است.

## ابزار

۱. پرسشنامه جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها از قبیل جنسیت، سن و سطح تحصیلات می‌باشد.
۲. پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز: این پرسشنامه توسط کیز بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی، تهیه شده است (۲۴). این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد. کیز طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ عاملی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. در این مقیاس، ۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به انسجام اجتماعی، ۷ گویه عامل پذیرش اجتماعی و ۶ گویه مربوط به عامل انطباق اجتماعی است. نمره‌گذاری گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای «کاملاً موافق=۵»، «موافق=۴»، «نظری ندارم=۳»، «مخالف=۲» و «کاملاً مخالف=۱» انجام می‌شود. بنابراین

2. Logo Therapy Based on Rumi's Thoughts

3. Acceptance and Commitment Therapy

1. Social Well-being Questionnaire of Keyes

## جدول ۱) خلاصه جلسات معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا

جلسه	دستور جلسه	تکلیف
۱. خدانشناسی	۱. تمرکز سالمند بر نقش توجه خداوند به انسان از نظر مولانا ۲. خودارزیابی صحیح سالمندان و تفکر در مورد خداوند ۳. مقایسه رابطه مادر و فرزند و خداوند با انسان بر اساس داستان سروش مهر ۴. تفسیر و تحلیل دو غزل مولانا	در این بخش شما با توجه به داستان سروش مهر و تفسیری که از ۲ غزل مولانا برای شما انجام شده است، سعی کنید پیوسته داستان عباس و مادرش را در ذهن مرور کنید و با تمرکز بر صدای اذان، افکار و احساس‌های خویش را در طول شبانه روز، در ۱۰ سطر گزارش نمایید
۲. خودکنترلی	۱. تفسیر داستان چینیان و رومیان در صورت‌گری ۲. تفسیر تمثیل انبار گندم ۳. تفسیر تمثیل خاربن و خارکن ۴. تفسیر تمثیل تشبیه دنیا به تون حمام ۵. شناخت توانمندی‌ها و علاقه‌مندی‌های سالمند از خود و هدف‌گذاری ۶. شناخت ویژگی‌های مثبت و منفی سالمند از خود و هدف‌گذاری ۷. شناخت سالمند از اهداف زندگی‌اش و هدف‌گذاری	عباس به واسطه تجربه کم و کم‌مهارتی، از محافظت خویش ناتوان بود و این مادر بود که از او محافظت می‌کرد. ولی اکنون عباس بر پایه دانش و مهارت خانواده تشکیل داده و از خود و خانواده محافظت می‌کند و در خودآگاهی و خودکنترلی است. در این بخش با توجه به تفاسیر اشعار مولانا سعی کنید در پیرامون موضوعات خودکنترلی با تمرکز بر خود، از تجربیات و دانش سال‌های متعددی زندگی خویش، بر دردها و رنج‌های خود کنترل یابید. اکنون با توجه به پذیرش دوره سالمندی، ویژگی‌های مثبت، منفی، علاقه‌مندی‌ها و توانایی‌ها و اهداف خویش را هر کدام به تعداد ۳ مورد گزارش و هدف‌گذاری نمایید
۳. پذیرش پیری	۱. بر اساس تمثیل پیرمرد طیب و عارف و کشیش، فرد سالمندی را بپذیرد. ۲. جلوگیری از انزوا و اجتناب ۳. جلوگیری از وابستگی خودالقای ۴. اهمیت پیری عقلی بر پیری تقویمی ۵. آموزش راهبرد حل مسئله	با تمرکز بر توانایی‌های خود در دوره جوانی و میانسالی، هم اکنون با پذیرش دوره سالمندی چگونه برای خود و خانواده و نسل جوان می‌توانید مثر مثر باشید. لطفاً در ۱۰ سطر گزارش نمایید و در انجام آن کوشا باشید.
۴. سازش با درد و رنج و ساخت معنا	۱. تغییر توجه، نشاط و چالاکی به وجود می‌آورد ۲. پرداختن به معناها و لذت‌های زندگی موجب شکوفایی و کمال انسان می‌گردد ۳. درد باید موجب زایش فکر شود ۴. درد اصلی درد فراق از خداوند بزرگ است ۵. صبر و تحمل	در این تکلیف با توجه به پذیرش درد و رنج‌ها و هرگونه بیماری مزمن که درگیر آن هستید، سعی کنید حداقل ۲۰ معنا و لذتی که با پرداختن به آنها احساس آرامش و شادی می‌کنید را لیست کرده و به آن عمل نمایید.
۵. ذکر و مراقبه (ذهن‌آگاهی)	۱. تمرکز و ذکر، دغدغه‌های گذشته را می‌زداید ۲. با تمرکز بیشتر بر لحظه حال، درون خود را صافی کنیم ۳. نماز بهترین ذکر، مراقبه و آرامش‌دهنده است ۴. با نماز نظم‌دهی درستی نسبت به هیجانات مان داشته باشیم ۵. تفسیر تمثیل عور و زنبور ۶. بیان اسرار قیام و قعود و رکوع و سجود و سلام در نماز (تمرکز بر ذهن‌آگاهی)	در این تکلیف شما با توجه به داستان سروش مهر و تفاسیری که از دو تمثیل این بخش برای شما انجام شده است، نماز روزانه خویش را با تمرکز بر تمثیل‌ها اقامه نمایید؛ احساس‌ها و افکار خود را در ۱۰ سطر گزارش نمایید.
۶. اضطراب مرگ و یافتن معنای عشق	۱. پذیرش آموزش در زمینه مقابله با اضطراب مرتبط با بیماری و مرگ ۲. بازسازی زندگی ۳. مقابله کردن با مرگ به طور طبیعی از طریق پذیرش این اصل که هر کس ناچار به پذیرفتن مرگ است و مرگ یکی از مراحل طبیعی و تکاملی است. ۴. مرگ به معنای فنا نیست ۵. راز آفرینش است ۶. قبل از مردنم قرار است چه کاری انجام دهم؟ ۷. تفسیر تمثیل گفتگوی موسی و خدا	باتوجه به داستان سروش مهر، اکنون مادر عباس در کنار او نیست و نزد خداوند در حال روزی خوردن است. اما این مادر در نگرش و زندگی عباس اثری جاودان بر جا نهاده است و همیشه عباس از لطف و مرحمتش به نیکی یاد می‌کند. پس سعی نمایید ایام روزانه خویش را به شکل اثرگذاری مثبت بر خود و دیگران طی و این‌گونه برای خود تحلیل نمایید: «قبل از مردنم قرار است چه کاری انجام دهم؟ تا رضایتم فراهم شود. لذا در تلاش باشید کارهایی را قرار است قبل از مردن انجام دهید را در ۱۰ سطر گزارش نموده و متعهدانه انجام دهید.

جلسه	دستور جلسه	تکلیف
	۸. کمک به دیگران (مفید بودن برای دیگران) صحبت درباره جنبه‌های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنای زندگی از طریق عشق	
۷. صبر و تحمل در غم و رنج	۱. هدف اصلی از زندگی، گریز از درد و رنج نیست بلکه با صبر و تحمل یافتن معنا از درون آن است ۲. صبر و تحمل معنای زیبایی از کنترل خود به انسان می‌دهد ۳. دریافت و درک صحیح از رشد و تعالی در صبر و تحمل ۴. تفسیر تمثیل کبودی زدن قزوینی ۵. تفسیر داستان لقمان و داوود	در سالمندی به واسطهٔ درگیری با بیماری‌های مزمن و ناتوانایی‌های موجود آمده، پیوسته برای خویش اشتغال ذهنی فراهم می‌کنیم. با توجه بر نگرش‌های مولانا، تمرکز بر صبر و تحمل چه زایشی در فکر شما حاصل می‌آورد. لطفاً در یک جمله در ۱۰ سطر گزارش نمایید.
۸. شکر و سپاسگزاری	۱. اهمیت شکر و سپاسگزاری از خلق ۲. سپاسگزاری و افزایش نعمت ۳. سپاسگزاری از خداوند و جهان هستی ۴. سپاسگزاری از خانواده و عزیزانمان ۵. تفسیر اشعار مولوی در مورد شکر و سپاسگزاری	عباس اکنون در میان سالی و پختگی سپاسگزار مادر مهربانش است، مادری که در کنارش نیست ولی در خاطره‌اش، زینت بخش دلش است. در این بخش، با توجه به تفاسیر اشعار مولانا در شکر و سپاسگزاری، سعی کنید با توجه به پذیرش تمامی شرایط سالمندی، سپاسگزار تمامی کسانی باشید که در این دورهٔ سالمندی در حال خدمت رسانی به شما هستند و از خداوند بزرگ سپاسگزاری ویژه نمایید.

## جدول ۲) خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت شناسی)، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روانشناختی احساس می‌شود؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از سالمندی
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آنها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجان‌ها و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف خانگی
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکالیف خانگی؛ ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	ارائه باز خود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجان‌ات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
هفتم	ارائه باز خود و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب باشد نه عملی تر
هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه باز خود به اعضای گروه، قدرانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

شاپیرو - ویلک یک نمونه‌ای و لون به ترتیب برای بررسی پیش‌فرض‌های بهنجار بودن توزیع‌ها، همسانی واریانس‌ها در جدول ۳ نشان داده شده‌اند. یافته‌های حاصل از آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که توزیع هر یک از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) در سطح  $0/05$  نرمال بوده است ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لون حاکی از برقراری پیش‌فرض ثبات واریانس بود ( $P > 0/05$ ) و آزمون موچلی نیز نشان داد که پیش‌فرض کرویت ماتریس واریانس - کوواریانس در گروه‌های مطالعه برای مؤلفه شکوفایی اجتماعی ( $M = 0/97$  و  $P > 0/05$ )، انسجام اجتماعی ( $M = 0/99$  و  $P > 0/05$ )، مشارکت اجتماعی ( $M = 0/97$  و  $P > 0/05$ )، همبستگی اجتماعی ( $P > 0/05$ ) و پذیرش اجتماعی ( $M = 0/96$  و  $P > 0/05$ ) و به طور کلی سلامت اجتماعی ( $M = 0/91$  و  $P > 0/05$ ) برقرار بود.

به منظور سنجش اثربخشی روش‌های درمانی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی سالمندان و مقایسه آنها با گروه کنترل از تحلیل واریانس مختلط (تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. پیش از انجام این آزمون، از برقراری مفروضات آن اطمینان حاصل شد. در بررسی تفاوت‌های بین گروهی، نتیجه تحلیل واریانس نشان داد که بین سه گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، در سطح  $0/0001$  اختلاف معناداری وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). همچنین در مقایسه مراحل مختلف آزمون نتایج نشان داد که بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی تفاوت قابل ملاحظه‌ای در سطح  $0/0001$  دیده شد ( $P < 0/0001$ ). از طرفی، اثر متقابل بین عامل گروه و مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری در هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی در سطح  $0/0001$  معنی‌دار بود ( $P < 0/0001$ ). از همین رو، برای بررسی‌های جزئی‌تر و مقایسه بین میزان اثربخشی روش‌های درمانی روی هر یک از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی سالمندان، از آزمون‌های تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

**روند اجرای پژوهش:** ابتدا هماهنگی‌های لازم با شهرداری (که یکی از مراکز روزانه سالمندی به نام سرای ارشد زیر نظر این سازمان است) و بهزیستی شهرستان ساری صورت گرفت، سپس با اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذیربط به سه مرکز روزانه سالمندان مراجعه و پس از هماهنگی با مدیران مراکز و توجیه آنها فهرست اسامی سالمندان تهیه گردید و پس از غربال‌گری اولیه افراد سالمند، نمونه مورد نظر بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش و اطمینان خاطر دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، افراد انتخاب‌شده به روش تصادفی در گروه‌های آزمایشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. برای هر یک از گروه‌های آزمایشی ۸ جلسه گروهی ۷۵ دقیقه‌ای طی ۸ هفته اجرا شد و در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. البته به جهت رعایت اخلاق پژوهشی و ایجاد انگیزه در گروه کنترل برای شرکت در پژوهش به آنها گفته شد که در پایان جلسات آموزشی، برنامه آموزشی که اثربخش‌تر باشد برای آنها نیز آموزش داده خواهد شد. لازم به ذکر است که هر یک از افراد نمونه اجازه داشتند در هر مرحله‌ای از پژوهش که قادر به ادامه دادن نباشند از طرح خارج شوند. همچنین به دلیل طولانی بودن سؤالات پرسشنامه‌ها و شرایط خاص دوره سالمندی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از چندین همکار آموزش‌دیده کمک گرفته شد.

#### یافته‌ها

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که جنسیت بیشتر شرکت‌کنندگان در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان پذیرش و تعهد و کنترل، زن هستند (گروه معنادرمانی: ۶۷ درصد؛ گروه درمان پذیرش و تعهد: ۸۰ درصد و گروه کنترل: ۶۴ درصد). به لحاظ سنی نیز بیشتر شرکت‌کنندگان، در رده سنی ۶۵-۶۱ سال قرار داشتند.

میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت اجتماعی برای سالمندان سه گروه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین نتایج آزمون

## جدول ۳) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌های درمانی و نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و لون

متغیرها	آزمون	گروه‌ها					
		گواه		ACT <sup>۲</sup>		LBRT <sup>۱</sup>	
همسانی واریانس		P	(SD ± میانگین)	P	(SD ± میانگین)	P	(SD ± میانگین)
شکوفایی اجتماعی	پیش آزمون	۰/۵۴۵	۲/۱۴ ± ۰/۳۹	۰/۶۵۲	۲/۴۸ ± ۰/۴۱	۰/۰۶۳	۲/۳۱ ± ۰/۳۵
	پس آزمون	۰/۴۳۷	۲/۱۶ ± ۰/۴۶	۰/۲۳۰	۴/۴۵ ± ۰/۴۰	۰/۳۹۳	۴/۵۸ ± ۰/۵۱
	پیگیری	۰/۷۴۴	۲/۱۸ ± ۰/۳۶	۰/۶۴۶	۴/۳۵ ± ۰/۷۴	۰/۴۲۱	۴/۵۴ ± ۰/۷۰
انسجام اجتماعی	پیش آزمون	۰/۷۰۲	۲/۳۱ ± ۰/۴۱	۰/۰۶۶	۲/۵۰ ± ۰/۳۶	۰/۱۳۴	۲/۴۲ ± ۰/۴۸
	پس آزمون	۰/۶۸۷	۲/۴۳ ± ۰/۵۰	۰/۵۴۳	۴/۲۶ ± ۰/۶۲	۰/۴۰۳	۴/۴۶ ± ۰/۷۸
	پیگیری	۰/۶۳۳	۲/۴۰ ± ۰/۷۲	۰/۴۴۵	۴/۲۸ ± ۰/۵۶	۰/۱۲۶	۴/۳۱ ± ۰/۵۱
مشارکت اجتماعی	پیش آزمون	۰/۷۵۵	۲/۶۱ ± ۰/۳۲	۰/۰۷۴	۲/۶۲ ± ۰/۲۰	۰/۰۵۹	۲/۷۵ ± ۰/۱۶
	پس آزمون	۰/۷۷۱	۲/۶۷ ± ۰/۵۲	۰/۵۱۷	۴/۲۵ ± ۰/۷۰	۰/۵۲۴	۴/۵۹ ± ۰/۷۵
	پیگیری	۰/۸۲۷	۲/۶۶ ± ۰/۶۳	۰/۲۶۳	۴/۵۰ ± ۰/۶۵	۰/۸۰۱	۴/۶۶ ± ۰/۸۰
همبستگی اجتماعی	پیش آزمون	۰/۱۵۷	۲/۱۷ ± ۰/۳۰	۰/۵۲۴	۲/۱۸ ± ۰/۱۸	۰/۰۸۳	۲/۲۴ ± ۰/۲۷
	پس آزمون	۰/۸۸۴	۲/۲۰ ± ۰/۶۸	۰/۰۷۱	۴/۲۳ ± ۰/۷۵	۰/۲۰۳	۴/۴۶ ± ۰/۴۹
	پیگیری	۰/۳۶۰	۲/۲۶ ± ۰/۵۲	۰/۳۹۷	۴/۰۰ ± ۰/۶۰	۰/۰۶۱	۴/۳۴ ± ۰/۶۸
پذیرش اجتماعی	پیش آزمون	۰/۴۸۵	۲/۱۴ ± ۰/۴۵	۰/۱۲۶	۲/۱۸ ± ۰/۵۰	۰/۰۸۲	۲/۰۶ ± ۰/۴۵
	پس آزمون	۰/۷۶۵	۲/۲۲ ± ۰/۵۶	۰/۱۹۹	۴/۴۷ ± ۰/۵۰	۰/۰۹۵	۴/۷۱ ± ۰/۵۹
	پیگیری	۰/۱۵۴	۲/۴۸ ± ۰/۹۵	۰/۲۳۱	۴/۴۳ ± ۰/۶۰	۰/۲۹۳	۴/۷۱ ± ۰/۶۳
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۰/۸۹۳	۲/۲۷ ± ۰/۲۱	۰/۶۸۵	۲/۳۹ ± ۰/۱۸	۰/۳۶۶	۲/۳۶ ± ۰/۱۷
	پس آزمون	۰/۷۱۵	۲/۳۴ ± ۰/۳۲	۰/۲۰۲	۴/۳۳ ± ۰/۲۷	۰/۲۲۱	۴/۵۶ ± ۰/۲۵
	پیگیری	۰/۴۷۶	۲/۳۹ ± ۰/۲۸	۰/۰۹۹	۴/۳۱ ± ۰/۲۳	۰/۲۸۲	۴/۵۱ ± ۰/۲۲

## جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط؛ بررسی تفاوت گروه‌ها برای متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن

متغیر	منابع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجنورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
شکوفایی اجتماعی	گروه‌ها	۲	۵۸/۳۰	۱۹۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	مراحل	۲	۴۲/۷۵	۱۸۹/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۱۰/۷۱	۴۷/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰
انسجام اجتماعی	گروه‌ها	۲	۳۸/۸۲	۶۸/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
	مراحل	۲	۳۵/۹۶	۱۸۱/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۷/۸۰	۳۹/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
مشارکت اجتماعی	گروه‌ها	۲	۳۵/۶۱	۷۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	مراحل	۲	۳۳/۲۴	۱۳۵/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۷/۷۶	۳۱/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
همبستگی اجتماعی	گروه‌ها	۲	۴۲/۳۱	۱۴۴/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
	مراحل	۲	۴۱/۹۸	۱۵۲/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۹/۹۵	۳۶/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳
پذیرش اجتماعی	گروه‌ها	۲	۴۹/۰۲	۸۷/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴
	مراحل	۲	۶۳/۹۹	۲۴۷/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۱۲/۹۵	۵۰/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
سلامت اجتماعی	گروه‌ها	۲	۴۴/۳۶	۵۶۸/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	مراحل	۲	۴۲/۸۸	۹۰۴/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۴	۹/۶۷	۲۰۳/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷

1. Logo Therapy Based on Rumi's Thoughts

2. Acceptance and Commitment Therapy

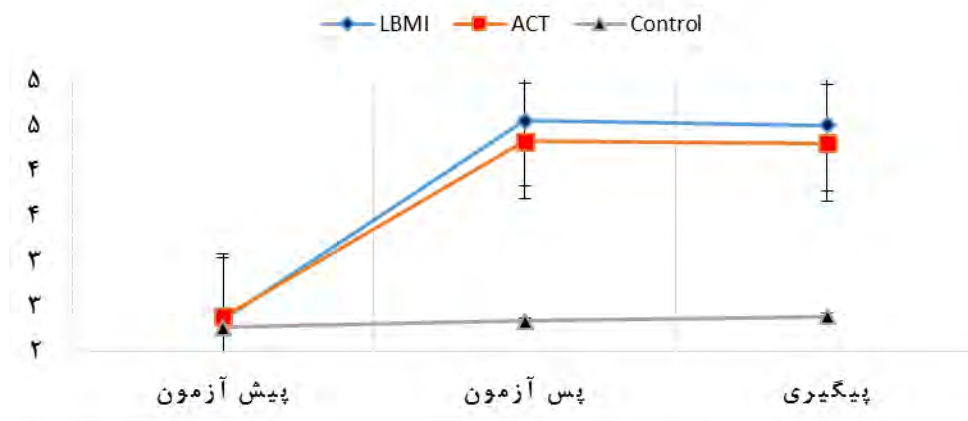


بود. نتایج حاکی از آن بود که در این مرحله نیز گروه‌های آزمایشی به صورت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل از میزان بالاتری از مؤلفه‌های شکوفایی، انسجام، مشارکت، همبستگی و پذیرش اجتماعی برخوردار بودند ( $P < 0.001$ ). اگرچه در این دوره اندازه‌گیری هم دو گروه آزمایشی از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در یک سطح بودند و تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ( $P > 0.05$ )، گروه معادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از سطح کلی سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بود ( $P < 0.05$ ). به طور کلی تأثیرگذاری دو درمان معادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در یک سطح قرار داشت و هر دو روش بهتر از گروه کنترل بودند؛ اما از نظر سطح کلی سلامت اجتماعی، درمان معادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هرچند به صورت ناچیز اما معنی‌داری مؤثرتر بود. شکل ۱ مقدار میانگین و انحراف معیار شاخص کلی سلامت اجتماعی در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه درمانی به تصویر کشیده است.

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی شفه در جدول ۵، بین مقادیر پیش‌آزمون هر سه گروه از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و همچنین سطح کلی سلامت اجتماعی، در سطح ۰.۰۵ اختلاف معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). لذا گروه‌های درمانی در ابتدای مطالعه با یکدیگر همسان بودند و از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در یک سطح قرار داشتند. از طرفی، نتایج این آزمون برای مرحله پس‌آزمون به تفکیک شاخص‌های سلامت اجتماعی تفاوت‌هایی را بین گروه‌های مطالعه نشان داد. از یک سو، میانگین شاخص‌های شکوفایی، انسجام، مشارکت، همبستگی و پذیرش و همچنین سطح کلی سلامت اجتماعی، هم در گروه معادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و هم در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری از گروه کنترل بالاتر بود ( $P < 0.001$ ). اما از سویی دیگر، با وجود این‌که دو گروه آزمایشی از لحاظ مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در یک سطح بودند و تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ( $P > 0.05$ )، گروه معادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نسبت به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از سطح کلی سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بود ( $P < 0.05$ ). یافته‌های حاصل از آزمون شفه برای مرحله پیگیری مشابه مرحله پس‌آزمون

جدول ۵) آزمون تعقیبی شفه؛ مقایسه میانگین سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در گروه‌ها و مراحل سه گانه

متغیر	مرحله	تفاضل میانگین ACT و LBRT	سطح معناداری	تفاضل میانگین LBRT و گواه	سطح معناداری	تفاضل میانگین ACT و گواه	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	پیش‌آزمون	- ۰/۱۷	۰/۳۳۷	۰/۱۷	۰/۳۳۹	۰/۳۴	۰/۰۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۴	۰/۶۱۲	۲/۴۲	۰/۰۰۰۱	۲/۲۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۹	۰/۶۱۹	۲/۳۶	۰/۰۰۰۱	۲/۱۷	۰/۰۰۰۱
انسجام اجتماعی	پیش‌آزمون	- ۰/۰۸	۰/۸۳۰	۰/۱۱	۰/۶۸۱	۰/۱۹	۰/۳۶۱
	پس‌آزمون	۰/۲۱	۰/۵۸۰	۲/۰۳	۰/۰۰۰۱	۱/۸۲	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۰۴	۰/۹۸۱	۱/۹۲	۰/۰۰۰۱	۱/۸۸	۰/۰۰۰۱
مشارکت اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۱۳	۰/۱۹۳	۰/۱۴	۰/۱۴۳	۰/۰۱	۰/۹۹۴
	پس‌آزمون	۰/۳۵	۰/۲۳۷	۱/۹۳	۰/۰۰۰۱	۱/۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۶	۰/۷۴۳	۲/۰۰	۰/۰۰۰۱	۱/۸۴	۰/۰۰۰۱
همبستگی اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۰/۷۴۸	۰/۰۷	۰/۶۴۹	۰/۰۱	۰/۹۹۰
	پس‌آزمون	۰/۲۳	۰/۴۹۶	۲/۲۶	۰/۰۰۰۱	۲/۰۳	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۳۴	۰/۱۹۳	۲/۰۸	۰/۰۱۷	۱/۷۴	۰/۰۰۰۱
پذیرش اجتماعی	پیش‌آزمون	- ۰/۱۲	۰/۷۰۷	- ۰/۰۸	۰/۸۵۷	۰/۰۴	۰/۹۵۹
	پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۳۶۶	۲/۴۹	۰/۰۰۰۱	۲/۲۵	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۸	۰/۴۶۵	۲/۲۴	۰/۰۰۰۱	۱/۹۶	۰/۰۰۰۱
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	- ۰/۰۴	۰/۸۲۲	۰/۰۸	۰/۳۳۴	۰/۱۲	۰/۱۲۸
	پس‌آزمون	۰/۲۳	۰/۰۳۱	۲/۲۲	۰/۰۰۰۱	۱/۹۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۰/۲۰	۰/۰۳۰	۲/۱۲	۰/۰۰۰۱	۱/۹۲	۰/۰۰۰۱



شکل ۱) میانگین شاخص کلی سلامت اجتماعی در طی مراحل سه گانه به تفکیک گروه

## بحث

رنج دیگران شده و نقشی اساسی در تضعیف خودخواهی، تقویت ایثارگری و به تبع آن بهبود سلامت اجتماعی دارد. ماهیت گروه‌درمانی این مداخله، به گونه‌ای است که فرصتی برای حمایت متقابل و کمک به افراد برای مدارا کردن با رنج‌های زندگی فراهم می‌آورد. اعضای گروه در زمان از دست دادن دوستان قدیم، طعم رفاقت‌های تازه‌ای را می‌چشند و فرصتی تازه می‌یابند تا به یکدیگر کمک کنند و احترام و اعتماد به نفس‌شان را افزایش دهند که اینها همه موجب افزایش سلامت اجتماعی افراد می‌شود. براساس نظریه کناره‌گیری که در دوران سالمندی مطرح می‌شود (۲۸)، پیرشدن با نبودن تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است، در این حالت فرد رفته رفته از مداخله در زندگی اجتماعی خودداری می‌کند و اجتماع نیز امتیازهای مختلف را کمتر به او عرضه می‌دارد. فرجام‌پذیری و گذرا بودن موقعیت‌ها، معنای مسئولیت شخصی را ملموس‌تر می‌کند. در طی آموزش‌های معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، به دلیل آنکه همه چیز گذراست، یعنی هیچ درد و رنجی ماندگار نیست، شایسته است فرد بر درد و رنج‌های گذشته خود متمرکز نباشد، بر لحظه حال تمرکز کند و اثربخشی این نگرش خود را ادراک نماید. خود فرد باید در تلاش باشد که روابط بین فردی مؤثری را بسازد و توانایی‌های خود را گزارش نماید تا دیگران از آن بهره‌گیرند لذا باید خود را مسئول رفتارشان بشناسد بنابراین سلامت اجتماعی‌اش افزایش می‌یابد. در واقع حس مسئولیت فرد افزایش یافته و احساس نوعی مسئولیت در برابر دیگران، پیش از اینکه کسی بخواهد درخواست کند، ایجاد شده که به تبع آن روابط و سلامت اجتماعی فرد بهبود می‌یابد.

نتایج نشان داد که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا موجب بهبود سلامت اجتماعی سالمندان و مؤلفه‌های آن شده و اثر آن تا مرحله پیگیری تداوم داشته‌است. طبق جستجوهای انجام‌شده تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا بر سلامت اجتماعی سالمندان انجام شده باشد، صورت نگرفته است. به‌طور ضمنی یافته پژوهش حاضر با نتایج مطالعه صفاری نیا و همکاران همسو است (۱۳).

سالمندان با شرکت در جلسات گروهی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی در زندگی که تا بدین روز بر آنها گذشته است، خواه درد و بیماری و خواه مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب می‌کنند که زندگی همواره دارای معناست و می‌توان در هر پیشامدی معنا و هدفی یافت (مرد را دردی اگر باشد خوش است / درد بی دردی علاجش آتش است). داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی همه و همه منابعی است که سبب می‌شود سلامت اجتماعی سالمندان افزایش یابد. آموزش اندیشه‌های مولانا به افراد سالمند کمک کرد که از لذت‌ها و موهبت‌هایی که برایشان عادی و پیش‌پاافتاده به نظر می‌رسید باخبر شوند، در برابر تنش‌های زندگی مثل پیری انعطاف‌پذیرتر باشند و متعاقب آن سلامت اجتماعی‌شان افزایش یابد زیرا درک معنای رنج، زوال و پیری باعث افزایش حساسیت انسان نسبت به درد و

ماندگار می‌ماند زیرا در زمان باقیمانده، درک عمیق‌تری از آمدن و بودن پیدا می‌کنند و در حفظ و نگهداری آن کوشا تر عمل می‌کنند بنابراین تغییرات ایجاد شده تا مرحله پیگیری هم ادامه داشته است.

همچنین نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سلامت اجتماعی سالمندان شده است. این یافته به طور ضمنی با نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو است (۲۳، ۳۰، ۳۱).

به نظر می‌رسد پذیرش، که به معنی روبه‌رو شدن با دردها در مسیر رسیدن به ارزش‌ها، به جای اجتناب تجربه‌ای است، نقش زیادی در کاهش علائم اضطرابی دارد. ظاهراً اجتناب تجربه‌ای در طولانی مدت، موجب بروز بیشتر علائم اضطرابی می‌شود. حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی، دردها و سختی‌هایی به همراه دارد که با اجتناب کردن از تجربه این دردها نمی‌توان به یک زندگی ارزشمندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست. تقریباً می‌توان گفت که مواجه شدن یک اصل تأکیدی در درمان‌های موج جدید است که گاه به صورت عینی و گاه به صورت ذهنی انجام می‌شود. حضور ذهن به عنوان حالت شناختی مؤثر و بدیل نگرینسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند نیت‌مند بودن، غیر قضاوتی بودن، برابر نبودن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی بودن، می‌تواند در خارج شدن فرد از چرخه اندیشناکی کمک کند (۳۲). بنابراین فرد به جای درگیر بودن در دنیای درون‌روانی، بیشتر بر دنیای اجتماعی و روابط بین فردی متمرکز می‌شود و به دنبال آن سلامت اجتماعی اش افزایش پیدا می‌کند.

در این رویکرد، فرآیندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد، اینکه چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده‌رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند، به سالمندان آموزش داده شد. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد به سالمندان یاد داد که افکار و احساسات‌شان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از سالمندان خواسته شد که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با

همچنین براساس نظریه فعالیت که توسط هویگ هرست بیان شده (۲۹) و رابطه مثبت میان فعالیت‌های اجتماعی و رضایت از زندگی را بیان می‌کند، می‌توان گفت شرکت در جلسات معنادرمانی توانست به مثابه فعالیتی اجتماعی در کاهش افسردگی سالمندان تأثیر مثبت داشته باشد. تغییرات جسمی در سالمندی باعث تغییراتی در ظاهر بدن می‌شود و به دلیل اختلال در اعمال بدن یا ازدست دادن زیبایی و جذابیت، در تصور از خود نیز نگرش منفی ایجاد می‌کند که گاه احساس حقارت و بی‌کفایتی را در سالمند ایجاد و همین احساس، ارتباط‌های اجتماعی وی با دیگران را محدود و سلامت اجتماعی سالمند را متأثر می‌سازد. اما در خلال معنادرمانی، سالمندان یاد گرفتند با انتخاب هدفی ارزشمند و خودپذیری، روابط اجتماعی خود را افزایش داده و بهبود بخشند و به تبع آن سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش یابد.

مراکز سالمندی یک اجتماع دوسوگرا ست، یعنی سالمندان با نگاه فردی وارد روابط اجتماعی می‌شوند و این تعامل دو طرفه بر پایه توانایی‌های فردی است که متأسفانه برخی از آنها در طول زمان یا کمرنگ شده یا اجتماع نتوانسته از آنها به درستی بهره‌مند شود، اما این توانایی‌ها در مراکز سالمندی دیده شده و سالمندان احساس کارآمدی بیشتری پیدا می‌کنند و تمایل خواهند داشت که این داشته‌ها را در حوزه اجتماعی فراگیر نمایند. این تعامل دوطرفه، اثربخشی دو طرفه‌ای را نیز حادث می‌کند بنابراین مشارکت و انسجام اجتماعی و پذیرش و انطباق اجتماعی افزایش می‌یابد. در واقع بازخوردهایی که به فرد داده می‌شود از بعد اجتماعی نیز او را رشد می‌دهد. در برنامه آموزشی بکار برده شده، سالمند آموزش می‌بیند که نسبت به نقاط ضعف و قوت خود آگاهی یابد و آنها را بپذیرد و با نگاه مسئله‌مدارانه سعی در حل مشکلات بین فردی داشته و این تغییرات مثبت در سالمند انگیزه‌های را به وجود می‌آورد که در حوزه اجتماعی خود، آن را بروز می‌دهد.

در تمثیل‌ها و استعاره‌های ایرانیان این‌طور بیان می‌شود که کافیس در آگاهی دادن، انسان‌های خوابیده را بیدار کنیم (آن کس که بداند و نداند که بداند، بیدار کنندش که بسی خفته نماند)؛ نگرش‌های مولانا بیدار کردن انسان‌ها از خواب غفلت است، چون سالمندان در مرحله انتهای زندگی قرار دارند این آگاهی‌ها در فرآیند تغییرات زندگی‌شان بیشتر

هاست در فرهنگ ما در حال استفاده و بهره‌وری هستند، لذا سالمندان فرهنگ ما با پذیرش و درک بهتری آن را ادراک می‌کنند. همچنین این استعاره‌ها و تمثیل‌های فرهنگی توان سالمندان را در ساخت معنا از رنج‌هایشان افزایش داده، بنابراین توانسته اثربخشی خود را به شکل مداخله‌ای نشان دهد.

به طور کلی در پژوهش حاضر مداخله معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا توانست هم سطح و حتی به طور کلی بهتر از درمان پذیرش و تعهد در بهزیستی اجتماعی سالمندان اثرگذار باشد. در این بسته درمانی درکی از سرچشمه هستی (خدانشناسی با توجه به داستان سروش مهر و اندیشه‌های مولانا) و خودکنترلی به سالمندان ارائه گردید. آنها به این واقعیت پی بردند که فرآیند پذیرش پیری می‌تواند در سازگاری بهتر به آنها کمک کند. سالمندان آموختند که صبر و تحمل در درد و رنج و ساخت معنا می‌تواند درک درستی از گذشته به آنها دهد و موجب شود که باقیمانده عمر آنها کیفیت بهتری پیدا کند. همچنین با تمرکز بر حال با فرآیند ذکر و مراقبه (ذهن‌آگاهی) بدون قضاوت گذشته، حال خود را بهبود بخشند و اضطراب مرگ را کاهش دهند و از درون این اضطراب مفاهیم درستی کسب نمایند. با سازش با درد و رنج‌های جسمانی و روانشناختی خویش دلیل بودن خود را در میان خانواده و اجتماع پیدا کنند و در نهایت سپاسگزار فرآیند زندگی خویش و همه کسانی که به آنها خدمت کردند و در حال خدمت هستند، باشند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم هم‌تاسازی جنسیت سه گروه پژوهش از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی اشاره کرد. کند بودن سیستم روانی - حرکتی سالمندان و پرگویی آنها در اعلام نظرات و طرح سؤالات متعدد در زمان اجرای جلسات موجب وقفه‌هایی در اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شده که از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است. همچنین به دلیل عدم دسترسی آسان به گروه سالمندان، فقط از مراکز توانبخشی روزانه سالمندان استفاده شد و سالمندان ساکن در مراکز شبانه‌روزی مورد بررسی قرار نگرفتند. پیشنهاد می‌شود سالمندان شبانه‌روزی و همچنین سالمندان مراکز امور بازنشستگان سازمان‌ها، ادارات و تامین اجتماعی در چنین پژوهش‌هایی قرار گیرند.

استفاده از این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، گرایش به انزوا، تنهایی و ناامیدی را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در افراد سالمند شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط، روابط بهتر با اطرافیان و سلامت اجتماعی را در بر خواهد داشت.

نتایج مقایسه دو گروه درمانی نشان داد اثربخشی دو درمان معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در یک سطح قرار داشت اما از نظر سطح کلی سلامت اجتماعی، درمان معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر بوده است که در تبیین آن، می‌توان به بحث فرهنگ اشاره کرد. معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا برگرفته از فرهنگ و خرده فرهنگ‌های بومی ما می‌باشد که طبیعتاً توانسته نسبت به درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نشان دهد. تولید محتوا بر اساس فرهنگ، سازگاری افرادی که در همان فرهنگ زندگی می‌کنند را بیشتر می‌کند و این مسئله در فرآیند این پژوهش نیز نشان داده شده است. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد صلاحیت فرهنگی، نتایج مثبتی در خروجی درمان دارد (۳۳، ۳۴). مطالعه‌ای جهت توضیح اثربخشی صلاحیت فرهنگی بر پیشرفت بالینی براساس نظریه سیستم‌های بوم شناختی برونفن برنر (۱۹۷۹) بیان می‌کند که صلاحیت فرهنگی اثرگذار است زیرا ۱. تطابق مفهومی با واقعیت‌های بیرونی مراجع کننده (ماکرو و آگرو سیستم) ۲. تطابق تجربی در سطح میکروسیستم، رابطه یا چارچوب درمانی (در روان درمانی برجسته‌ترین میکروسیستم تعامل درمانگر و مراجع کننده می‌باشد) و ۳. احساس درون فردی از درک و توانمند سازی در مراجع کننده را می‌سازد (۳۵). در نتیجه درمان‌هایی که مبتنی بر فرهنگ مراجعین باشند، خروجی مؤثرتری را خواهند داشت. همچنین درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد صبر، تحمل، شکیبایی، پذیرش و ساخت معناهای جدید را با استعاره و تمثیل پوشش داده‌اند، اما در فرهنگ ما این مقوله‌ها مدت‌های طولانی است (صدها سال) که مورد توجه بوده و نسل به نسل در حال انتقال هستند. استعاره‌ها و تمثیل‌های معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با پختگی و رسی که دارند قرن -

*nursing homes in Dubai*. Iranian Journal of Ageing. 2018; 12(4): 482-93.

14. Bernal, G., M.a.I. Jime'nez-Chafey, and M.M.D. Rodri'guez, *Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice*. Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40(4): 361-68.

15. Cardemil, E.V., *Cultural adaptations to empirically supported treatments: A research agenda*. The Scientific Review of Mental Health Practice. 2010; 7(2): 8-21.

16. Frusanfar, B., *Description of Masnavi Sharif*. Vol. 2. 2007; Tehran: Scientific and cultural.

17. Shahidi, S.J., *Description of Masnavi*. 2007; Tehran: Institute of Information.

18. Zamani, K., *Comprehensive description of Masnavi*. 2004; Tehran: Institute of Information.

19. Norouzi, A., et al., *Comparison of the effectiveness of Logo Therapy Based on Rumi's Thoughts with Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Well-being of Elderly*. Journal of Research in Psychological Health. 2017; 11(3): 41-61.

20. Forman, E.M. and J.D. Herbert, *New directions in cognitive behaviortherapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applyingempirically supported treatments inyour practice, 2nd ed*. Hoboken, NJ: Wiley. 2008; 263-65.

21. Brown, K.W. and R.M. Ryan, *The benefits of being present: Acceptance and Commitment Training and Its role in psychological wellbeing*. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 84: 822-48.

22. Omran, M.P., *The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Students' Social Phobia*. Knowledge and wellness. 2011; 6(2): 1-5.

23. Bagheri, P., et al., *The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired*. Journal of Geriatric Nursing. 2017; 3(2): 103-17.

24. Keyes, C.L.M., *Social well-being*. Social psychology quarterly. 1998; 121-40.

25. Heidari, G.H. and Z. Ghanaee, *Standardization of Social Well-being Questionnaire*. Magazine of Thoughts and Behavior. 2008; 7: 31-40.

26. Hashemi, T., I. Hekmati, and S. Vahedi, *Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire*. 2014.

27. Hayes, S.C., K.D. Strosahl, and K.G. Wilson, *Acceptance and commitment therapy*. 2009: American Psychological Association.

28. Bryant, C.D. and D.L. Peck, *Encyclopedia of death and the human experience*. Vol. 1. 2009: Sage.

29. Cavan, R.S., et al., *Personal adjustment in old age*. 1949.

ملاحظه می‌شود بعضی از سالمندان با خلاقیت‌های فردی به شکل گروهی با هم زندگی می‌کنند پیشنهاد می‌شود این گروه از سالمندان که به شکل اختصاصی باهم زندگی می‌کنند نیز مورد بررسی قرار گیرند.

## منابع

1. Heidari, S., et al., *Evaluating the health status of elderly people in Qom*. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2011; 4: 71-80.

2. Hajlu, N. and E. Jafari, *Relationship between spiritual well-being and hope with life satisfaction in the elderly*. Psychology and Religion. 2014; 4: 79-90.

3. Hosseini, M. and A. Rezaee, *Comparison of social support and life satisfaction and success and happiness in elderly men and women*. Journal of Scientific research of sociology of women. 2011; 42(4): 62-143.

4. Momeni, K., *Effectiveness of Coherence and narrative memorization on decreasing depression symptoms in elderly women living in sanatorium*. Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy. 2011; 3(1): 366-81.

5. Bier, J.C., et al., *Is the Addenbrooke's cognitive examination effective to detect frontotemporal dementia?*. Journal of neurology. 2004; 251(4): 428-31.

6. Hajlu, N. and E. Jafari, *Relationship between spiritual well-being and hope with life satisfaction in the elderly*. Psychology and Religion. 2015; 7(4): 79-90.

7. Keyes, C.L.M., *The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender*. Aging and Mental Health. 2004; 8: 266-74.

8. Keyes, C.L.M., *Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state Model of Health*. Journal of Consolingand clinical psychology. 2005; 73: 539-48.

9. Zanjiran, S., A. Borjali, and A. Keraskian, *The Effectiveness of Group Logotherapy Education on the Quality of Life and General Health in Women of Sanatorium*. Razi Journal of Medical Sciences. 2015; 21(127): 39-51.

10. Martiny, J., *Suicide ideation in the elderly*. Journal of Psychiatric Times. XXI., 2004.

11. Nezhad, S.N., *Moshavere va Rahnamai Gruh*. 2009, Tehran: Samt.

12. Taghi Yare, F., et al., *Compilation of a package of existential psychotherapy based on the thought of Jalaluddin Mohammad Molavi*. Quarterly Clinical Psychology. 2012; 9: 1-24.

13. Saffarinia, M. and A. Dortaj, *Effect of group logotherapy on life expectancy and mental and social wellbeing of the female elderly residents of*

30. Brown, K.W. and R.M. Ryan, *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. Journal of personality and social psychology. 2003; 84(4): 822.
31. Ostadian Khani, Z. and M. Fadie Moghadam, *Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons*. Archives of Rehabilitation. 2017; 18(1): 63-72.
32. Khanipour, H., et al., *The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on symptoms of depression and rumination in people with a Course of a major depressive disorder: single case design*. Quarterly Clinical Psychology Studies. 2013; 4(13): 23-42.
33. Bernal, G., M.I. Jiménez-Chafey, and M.M. Domenech Rodríguez, *Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice*. Professional Psychology: Research and Practice. 2009; 40(4): 361.
34. Cardemil, E.V., *Cultural adaptations to empirically supported treatments: A research agenda*. The Scientific Review of Mental Health Practice. 2010; 7(2): 8-21.
35. Chu, J., et al., *A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy*. Professional Psychology: Research and Practice. 2016; 47(1): 18.

