



**Comparison of the effectiveness of LogoTherapy Based on Rumi's Thoughts with Acceptance and Commitment Therapy on the Autobiographical Memory of the elderly**

**Asghar Noruzi<sup>1\*</sup>, Alireza Moradi<sup>2</sup>, Karim Zamani<sup>3</sup>, Jafar Hasani<sup>4</sup>**

1\*. Faculty Member of Islamic Azad University, Savadkuh Branch, Mazandaran, Iran. (Corresponding Author) [Asg.noruzi@yahoo.com](mailto:Asg.noruzi@yahoo.com)

2. Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. The author and scholar of the Rumi field

4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

**Key words:**

logotherapy based on Rumi's thoughts, acceptance and commitment therapy, autobiographical memory, elderly, culture.

**Abstract**

The purpose of the present study was to compare the effectiveness of logotherapy based on Rumi's thoughts and acceptance and commitment therapy on the elderly's autobiographical memory. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design and the follow-up period. The sample consisted of 66 older people (46 females and 20 males) referred to daily rehabilitation centers of Sari city, who were selected by available sampling method and were randomly divided into two experimental and one control group. The semi-structured autobiographical memory interview was used to collect data. For the first experimental group, logotherapy based on Rumi's thoughts and for the second experimental group, Acceptance and Commitment Therapy, each was provided for 8 sessions of 75 minutes, during which the control group received no intervention. The results of the repeated measures analysis of variance showed that logotherapy based on Rumi's thoughts and acceptance and commitment therapy improved autobiographical memory and its components in the elderly. The results also showed that there was a significant difference between the effectiveness of the two groups of logotherapy based on Rumi's thoughts and Acceptance and Commitment Therapy, so that logotherapy based on Rumi's thoughts was more effective on the autobiographical memory of the elderly.

## مقایسه‌ی اثربخشی معنادرمانی، مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد در حافظه‌ی سرگذشتی سالمندان

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

Asg.noruzi@yahoo.com

۱. (نویسنده مسئول)، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، سوادکوه، مازندران، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. نویسنده، محقق و مولانا پژوه.

۴. دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. از میان سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی سالمندان روزانه بهزیستی شهرستان ساری، ۶۶ نفر (۴۶ زن و ۲۰ مرد) نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار یافته حافظه سرگذشتی استفاده شد. برای گروه آزمایشی اول، معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و برای گروه آزمایشی دوم، درمان پذیرش و تعهد، هرکدام به مدت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای ارائه گردید و در این مدت گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نشان دادند که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد، موجب بهبود حافظه سرگذشتی و مؤلفه‌های آن در سالمندان شده است؛ همچنین، یافته‌ها نشان دادند بین اثربخشی دو گروه معنادرمانی و درمان پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان، تفاوت معناداری وجود داشته به طوری که معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا توانسته بر حافظه سرگذشتی سالمندان موثرتر واقع شود.

### تاریخ دریافت

۱۳۹۸/۱/۱۸

### تاریخ پذیرش نهایی

۱۳۹۸/۳/۲۵

### واژه‌گان کلیدی:

معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان پذیرش و تعهد، حافظه سرگذشتی، سالمندان، فرهنگ.

مقدمه

حافظه‌ی سرگذشتی، مجموعه خاطرات، دانش فرد و تجربیات معنا دار شخصی است که در تحکیم هویت فردی شخص و سلامت روانی وی حائز اهمیت است (کانوی و پلی دلپیرس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). کانوی، سینگر و تاگینی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) معتقد هستند حافظه سرگذشتی دارای یک کارکرد در سطح فردی مبتنی بر اهداف، نظریه‌ها، نگرش‌ها و عقاید مربوط به خود و یک کارکرد در سطح فرهنگی است که به اشخاص کمک می‌کند تا با نظام‌های فکری، عقاید، ارزش‌ها و اهداف فرهنگی منطبق شوند. ویلیامز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷) نقش این حافظه را در حس «خوب‌ستن» فرد از خود<sup>۴</sup> بسیار مهم دانسته و در کمک به افراد برای یافتن اهدافی در زندگی و دنبال کردن آنها به شیوه‌ای موثر با استفاده از آموزه‌های ناشی از حل مسائل در گذشته، موثر دانسته است. کانوی و پلی دلپیرس (۲۰۰۰) نشان دادند که اطلاعات ذخیره شده در حافظه سرگذشتی با توجه به اختصاصی بودنشان به صورت سلسله مراتبی سازماندهی می‌شوند:

۱- دوره‌های زندگی (دوره‌های طولانی مدت ماه‌ها، سال‌ها و دهه‌ها) که کمترین وضوح را دارند (مانند زمانی که من در شمال زندگی می‌کردم...)<sup>۲</sup>، رویدادهای عمومی (روزها، هفته‌ها و حتی ماه‌ها) از دوره‌های زندگی روشن‌تر و دارای جزئیات بیشتری است،<sup>۳</sup> آگاهی اختصاصی از یک رویداد (ثانیه‌ها، دقیقه‌ها و ساعت‌ها)، که از دو مورد قبلی بسیار واضح‌تر و دارای جزئیات بیشتری است (برای مثال سه ماه پیش دوشنبه ظهر دوستم را در نمایشگاه اتومبیل دیدم) اشاره دارد. افراد برای بازیابی یک خاطره خاص ابتدا به یک رویداد کلی دسترسی دارند و سپس به تدریج به سطح رویداد خاص می‌روند بنابراین بازیابی حافظه سرگذشتی یک الگوی ثابت فعالسازی در سطوح مختلف دانش سرگذشتی

است (کانوی و روبین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). یکی از جنبه‌های آسیب‌شناختی حافظه سرگذشتی، بیش‌کلی‌گرایی آن است. تمایل به یادآوری خاطرات مربوط به حافظه سرگذشتی به صورت کلی (با جزئیات کمتر (را) بیش‌کلی‌گرایی حافظه سرگذشتی می‌نامند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). بسیاری از مطالعات به موضوع بی‌شکلی‌گرایی حافظه سرگذشتی پرداخته‌اند.

اولین مطالعه که به این موضوع پرداخته است توسط ویلیامز و برادبنت<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) در بین افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند انجام شد. این مطالعه نشان داد افراد در بازیابی خاطرات شخصی در پاسخ به کلمات مثبت یا منفی سوگیری داشته‌اند. آنها بازیابی خاطرات منفی را با سرعت بیشتری نسبت به خاطرات مثبت در مقایسه با گروه کنترل انجام دادند، همچنین در تولید خاطره‌ی اختصاصی (در پاسخ به لغت‌های مثبت و منفی) در مقایسه با گروه کنترل دچار شکست می‌شدند. مطالعات زیادی نشان دادند که حافظه بی‌شکلی‌گرا پیش‌بینی‌کننده افسردگی است (دالگلیش<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) (کلیم و اهلرز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸) (ریس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) (سامرز، گریفیث و مینکا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). چندین مطالعه هم به حافظه بی‌شکلی‌گرا در بین بیماران آلزایمر پرداخته‌اند (بارنابه<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) (ال حاج<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) (آیریش<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) (ال حاج و همکاران، ۲۰۱۵).

معماری شناخت در چرخه زندگی دچار تغییرات اساسی می‌شود، در واقع با افزایش سن، تجربیات و دانش فرد نسبت به خود و جهان پیرامون در حال افزایش است در حالیکه توانایی‌های شناختی فرد کاهش می‌یابند (کرایک و بایالیستک<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۶). اگرچه سالمندی با افت کارکردهای جسمانی و شناختی همراه است، اما افزایش کلی در بهزیستی مشاهده

5. Rubin
6. Broadbent
7. Dalgleish
8. Kleim & Ehlers
9. Raes
10. Sumner, Griffith, & Mineka
11. Barnabe
12. El Haj
13. Irish
14. Craik & Bialystok

1. Conway & Pleydell-Pearce
2. Singer & Tagini
3. Williams
4. sense of self

توجهی نداشته‌اند، زیرا انگیزه لازم را برای انجام این کار ندارند (چارلز، ماثر<sup>۲۲</sup> و کارستنس، ۲۰۰۳). مطالعه‌ی دیگری گرایش بیشتر افراد مسن در یادآوری خاطرات به طور مثبت، در مقایسه با افراد جوان‌تر را نشان داده است (کندی<sup>۲۳</sup>، ماثر و کارستنس، ۲۰۰۴).

در این مطالعه می‌خواهیم با تمرکز بر انگیزش سالمندی به تنظیم عواطف، آنان را در این مسیر همراهی کنیم تا علاوه بر تداعی خاطرات مثبت از خاطرات منفی خود نیز تجارب و معناهای مثبتی را استخراج کنند تا بتوانند عواطف خود را بهتر تنظیم کنند و در زمان باقی مانده زندگی خود معنادارتر عمل کنند. برای این هدف از بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا استفاده خواهیم کرد. در روان‌درمانی، نیاز رو به رشدی وجود دارد مبنی بر اینکه درمان باید هم از لحاظ تجربی حمایت شود و هم از لحاظ فرهنگی برای گروه‌های فرهنگی نفوذپذیر باشد. متخصصان مدت‌هاست که فهمیدند، بهترین درمان، درمانی است که به زمینه فردی مراجعین اختصاص دارد (برنال، جیمز-چافی و دامنج رودریگز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۹). سازگاری فرهنگی، تغییراتی در درمان‌های موجود هستند، به گونه‌ای که آنها را از لحاظ فرهنگی برای افراد در گروه‌های خاص فرهنگی مناسب سازد. اصطلاح فرهنگ به یک مجموعه مشترک از هنجارها، باورها و ارزش‌های اجتماعی اشاره می‌کند که در بین گروه‌های خاصی وجود دارند و آنها را بین نسل‌ها نگهداری کرده و انتقال می‌دهند. فرهنگ طیف وسیعی از موضوعات روان‌شناختی، از جمله نقش جنسیتی و خانوادگی، روابط، سبک ارتباطات بین فردی و دیدگاه‌های جهان فلسفی را پوشش می‌دهد (کاردمیل<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۰). براین اساس بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا تدوین و طراحی شد که جزئیات بیشتر این بسته در مقاله نوروزی و همکاران (۱۳۹۶) ذکر شده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۲۶</sup> مبتنی بر

می‌شود که اغلب در مطالعات به عنوان "پارادوکس پیری" شناخته شده است (چارلز و لانگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳). تئوری انتخاب اجتماعی-عاطفی<sup>۱۶</sup>، بیان می‌کند که با افزایش سن، تنظیم عواطف (یعنی حفظ عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی) افزایش می‌یابد. این تئوری ادعا می‌کند که انسان با ادراک نسبت به زمان باقی مانده زندگی خود، بر جنبه‌های معنادار عاطفی زندگی متمرکز می‌شود؛ وقتی زمان محدود تلقی شود تجربه عاطفی تقدم می‌گیرد (کارستنس، ایزاکوویتز و چارلز<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۹). مطالعه‌ای براساس همین نظریه رابطه بین چشم‌انداز زمانی آینده و وضعیت عاطفی که افراد به طور ایده‌آل می‌خواهند احساس کنند را بررسی کرد. این مطالعه نشان داد هرچه افراد زمان زندگی خود را محدودتر بدانند، برای آنها آرامش و حالات مثبت با برانگیختگی کمتر ارزش بیشتری پیدا می‌کند (جیانگ<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). این گرایش در روابط بین فردی نیز مشهود است (الماند<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸). بر اساس تئوری انتخاب اجتماعی-عاطفی، کارستنس، فانگ<sup>۲۰</sup> و چارلز (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که افزایش سن با افزایش انگیزه در استخراج معنای عاطفی زندگی و کاهش انگیزه در گسترش افق‌های فردی همراه است.

اهداف عاطفی سالمندان بر فراخوانی حافظه آنها تاثیرگذار است، به عبارتی دیگر اطلاعاتی که منجر به رضایت عاطفی آنها می‌شود اغلب مورد توجه قرار می‌گیرند (کارستنس و مایکلز<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ای به گروه سنی جوان‌ها، میانسال‌ها و سالمندان تصاویر مثبت، منفی و خنثی نشان داده شد، پس از حواس‌پرتی از آنها خواسته شد تا تصاویر را تا حد امکان به یاد آورند. این مطالعه نشان داد که فراخوانی تعداد تصاویر منفی در مقایسه با مثبت و خنثی با افزایش سن کاهش پیدا کرده است؛ افراد مسن به طور آگاهانه یا ناخودآگاه به تصاویر منفی

15. Charles & Luong
16. Socioemotional Selectivity Theory
17. Carstensen, Isaacowitz, & Charles
18. Jiang
19. Allemand
20. Fung
21. Mikels

22. Mather
23. Kennedy
24. Bernal, Jiménez-Chafey, & Domenech Rodríguez
25. Cardemil
26. Acceptance and commitment therapy

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 از میان سالمندان روزانه بهزیستی شهرستان ساری 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 منتسب 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، آلزایمر، پارکینسون و...)، اختلال‌های حسی-حرکتی (مانند ناشنوایی، فلج و...) و بیماری‌های مزمن شدید بوده است.

### ابزارهای پژوهش

جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**الف- پرسشنامه جمعیت‌شناختی:** این پرسشنامه شامل ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها از قبیل جنسیت، سن و سطح تحصیلات می‌باشد.

**ب- مصاحبه نیمه‌ساختاریافته حافظه‌ی سرگذشتی:** مصاحبه حافظه سرگذشتی ابزار پژوهشی مفیدی برای بررسی مواردی است که در آن امکان تفکیک فراموشی پیش‌گستر<sup>۳۰</sup> و پس‌گستر<sup>۳۱</sup> وجود دارد. این آزمون برای فاصله سنی ۱۸ سالگی تا بزرگسالی مناسب است و با هدف از بین بردن محدودیت‌های آزمون‌های قدیم‌تر ابداع و اعتباریابی شده است (کوپلمن، ویلسون و بادلی<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۰). این آزمون شامل یک برنامه مصاحبه نیمه‌سازمان‌یافته است که از دو بخش تشکیل می‌شود. بخش اول، به نام

نظریه چارچوب ارتباطی است و از مفاهیم ذهن‌آگاهی، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و پذیرش در این رویکرد استفاده شده است (هیز و دوکورت<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۶). هدف اصلی این درمان افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که در مقابل اجتناب تجربی و مقابله ناکارآمد عمل می‌کند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش افکار، احساسات، عواطف، خاطرات و تمایلات نیست بلکه کاهش مبارزه با کنترل یا حذف این تجربیات و افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار زندگی است (لوما، هیز و والسر<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۷).

قلخانی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای اثربخشی گروه درمانی ACT بر حافظه سرگذشتی افراد افسرده غیربالینی را مورد بررسی قرار دادند. آنها در این مطالعه که در بین ۲۰ نفر از دانشجویان دختر در سه دانشگاه الزهراء، خوارزمی و دانشگاه غیرانتفاعی علم و فرهنگ که نمرات افسردگی بک<sup>۲۹</sup> آنها بین ۱۷ تا ۲۹ بود، نشان دادند که درمان ACT به عنوان یک روش درمانی در زمینه حافظه سرگذشتی افراد افسرده اثربخش است.

در این پژوهش می‌خواهیم اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد را بر حافظه سرگذشتی سالمندان مقایسه کنیم.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی است. طرح به کار رفته در این پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون چندگروهی با دوره پیگیری (یک ماه پس از اتمام دوره آموزشی) است. روش‌های مداخله‌ای (معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به عنوان متغیر مستقل و حافظه سرگذشتی به عنوان متغیر وابسته هستند.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل تمامی سالمندان دارای ۶۰

30. anterograde amnesia

31. retrograde amnesia

32. Kopelman, Wilson, & Baddeley

27. Hayes & Duckworth,

28. Luoma & Walser

29. Beck



همبستگی میان آزمون‌های موازی، بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ در نوسان است (کوپلمن، ویلسون و بادلی، ۱۹۹۰). این آزمون در دانشگاه تربیت معلم تهران، به وسیله مرادی و همکاران اعتبار سنجی و پایایی یابی شده و در پژوهش حاضر به منظور سنجش حافظه سرگذشتی آزمودنی‌ها استفاده شده است.

### روش مداخله

**الف) معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا:**  
با مراجعه به آثار منظوم و منثور مولانا و مراجعه به کتب شرح این آثار، کتب نقد این آثار و آثار سایر متصوفه مانند مراد مولانا، و استخراج مفاهیم و معانی مورد نظر، بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا زیر نظر اساتید راهنما و مشاور توسط پژوهشگر طراحی و تدوین گردید. این بسته درمانی طی ۸ جلسه به مدت ۷۵ دقیقه به گروه اول آموزش داده شد. خلاصه جلسات آموزشی به شرح زیر بوده است.

برنامه معنایی شخصی<sup>۳۳</sup> به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی آزمودنی‌ها می‌پردازد و آنها را ملزم به یادآوری وقایع گذشته، مربوط به دوران کودکی، ابتدای بزرگسالی و وقایع مربوط به دوران اخیر می‌نماید. بخش دوم به نام برنامه رویداد سرگذشتی<sup>۳۴</sup>، به یادآوری خاطراتی از همان سه دوران زمانی مذکور می‌پردازد. مصاحبه حافظه سرگذشتی یک ارزیابی از حافظه شخصی دور (پیش گستر) ارائه می‌دهد. این آزمون چارچوبی را فراهم می‌کند که به وسیله آن می‌توان وجود آسیب یا سلامت حافظه دور آزمودنی را ارزیابی کرد که شامل الگوی هر نوع نقص و شیب زمانی<sup>۳۵</sup> (مربوط به ذخیره نسبی حافظه‌های قدیمتر در مقایسه با حافظه‌های اخیر) است. هریک از بخش‌های مصاحبه حافظه سرگذشتی از ۲۱ نمره‌گذاری می‌شود؛ به این صورت که حداکثر دو نمره برای یادآوری کامل و یک نمره برای یادآوری ناقص در نظر گرفته شده است که مجموع نمرات سوال‌های هربخش را به هنگام یادآوری کامل به ۲۱ می‌رساند. قسمت دوم (برنامه رویداد سرگذشتی) یادآوری حوادث یا وقایع خاص گذشته آزمودنی در طول سه دوره زمانی کودکی، اوایل بزرگسالی و اخیر را ارزیابی می‌کند. آزمودنی باید سه رویداد مربوط به دوران‌های ذکر شده را یادآوری و بیان نماید. اگر آزمودنی در یادآوری حافظه با شکست روبه‌رو شد، برای کمک به او می‌توان از برخی محرک‌ها استفاده کرد. در جدول نمره‌گذاری، برای حافظه شخصی خاص که زمان و مکان را نیز یادآور شده سه نمره، برای حوادث گزارش شده که با ویژگی اختصاصی کمتر از زمان و مکان یادآوری شده دو نمره، برای حافظه شخصی مبهم یک نمره، و برای سوال‌های بدون پاسخ یا پاسخ‌های مبتنی بر دانش و اطلاعات کلی نمره‌های در نظر گرفته نمی‌شود. برای سنجش پایایی مصاحبه حافظه سرگذشتی، سه ارزیاب یعنی بدلی، کوپلمن و ویلسون به صورت مستقل به ارزیابی و نمره‌گذاری خاطرات یادآوری شده پرداختند.

33. Personal semantic schedule

34. Autobiographical Incident Schedule

35. gradient Temporal

جدول ۱ - خلاصه جلسات معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا

جلسه	هدف	محتوا	دستور جلسه	تکلیف
۱. خداشناسی	شناخت صحیح سالمند از خداوند و نقش سالمند در افزایش آگاهی از نقش خداوند در فرآیند زندگی	(غزل ۳۳۰)، (غزل ۱۷۲۵).	۱- تمرکز سالمند بر نقش توجه خداوند به انسان از نظر مولانا ۲- خودارزیابی صحیح سالمندان و تفکر در مورد خداوند ۳- مقایسه‌ی 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	اهمیت خودشناسی و نقش خودکنترلی در رشد و تعالی انسان	(دفتر اول ۲۴۹۹- ۲۴۶۷)، (دفتر اول ۳۷۷-۴۰۶)، (دفتر دوم ۱۲۲۷-۱۲۴۰)، (دفتر چهارم ۲۵۶- ۲۳۸).	۱- تفسیر داستان چینیان و رومیان در صورتگری ۲- تفسیر تمثیل انبار گندم ۳- تفسیر تمثیل خاربن و خارکن ۴- تفسیر تمثیل 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 زندگی خود 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 باتوجه به تفاسیر اشعار مولانا سعی کنید در پیرامون موضوعات خودکنترلی با تمرکز بر خود، از تجربیات و دانش سال‌های متمادی 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. پذیرش‌پیری	ایجاد تغییر در نگرش سالمند در جهت پذیرش دوره سالمندی	(دفتر سوم ۳۱۱۵- ۳۰۸۸)، (دفتر سوم ۱۷۹۰- ۱۷۹۷)، (دفتر چهارم ۲۱۶۶- ۲۱۶۳)، (دفتر ششم ۱۷۸۰- ۱۷۸۶).	۱- بر اساس تمثیل پیرمرد طبیب و عارف و کشیش، فرد سالمندی را بپذیرد. ۲- جلوگیری از انزوا و اجتناب ۳- جلوگیری از وابستگی خودالقایی 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 متمرکز باشید. لطفاً در ۱۰ سطر گزارش نمایید و در انجام آن کوشا باشید.

<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>(دفتر ششم ۴۳۰۴ - ۴۳۰۲)، (دفتر سوم ۲۲۶۰-۲۲۵۶)، (دفتر سوم ۲۰۹-۲۰۳)، (دفتر چهارم ۱۰۷-۹۱)، (دفتر دوم ۲۵۲۰-۲۵۱۷)، (دفتر اول ۶۲۸)، (دفتر چهارم ۱۸۶۸-۱۸۶۷)، (دفتر دوم ۲۷۷۰-۲۷۶۷)، (دفتر سوم ۲۷۷۹-۲۷۷۱)، (دفتر اول ۳۹۰۲)، (دفتر پنجم ۴۱۱۷-۴۱۱۳)، (دفتر چهارم ۳۲۱۳-۳۲۱۲)، (دفتر دوم ۲۵۲۱).</p>	<p>سازش با دردهای جسمانی و رنج‌های زندگی و تغییر توجه به معناها و لذت‌های زندگی</p>	<p>۴. سازش با درد و رنج و ساخت معنا</p>
<p>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.</p>	<p>۱- تمرکز و ذکر، دغدغه‌های گذشته را می‌زداید          ۲- با تمرکز بیشتر بر خود، درون خود را صافی کنیم          ۳- نماز بهترین ذکر، مراقبه و آرامش دهنده است          ۴- با نماز نظم‌دهی درستی نسبت به هیجاناتمان داشته باشیم          ۵- تفسیر تمثیل عور و زنبور          ۶- بیان اسرار قیام و قعود و رکوع و سجود و سلام در نماز (تمرکز بر ذهن آگاهی)</p>	<p>(دفتر چهارم ۴۴۰ - ۴۳۵)، (دفتر چهارم ۱۷۳۸-۱۷۳۶)، (دفتر ششم ۲۶۷۲-۲۶۶۹)، (دفتر سوم ۲۴۱۰-۲۴۰۹)، (دفتر سوم ۲۱۴۶-۲۱۴۲)، (دفتر سوم ۲۱۲۲-۲۱۱۷)، (دفتر پنجم ۲۹۸۷-۲۹۸۶)، (دفتر پنجم ۲۲۶)، (غزل ۲۸۳۱).</p>	<p>تمرکز و توجه به لحظه حال با یاد و نام خدا (ذکر)</p>	<p>۵. ذکر و مراقبه (ذهن‌آگاهی)</p>
<p>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.</p>	<p>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          ۸- کمک به دیگران (مفید بودن برای دیگران) صحبت درباره جنبه‌های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنای زندگی از طریق عشق</p>	<p>(دفتر سوم ۳۹۰۶ - ۳۹۰۱)، (دفتر چهارم ۳۶۳۹-۳۶۳۷)، (دفتر چهارم ۴۴۵-۴۴۴)، (دفتر سوم ۳۴۴۲-۳۴۳۹)، (دفتر چهارم ۳۰۲۹-۳۰۱۵)، (غزل ۱۴۷۵)، (غزل ۶۸۳).</p>	<p>کاهش اضطراب مرگ، تلاش برای ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق</p>	<p>۶. اضطراب مرگ و یافتن معنای عشق</p>



<p>در سالمندی به واسطه درگیری با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های بوجود 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.</p>	<p>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- درک صحیح از رشد و تعالی در صبر و تحمل                  ۴- تفسیر تمثیل کبودی زدن قزوینی                  ۵- تفسیر داستان لقمان و داوود</p>	<p>(دفتر اول ۳۰۱۲-۲۹۸۰)،                  (دفتر سوم ۱۸۵۴-                  ۱۸۴۲).</p>	<p>تمرکز بر صبر و تحمل و شکیبایی در غم و رنج</p>	<p>۷. صبر و تحمل در غم و رنج</p>
<p>عباس اکنون در میانسالی و پختگی سپاسگزار مادر مهربانش است، مادری که در کنارش نیست ولی در خاطرهایش، زینتبخش دلش است. در این بخش، با توجه به تفسیر اشعار مولانا در شکر و سپاسگزاری، سعی کنید با توجه به پذیرش تمامی شرایط سالمندی، سپاسگزار تمامی کسانی باشید که در این دوره سالمندی در حال خدمت رسانی به شما هستند و از خداوند بزرگ سپاسگزاری ویژه نمایید.</p>	<p>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</p>	<p>(دفتر سوم ۲۸۸۲)، (دفتر سوم ۲۶۷۳-۲۶۷۱)، (دفتر ششم ۱۸۲۹)، (دفتر اول ۹۳۹-۹۳۸)، (دفتر سوم ۲۸۶-۲۹۰)، (دفتر اول ۲۲۹۳)، (دفتر پنجم ۲۴۲۶)، (دفتر سوم ۲۸۹۵-۲۸۹۶)، (دفتر سوم ۲۸۹۸-۲۸۹۷)، (دفتر اول ۹۴۶)، (دفتر اول ۱۰۶۸)، (دفتر سوم ۳۰۱۳-۳۰۱۱)، (دفتر پنجم ۲۳۶۰-۲۳۵۷)، (دفتر پنجم ۲۸۸۴-۲۸۸۰)، (دفتر دوم ۳۶۶-۳۷۲)، (دفتر ششم ۳۲۶۲-۳۲۵۴).</p>	<p>شکر و سپاسگزاری از خود، خلق و خداوند</p>	<p>۸. شکر و سپاسگزاری</p>

ب) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: برای گروه دوم نیز درمان گروهی پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۹) در هشت جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده شد.

## 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 پیش آزمون
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 ذهنآگاهی 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؛ ذهنآگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برونریزی احساسات و هیجانها 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 ذهنآگاهی به همراه اسکن بدن
هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حلنشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرحهای رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینههای مختلف، به گونهای که مناسب باشد نه عملیتر
هشتم	بررسی تکالیف؛ جمعبندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون

### روش اجرای پژوهش

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. معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا توسط یکی از پژوهشگران که سال‌ها در حیطه معنادرمانی و مولوی‌خوانی با سالمندان کار کرده است برای گروه اول اجرا شد و برای گروه دوم درمان پذیرش و تعهد توسط متخصصی آموزش دیده ارائه شد. همچنین به دلیل طولانی بودن سوالات پرسشنامه‌ها و شرایط خاص دوره سالمندی جهت تکمیل پرسشنامه‌ها از چندین همکار آموزش دیده کمک گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۳ نشان داده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که جنسیت بیشتر شرکت کنندگان در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل، زن است (معنادرمانی: ۶۷ درصد؛ درمان پذیرش و تعهد: ۸۰ درصد و کنترل: ۶۴ درصد). به لحاظ سنی، بیشتر شرکت کنندگان، در رده سنی ۶۵-۶۱ سال هستند (معنادرمانی: ۳۸ درصد؛ درمان پذیرش و تعهد: ۳۰ درصد و کنترل: ۴۰ درصد).

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 در دسترس انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش و اطمینان خاطر دادن به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات، افراد انتخاب شده به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند، سپس برای هر یک از گروه‌های آزمایشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت 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

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳- توزیع فراوانی ویژگی های فردی

گروه های مورد مطالعه						شاخص ها	ویژگی های فردی
گواه		ACT		LBMI			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۶۴	۱۴	۸۰	۱۶	۶۷	۱۶	زن	جنسیت
۳۶	۸	۲۰	۴	۳۳	۸	مرد	
۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۴	مجموع	
۵	۱	۲۰	۴	۲۵	۶	۶۰ سال و کمتر	سن
۴۰	۹	۳۰	۶	۳۸	۹	۶۱-۶۵ سال	
۳۲	۷	۲۵	۵	۲۹	۷	۶۶-۷۰ سال	
۱۸	۴	۱۵	۳	۸	۲	۷۱-۷۵ سال	
۵	۱	۱۰	۲	۰	۰	۷۶ سال و بیشتر	
۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۴	مجموع	
۵۰	۱۱	۵۵	۱۱	۸	۲	زیر دیپلم	تحصیلات
۲۷	۶	۳۰	۶	۵۴	۱۳	دیپلم	
۹	۲	۱۰	۲	۲۵	۶	فوق دیپلم	
۱۴	۳	۵	۱	۱۳	۳	لیسانس	
۱۰۰	۲۲	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۴	مجموع	

معنا درمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا، شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه) نشان داده شده است.

در جدول ۴، شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیر حافظه سرگذشتی و مولفه های آن در هر یک از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و در هر یک از گروه های مورد مطالعه (شیوه

جدول ۴- تحلیل توصیفی اثربخشی دوره آموزشی معنادرمانی

گروه‌ها			آزمون	متغیرها
گواه (انحراف استاندارد $\pm$ میانگین)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (انحراف استاندارد $\pm$ میانگین)	معنا درمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا (انحراف استاندارد $\pm$ میانگین)		
۳۵/۹۵ $\pm$ ۲/۳۴	۳۶/۶۰ $\pm$ ۱/۹۰	۳۶/۸۳ $\pm$ ۲/۰۱	پیش آزمون	معنای شخصی
۳۴/۸۶ $\pm$ ۲/۹۲	۵۱/۱۰ $\pm$ ۲/۲۵	۵۶/۸۱ $\pm$ ۳/۱۴	پس آزمون	
۳۴/۷۳ $\pm$ ۲/۸۳	۵۱/۴۰ $\pm$ ۲/۳۰	۵۶/۹۶ $\pm$ ۲/۹۴	پیگیری	
۲۱/۴۱ $\pm$ ۱/۵۶	۲۱/۰۰ $\pm$ ۱/۹۵	۲۱/۷۱ $\pm$ ۲/۳۳	پیش آزمون	رویدادهای شخصی
۲۰/۹۵ $\pm$ ۱/۸۶	۳۵/۹۰ $\pm$ ۱/۸۰	۳۷/۴۲ $\pm$ ۱/۳۲	پس آزمون	
۲۰/۷۷ $\pm$ ۱/۷۴	۳۵/۲۵ $\pm$ ۱/۶۸	۳۷/۰۰ $\pm$ ۱/۲۹	پیگیری	
۵۷/۳۶ $\pm$ ۳/۲۷	۵۷/۶۰ $\pm$ ۲/۹۸	۵۸/۵۴ $\pm$ ۳/۴۱	پیش آزمون	حافظه سرگذشتی
۵۵/۸۲ $\pm$ ۳/۶۵	۸۷/۰۰ $\pm$ ۲/۷۰	۹۴/۲۳ $\pm$ ۳/۷۶	پس آزمون	
۵۵/۵۰ $\pm$ ۳/۷۸	۸۶/۶۵ $\pm$ ۲/۸۱	۹۳/۹۶ $\pm$ ۳/۳۶	پیگیری	

(آزمون لون) و نتایج مربوط به همگنی کوواریانس (آزمون M باکس) و اصل تقارن مرکب (آزمون کرویت موخلی) انجام شد.

تمامی پیش فرض‌ها مورد تایید واقع شد اما پیش فرض کرویت رد شده، زیرا، مقدار سطح معناداری (Sig.) محاسبه شده از مقدار  $\alpha = 0.05$ ، کوچکتر است، یعنی:  $\alpha = 0.05 < Sig.$  در نتیجه از روش تعدیل شده گرینهاوس-گیزر استفاده شده است.

جهت تعیین اثربخشی روش‌های درمانی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی و مولفه‌های آن (معنای شخصی و رویدادهای شخصی) در آزمودنی‌ها، نیز از تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، پیشفرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج مربوط به نرمال بودن (آزمون شاپیرو-ویلک)، همگنی واریانس‌ها



## جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر؛ بررسی تفاوت گروه‌ها برای متغیر حافظه سرگذشتی و مولفه‌ها

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
معنای شخصی	گروه‌ها	۸۲۳۶/۹۶	۲	۴۱۱۸/۴۸	۲۸۴/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
	مراحل	۵۴۷۰/۶۱	۱/۰۹	۵۰۳۵/۷۵	۱۰۲۲/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۳۶۵۲/۸۶	۲/۱۷	۱۶۸۱/۲۵	۳۴۱/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲
رویدادهای شخصی	گروه‌ها	۴۸۱۰/۹۵	۲	۲۴۰۵/۴۸	۴۳۱/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳
	مراحل	۴۲۴۵/۲۱	۱/۱۶	۳۶۶۳/۲۵	۱۱۷۷/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۲۳۹۴/۵۳	۲/۳۲	۱۰۳۳/۱۳	۳۳۱/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱
حافظه سرگذشتی	گروه‌ها	۲۵۵۲۴/۰۷	۲	۱۲۷۶۲/۰۳	۵۲۹/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
	مراحل	۱۹۳۴۴/۴۷	۱/۰۸	۱۷۹۰۱/۲۹	۲۰۴۳/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷
	تعامل مراحل با گروه‌ها	۱۱۸۴۸/۸۲	۲/۱۶	۵۴۸۲/۴۲	۶۲۵/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵

جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر، جهت سنجش اثربخشی روش‌های درمانی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان، را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۵، نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )، تفاوت معناداری بین میانگین حافظه سرگذشتی و مولفه‌های آن یعنی متغیرهای معنای شخصی و رویدادهای شخصی، در هر یک از گروه‌های گواه، دوره آموزشی به روش معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و دوره آموزشی به روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در هر یک از مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد. چرا که مقدار سطح معناداری (Sig.) محاسبه شده برای هر یک از متغیرها از مقدار  $\alpha = 0/05$ ، کوچکتر است، یعنی:  $\text{Sig} < \alpha = 0/05$ .

جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر، جهت سنجش اثربخشی روش‌های درمانی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان، را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۵، نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )، تفاوت معناداری بین میانگین حافظه سرگذشتی و مولفه‌های آن یعنی متغیرهای

جدول ۶- آزمون تعقیبی شفیه؛ مقایسه میانگین حافظه سرگذشتی و مولفه های آن در گروه‌ها و مراحل سه گانه

متغیر	مرحله	تفاضل میانگین LBMI و ACT	سطح معناداری	تفاضل میانگین LBMI و گواه	سطح معناداری	تفاضل میانگین ACT و گواه	سطح معناداری
معنای شخصی	پیش آزمون	۰/۲۳	۰/۹۳۵	۰/۸۸	۰/۳۷۱	۰/۶۵	۰/۶۱۱
	پس آزمون	۵/۷۱	۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۵	۰/۰۰۰۱	۱۶/۲۴	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۵/۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۲/۲۳	۰/۰۰۰۱	۱۶/۶۷	۰/۰۰۰۱
رویدادهای شخصی	پیش آزمون	۰/۷۱	۰/۵۰۳	۰/۳۰	۰/۸۷۸	- ۰/۴۱	۰/۸۰۱
	پس آزمون	۱/۵۲	۰/۰۱۵	۱۶/۴۶	۰/۰۰۰۱	۱۴/۹۵	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۱/۷۵	۰/۰۰۲	۱۶/۲۳	۰/۰۰۰۱	۱۴/۴۸	۰/۰۰۰۱
حافظه سرگذشتی	پیش آزمون	۰/۹۴	۰/۶۳۳	۱/۱۸	۰/۴۷۳	۰/۲۴	۰/۹۷۳
	پس آزمون	۷/۲۳	۰/۰۰۰۱	۳۸/۴۱	۰/۰۰۰۱	۳۱/۱۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۷/۳۱	۰/۰۰۰۱	۳۸/۴۶	۰/۰۰۰۱	۳۱/۱۵	۰/۰۰۰۱

جدول ۶، نتایج آزمون تعقیبی شفیه، جهت مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و شیوه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۶، نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )، اختلاف معناداری بین آموزش به شیوه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با آموزش به روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی و مولفه‌های آن وجود دارد، چرا که مقدار سطح معناداری (Sig.) محاسبه شده از مقدار  $\alpha = 0/05$ ، کوچکتر است، یعنی:  $\text{Sig.} < \alpha = 0/05$ . هم چنین، اختلاف معناداری بین هر دو شیوه آموزشی با گروه گواه (برای آزمودنی‌های این گروه مداخله‌ای صورت نگرفت) وجود دارد، چون مقدار سطح معناداری محاسبه شده از مقدار  $\alpha = 0/05$ ، کوچکتر است، یعنی:  $\text{Sig.} < \alpha = 0/05$ . در واقع از نظر میزان اثربخشی (تاثیرگذاری) می‌توان ادعا نمود:

گواه > درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد > معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا

### بحث و نتیجه گیری

شد. نتایج این مطالعه نشان داد، بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان (حافظه رویدادهای

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا و درمان پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی سالمندان انجام

سالمند را نسبت به وقایع ناخوشایند تغییر داده و موجب پذیرش آنها شود. سالمندان در این بسته درمانی آموختند که مسئله‌مدارتر شرایط زندگی خویش را در حوزه خودکنترلی مدیریت نمایند و با ذهن‌آگاهی بیشتری بر لحظه حال تمرکز کنند و نسبت به گذشته، پذیرش بهتری داشته باشند. در واقع با پذیرش دوره سالمندی و تمرکز بر توانایی‌ها، علاقمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت خویش و اجرایی کردن آن در لحظه حال، از دغدغه و ناراحتی‌های خویش کاستند و دیگر یادآوری‌های گذشته آنها را اذیت نمی‌کرد و در نهایت توانستند عملکرد بهتری از خود نشان دهند. بنابراین روش معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با ایجاد و تغییر معانی رویدادهای نامطلوب سالمند توانست بر بازیابی خاطرات، مؤثر باشد و کماکان این فرآیند تا مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

تمام سرگذشت ما انسان‌ها در حافظه مورد بازیابی قرار می‌گیرد. هرچقدر نگرش و بینشی بتواند ما را با اتفاق‌ها و رویدادهای گذشته که در حافظه ثبت است، آشتی دهد و ما را نسبت به رویدادها و معنای زندگی‌مان پذیراتر کند، آن نگرش و بینش، معنای شخصی خاصی برای ما پیدا می‌کند. در بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با توجه به مؤلفه‌های آن، سالمند را نسبت به تمامی دوران گذشته خویش آشتی داده و وی را تا مرحله پذیرش برده و قرار است با ذهن‌آگاهی بیشتری به آنها کمک کند تا باقیمانده کوتاه عمر خویش را قدر نهاده و از آن بهره کافی ببرند و سپاسگزار کسانی باشند که در این مسیر کوتاه باقیمانده، او را یاری می‌دهند و سپاسگزار کسانی باشند که در گذشته‌اش بوده‌اند. سالمندان یاد می‌گیرند با هر درد و رنجی که در گذشته بر حافظه‌شان وجود داشته سازش کرده و با صبر و تحمل آنها را پذیرفته و دیگر به عنوان درد و رنج آنها را تفسیر نکنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این فرآیند توانسته در مؤلفه معنای شخصی حافظه سرگذشتی سالمند تأثیر بگذارد.

شخصی و معنایی) مؤثر بوده‌اند. با توجه به اینکه معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا رویکرد جدیدی است، پژوهشی که به بررسی اثربخشی این رویکرد بر حافظه سرگذشتی پرداخته باشد، یافت نشد. پژوهش حاضر با مطالعه قلخانی و همکاران (۲۰۱۷)، که در آن اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حافظه سرگذشتی افراد افسرده غیربالینی را نشان داده، هم سوست.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان دادند معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشترین اثربخشی را بر حافظه سرگذشتی سالمندان داشته‌است.

در حوزه سالمندی، حافظه سرگذشتی درگیری بیشتری نسبت به حافظه‌های دیگر دارد. در حقیقت یکی از فنون کارآ در مدیریت هیجان‌های سالمند، تجدید خاطرات خوش از رویدادهای گذشته است (کارستنس و همکاران، ۲۰۰۳). امکان دارد سالمند ساعتها در جایی نشسته و به نقطه‌ای خیره شود، که در این زمان مشغول بازیابی خاطرات خویش است. اگر بازیابی خاطرات خوشایند باشند سالمندان از این کیفیت زندگی لذت می‌برند. درمقابل اگر سالمند در تجدید خاطرات بر رویدادهای ناراحت‌کننده و رنج‌آور متمرکز باشد به شرایط حال خویش آسیب خواهد زد. هرچقدر سالمندان بتوانند در روابط بین‌فردی در مراکز سالمندی به خاطرات و رویدادهای شیرین گذشته خویش بپردازند، احساس بهتری نسبت به شرایط حال خویش خواهند داشت. در این پژوهش، بسته معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا، حافظه سرگذشتی سالمند را درگیر کرده و از همه مهم‌تر سبک پذیرش، کنترل، ذهن‌آگاهی، صبر و تحمل و ساخت معنا را برای سالمند تسهیل کرده‌است. یعنی اگر خاطرات قبلی خوشایند بوده سالمند اثر مثبت آن را گزارش می‌کند و اگر ناخوشایند بوده با ارزیابی دوباره از موقعیت، مجدداً به آن پرداخته و با پذیرش، از آن معنای تازه‌ای استخراج می‌کند. این بسته درمانی توانسته نوع نگاه و نگرش

و رشنی که دارند قرنهایست 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.

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 پراگویی 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 تأمین اجتماعی در چنین پژوهش‌هایی قرار گیرند. 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.

### سپاسگزاری

در پایان از همه‌ی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند از جمله مسئولان محترم شهرداری و اداره بهزیستی شهرستان ساری، مدیریت و کارکنان محترم مراکز روزانه سالمندان شهرستان ساری و همه‌ی سالمندانی که در پژوهش شرکت داشتند، کمال تشکر را داریم.

روان‌شناسی عصر حاضر معنویت و هوش معنوی را در سازگاری و سازش با درد و رنج موثر میدانند. پروتکل معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با تاکید بر همین مسئله تلاش دارد تا فرد با تکیه بر "دلیل بودن خویش" و "سپاس‌گذار بودن از هستی" با آگاهی بیشتری نسبت به خود و سازگاری بیشتری در محیط زندگی عمل نماید. تغییرات شناختی با تکیه بر خود امکان‌پذیر است، فرد با آگاهی از نقش خود می‌تواند کارآمدتر خود را در استرس و شرایط استرس‌زای زندگی مدیریت نماید. معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا برگرفته از فرهنگ و خرده فرهنگ‌های بومی است 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.

در درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مدیریت استرس در لحظه حال و تمرکز بر هدف‌گذاری‌های زندگی بسیار تاکید شده است. اندیشه‌های مولانا نیز بر تمرکز بر لحظه حال بر پایه معنویت تاکید دارند. در حقیقت فردی که در خودشناسی و خودواقع بینی مسلط شده در تفسیر و تعبیر موضوعات پیرامونی خویش موفق‌تر عمل خواهد کرد و در خودزایی و خودتحلیل‌گری، خودآگاه‌تر متمرکز خواهد بود. در این مقاله نیز بر پایه خودکنترلی، پذیرش، مراقبه، سپاسگزاری، سازگاری بر درد و رنج، صبر و تحمل و ساخت معنا همین هدف دنبال می‌شود.

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

## References:

- Allemand, M. (2008). Age differences in forgivingness: The role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1137-1147.
- Barnabe, A., Whitehead, V., Pilon, R., Arsenault-Lapierre, G., & Chertkow, H. (2012). Autobiographical memory in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a comparison between the Levine and Kopelman interview methodologies. *Hippocampus*, 22(9), 1809-1825.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361.
- Cardemil, E. V. (2010). Cultural adaptations to empirically supported treatments: A research agenda. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 7(2), 8-21.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, 27(2), 103-123.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current directions in psychological science*, 14(3), 117-121.
- Charles, S. T., & Luong, G. (2013). Emotional experience across adulthood: The theoretical model of strength and vulnerability integration. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 443-448.
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological review*, 107(2), 261.
- Conway, M. A., & Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. *Theories of memory*, 103, 137.
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social cognition*, 22(5: Special issue), 491-529.
- Craik, F. I. and E. Bialystok. (2006). Cognition through the lifespan: mechanisms of change. *Trends in cognitive sciences*, 10(3): p. 131-138.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Golden, A. M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... & Watkins, E. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(1), 23.
- El Haj, M., Antoine, P., Nandrino, J. L., & Kapogiannis, D. (2015). Autobiographical memory decline in Alzheimer's disease, a theoretical and clinical overview. *Ageing research reviews*, 23, 183-192.
- El Haj, M., Postal, V., Le Gall, D., & Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Memory*, 19(8), 993-1003.
- Ghalkhani, E., Sabahi, P., Taba-tabae, M., Rahimian, E., & Shahbazi, A. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment



Group Therapy on Autobiographical Memory in Sub-Clinical Depressed Individuals.[persian]

Hayes, S. C., & Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy Approaches to Pain. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). Acceptance and commitment therapy. American Psychological Association.

Irish, M., Hornberger, M., Lah, S., Miller, L., Pengas, G., Nestor, P. J., ... & Piguet, O. (2011). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia, behavioural-variant frontotemporal dementia, and Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 49(9), 2694-2702.

Jiang, D., Fung, H. H., Sims, T., Tsai, J. L., & Zhang, F. (2016). Limited time perspective increases the value of calm. *Emotion*, 16(1), 52.

Kennedy, Q., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological science*, 15(3), 208-214.

Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 231.

Kopelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1990). The autobiographical memory interview (manual). Thames Valley Test Company, Bury St. Edmunds, England.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger Publications.

Norouzi, A., Moradi, A., Zamani, K., Hasani, J. (2017). 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*, 11(3), 41-61. [persian]

Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., Eelen, P., & Brunfaut, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 699.

Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 48(7), 614-625.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*, 133(1), 122.

Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 144.