

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2019, 9(1), 87-110
Received: 21 May 2019
Accepted: 10 July 2019
DOI: 10.22055/jac.2019.28942.1664

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۳۹۸، ۹(۱)، ۸۷-۱۱۰
دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۳۱
پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۹

Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly

Masoud Rostami*
Mohsen Rasouli**
Abdolrahim Kasae***

Abstract

The quality of life in the aging period is reduced due to physical, psychological and rehabilitation problem. The purpose of this study was to compare the effectiveness the spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy on improving the quality of life of the elderly. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, and follow-up design with control group. The population of the study consisted of all elderly people resident in the elderly homes of Zabol city. The current sample consisted of 36 people from the elderly over 60 years old. The experiment groups participated in Spirituality therapy and Acceptance and Commitment-based therapy in 14 sessions of 90 minutes. The participants completed the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. The data were analyzed using covariance analysis. The results showed that spirituality therapy and acceptance and commitment therapy have an effect on improving the quality of life of the elderly, and this effect is persistent in the follow-up stage ($P < 0.001$). Also, spirituality therapy than acceptance and commitment therapy has a more effective on improving the quality of life of the elderly ($p < 0.001$). Based on this the results can be concluded that the use of spiritual-based therapeutic methods due to cultural and religious affiliation can be more effective than other therapeutic methods, including acceptance therapy and commitment to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: Spirituality-based therapy, acceptance and commitment therapy, quality of life, elder

* The coach, Faculty Member, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (responsible author) mdrostami2009@yahoo.com

** Assistant Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

*** Assistant Professor, Counseling Department, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

Extended Abstract

Introduction

Getting old is a process associated with reduced performance and independence, increased disease risk, and enhanced need for care, all of which contribute to the vulnerability of the elderly (Nikkhah, Heravi-Karimooi, Rejeh, Sharif Nia, & Montazeri, 2017). As the population gets older, the elderly's special needs, including their medical, psychological, and rehabilitation needs, increase (Nikkhah, & et al., 2017). The elderly, especially in developing countries, have a lower quality of life compared to other age groups (Aghamolaei, Tavafian, & Zare, 2010). The importance of quality of life is to the extent that experts believe that most of the health care services provided in this century should focus on improving people's quality of life and health status (Drewnowski, Evans, & Nutrition, 2001). Studies have shown that the elderly's quality of life can be improved and the meaninglessness and aimlessness they feel can be reduced by applying the designed interventions (Aghanouri, & et al., 2012; Rahimi, 2015). In recent years, different therapeutic methods have been developed in the field of psychotherapy. Spirituality-based therapies and acceptance and commitment therapy are among these psychotherapy methods that have been proven effective in various studies. The group counseling focused on spirituality therapy is one of the therapeutic methods which use the concepts and techniques of the cognitive therapy to modify deviations and cognitive errors and beliefs that prevent realistic confrontations with existential anxieties, such as unpredictability and uncontrollability of affairs, death, meaninglessness, and loneliness. This therapy ultimately leads to a better adaptation to perceived suffering by accepting the suffering, giving a meaning to it, and modifying human beliefs (Dehkhoda, 2014). Research has demonstrated that spirituality therapy can have a significant effect on the elderly's health and improve their quality of life. Moreover, acceptance and commitment therapy is among therapeutic approaches known as the third wave of psychotherapy and originates from the ninth and tenth decades of the twentieth century. In general, the goal of acceptance and commitment therapy is to increase psychosocial flexibility. Psychological flexibility refers to an increase in people's ability to connect fully with the present as a human being and to change or maintain a behavior when such exercise serves valuable purposes. Various studies have been done to evaluate the effect of acceptance and commitment therapy in the elderly (Petkus & Wetherell, 2013; Karlin & et al., 2013). Results of Kakavand, Baqeri, and Shirmohammadi (Kakavand, Baqeri, & Shirmohammadi, 2015) have demonstrated that acceptance and commitment therapy can have a significant effect on the reduction of perceived stress in the elderly and can reduce negative perceptions

and increase positive perceptions of the elderly. Accordingly, the present study was carried out with the aim of investigating and comparing the effects of spirituality therapy and acceptance and commitment therapy on improving the elderly's quality.

Method

This experimental study followed by a pretest-posttest design with a control group. The current study includes of all elderly residents of nursing homes in Zabol in 2018-2019. 36 elderly people over 60 years old randomly were assigned to two experimental and control group (each group 12 people) after obtaining their full consent.

The World Health Organization Quality of Life Questionnaire-26 (WHOQOL-26). This questionnaire includes 26 items which are scored based on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 (never) and 5 (always). It should be noted that questions 3, 4, and 26 are scored diversely, and a higher score indicates a better quality of life. This questionnaire has four dimensions, i.e., physical health, psychological health, social health, and physical environment health, and is used as a comprehensive scale that generally includes the quality of life and general health. The standardization, translation, and validation of the Persian version of this questionnaire were carried out by Najat et al., (2006) Cronbach's alpha coefficients of all dimensions were more than 0.70. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient of this questionnaire was 0.81.

Two therapeutic programs, i.e., spirituality therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) were used. Spirituality therapy is a method proposed based on the Galanter and Siegel spirituality therapy program (2009), which was used as an intervention factor. Different stages of spiritual therapy were conducted based on the mentioned program in the form of fourteen 90-minute group sessions. Acceptance and commitment therapy (ACT) is based on the Hayes et al. acceptance and commitment therapy (ACT) (2006). Various stages of acceptance and commitment therapy (ACT) were carried out based on the mentioned program in the form of fourteen 90-minute group sessions. Data were analyzed using covariance analysis, and SPSS-22 software.

Findings

The results showed that the two therapy, i.e., spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy had significant effects on the components of quality of life (physical, psychological, and social health, and physical environment). Comparing these two methods, there was a significant difference in the level of the effectiveness in quality of life in the posttest stage. The effect size indicated that the variations occurred in the

dependent variable as a result of the intervention was moderate. To investigate this difference thoroughly, the Bonferroni post hoc test was used, that the results were presented in Table 1.

Table 1
The Results of the comparison of the Bonferroni test of health components in the experimental and control groups after pre-test control

Components	Therapy	Mean difference	p	
Physical health	Spirituality	Acceptance and commitment	1.09	0.006>
		Control	2.43	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.34	0.002>
Psychological health	Spirituality	Acceptance and commitment	1.30	0.001>
		Control	2.88	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.58	0.006>
Social health	Spirituality	Acceptance and commitment	1.20	0.002>
		Control	2.47	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.26	0.002>
Physical environment	Spirituality	Acceptance and commitment	1.07	0.004>
		Control	2.56	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.49	0.007>

As can be seen in Table 1, there were significant differences between the spirituality-based therapy group and the acceptance and commitment therapy group in physical health ($p < 0.006$), psychological health ($p < 0.001$), social health ($P < 0.002$), and physical environment health components ($p < 0.004$), and these differences were in favor of increasing health in the spirituality-based therapy group. Moreover, there were significant differences between the spirituality-based therapy group and the control group in physical health ($p < 0.001$), psychological health ($p < 0.001$), social health ($p < 0.001$), and physical environment health ($p < 0.001$), and this obtained differences are in favor of increasing health in the group based on spirituality therapy. Additionally, there were significant differences between the acceptance and commitment therapy group and the control group in physical health ($p < 0.002$), psychological health ($p < 0.006$), social health ($p < 0.002$), and physical environment health ($p < 0.001$), and this obtained differences in favor of increasing health in the group based on in the acceptance and commitment therapy group.

The results of in the follow-up stage indicated that the two experiment groups (the spirituality-based therapy and the acceptance and commitment

therapy) and the control group had significant differences in relate to physical, psychological, social, and physical environment health ($p < 0.001$). This finding indicated that the effect of spirituality-based therapy and the acceptance and commitment therapy on increasing the dimensions of quality of life still is lasting. The Bonferroni post hoc test indicated this enduring effect on the dimensions of quality of life in the experimental groups more accurately (Table 2).

Table 2
The Results of the comparison of the Bonferroni test of health components in the experimental and control groups in follow-up stage

Components	Therapy		Mean difference	Sig
Physical health	Spirituality	Acceptance and commitment	0.935	0.005>
		Control	2.02	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.09	0.003>
Psychological health	Spirituality	Acceptance and commitment	2.74	0.001>
		Control	3.96	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.21	0.002>
Social health	Spirituality	Acceptance and commitment	0.96	0.001>
		Control	1.90	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	0.94	0.001>
Physical environment	Spirituality	Acceptance and commitment	0.85	0.004>
		Control	1.96	0.001>
	Acceptance and commitment	Control	1.11	0.001>

As can be seen in Table 2, there were significant differences between the spirituality-based therapy group and the acceptance and commitment therapy group in components of physical health, psychological health, social health, and physical environment health, and this obtained differences indicated the lasting effect of the intervention in favor of spirituality-based therapy. There were significant differences between the spirituality-based therapy group and the control group in components of physical health, psychological health, social health, and physical environment health, and this obtained differences indicated the lasting effect of the intervention in favor of quality in the spiritual-based therapy group. Furthermore, there were significant differences between the acceptance and commitment therapy group and the control group in components of physical health, psychological health, social health, and physical environment health, and this obtained differences were lasted in the acceptance and commitment therapy group.

Discussion

The purpose of this study was to compare the effectiveness of group counseling spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy

(ACT) on improving the elderly's quality of life. The results indicated that spirituality-based therapy, compared to acceptance and commitment therapy (ACT), was more effective in improving the elderly's quality of life and this effect was also evident during the follow-up stage. This finding was consistent with previously conducted studies (Petkus & Wetherell, 2013; Bernard et al., 2017; Wu & Koo, 2016; Jafari & Hesampour, 2017; Unterrainer et al., 2010; Sloan, 2005; Asgari, 2017; Zamani et al., 2015).

To explain this finding, it can be said that, because of its emphasis on communicating with others and having a purposeful and meaningful life, belief, and communication with a higher power, spirituality-based therapy can give meaning to people's lives and free them from absurdity and, by creating hope and motivation in them, prepares the ground for increasing their satisfaction and improving their quality of life. Thus, spirituality, as a supportive and self-control source, prevents the effects of inappropriate external conditions. In other words, during the old ages, by going over their positive and negative experiences, people sometimes feel regret and discomfort for the shortcomings of their lives and because of experiencing stress stemmed from this issue, they suffer from poor quality of and dissatisfaction with life. The existence of a superior and sublime resource in life to resort to in times of difficulty can help them to cope with the stress and promote their life satisfaction and quality of life. Another explanation is that strengthening spirituality and spiritual beliefs in the elderly as well as motivating and justifying them to do related acts can increase the quality of their lives. Besides, the institutionalization of spiritual beliefs and strengthening them in the elderly makes them be more receptive to their problems and step-up their dignity and self-esteem which ultimately improve the quality of life of the elderly.

On the contrary, given the mechanism of the effectiveness of acceptance and commitment, there are six central processes that lead to psychosocial flexibility. The six processes are acceptance versus avoidance, diffusion versus cognitive fusion, attention to the present moment versus dominance of the conceptualized past and future, self as context versus conceptualized self, clarity of values and communicating with them, and committed action versus inaction (Hayes & Pistorello, 2012). Therefore, the main goal of this therapy is to maximize an individual's potential to live an enriched endowed with meaning.

Acknowledgment

The authors would like to thank all those who participated in the current study, especially the respectable elderly in Zabol.

Conflict of Interests

There are no conflicts of interest.

مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان^۱

مسعود رستمی*
محسن رسولی**
عبدالرحیم کسایی**

چکیده

کیفیت زندگی در دوره سالمندی به دلیل مشکلات جسمانی، روان شناختی و توان بخشی کاهش می‌یابد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان انجام شد. پژوهش حاضر از طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر زابل بود که ۳۶ (سه گروه ۱۲ نفره) سالمند بالای ۶۰ سال در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. برنامه‌های معنویت درمانی گالاتر و سیگل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه‌های آزمایش برگزار گردید و پس از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری گرفته شد. شرکت‌کننده‌ها به پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت پاسخ دادند. داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل گردیدند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود و آثار این بهبود در دوره پیگیری هنوز قابل مشاهده است ($p < 0/001$)، و روش مداخله معنویت درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبت‌تری بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد ($p < 0/001$). بر اساس این نتایج می‌توان گفت که استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر معنویت به دلیل قرابت فرهنگی و دینی می‌تواند از سایر روش‌های درمانی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی سالمندان کارایی بیشتری داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان معنویت محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سالمند

مقدمه

سالمندی فرایندی همراه با کاهش عملکرد و استقلال، افزایش بیماری و نیاز به مراقبت است که همه این عوامل باعث آسیب‌پذیری سالمندان می‌شود (Nikkhah, Heravi-Karimooi, Rejeh, & Sharif Nia, & Montazeri, 2017). بر اساس بررسی‌های ثبت احوال کشور گفته می‌شود که جمعیت سالمندی ایران تا سال ۱۴۰۰ به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید که چیزی معادل ۱۰ درصد از جمعیت سال ۱۴۰۰ را تشکیل می‌دهد (Dadkhah, 2008). همزمان با سالمندی جمعیت، نیازهای اختصاصی سالمندان اعم

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری با مجوز پژوهشی شماره ۱۶۶ در تاریخ ۹۷/۲/۳ است.

* دانش‌جوی دکتری، عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)
mdrostami2009@yahoo.com

** استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
** استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

از نیازهای پزشکی، روان‌شناختی و توان‌بخشی افزایش می‌یابد (Nikkhah, & et al., 2017). هم‌چنین سالمندان ممکن است به‌دلیل ضعف‌های جسمانی، حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، احساس تنهایی و کاهش توانایی در انجام وظایف زندگی روزمره از لحاظ روان‌شناختی و هیجانی در وضعیت مساعدی قرار نداشته باشند که این عوامل باعث تأثیر بر کیفیت زندگی آنها می‌شود (Flint, 2005; Sözeri-Varma, 2012). سالمندان به ویژه در کشورهای در حال توسعه نسبت به سایر گروه‌های سنی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (Aghamolaei, Tavafian, & Zare, 2010) و افزایش طول عمر، جامعه و خانواده را با چالش‌هایی مثل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و اقتصادی روبرو می‌سازد که شاید کیفیت زندگی در سالمندان را به‌میزان زیادی کاهش دهد (Aghamolaei et al., 2010). اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب‌نظران معتقدند که بیشتر مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر بایستی بر بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت متمرکز گردد (Drewnowski & Evans, 2001). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند بر می‌گردد (Yen, Kuo, Tsai Ko, Yen, & Chen, 2007). بر این اساس، کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. از طرفی کیفیت زندگی از نظر دانشمندان دارای ابعاد مختلفی است که اکثر آنها بر روی پنج بعد آن شامل روحی، روانی، فیزیکی، اجتماعی و علائم مربوط به بیماری توافق نظر دارند (Agha nouri, Mahmoudi, Salehi, & Jafarian, 2012). کیفیت زندگی برای سالمندان اهمیت زیادی دارد ولی با این وجود در اغلب موارد این امر مهم مورد توجه قرار نمی‌گیرد (Garousi, Safizadeh, & Samadian, 2012). مطالعات حاکی از آن است که می‌توان کیفیت زندگی را بهبود بخشید و با مداخلات تدوین شده در این زمینه به کاهش بی‌معنایی، بی‌هدفی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان اقدام نمود (Rahimi, 2015; Agha nouri, & et al., 2012).

در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی در حیطه روان‌درمانی ایجاد شده است. درمان‌های معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله این روش‌های روان‌درمانی هستند که در مطالعات مختلف کارایی و اثربخشی آنها تأیید شده است. امروزه بسیاری از درمان‌گران، ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامتی و کیفیت زندگی افراد می‌شناسند به گونه‌ای که آنها اغلب در فرایند درمان، توجه به مسائل معنوی بیماران را ضروری می‌دانند به طوری که می‌توان گفت اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشاء حمایت، قدرت و بهبودی است (Alavimajd, Khorrani Markani, Khodayarifard, & Yaghmai, 2012). معنویت می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر منجر می‌شود. به زعم محققان، مذهب و معنویت از منابع مهم در ایجاد سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی است و سلامت معنوی یکی از جنبه‌های مهم سلامتی است که می‌تواند بر معنای زندگی و کیفیت زندگی تأثیر گذارد (Ashrafi, Ebrahimi, & Sarafha, 2014). بنابراین، منابع مذهبی و معنوی در سالمندان از منابع مهم سازگاری به شمار می‌آیند که در طول فرایند سالمندی باید

مورد استفاده قرار گیرند و این منابع باعث افزایش رضایت‌مندی فرد از زندگی و کیفیت زندگی می‌شود (Memari, Dalvandi, Mohammadi Shahbolaghi, Fallahi Khoshknab, & Biglarian, 2016).

معنویت درمانی نوعی از روان‌درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی - مذهبی به افراد کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، به رشد سالم دست یابد (Rahmanian, Moein Samadani, & Oraki, 2017). مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت درمانی سعی می‌کند تا با استفاده از مفاهیم و فنون شناخت درمانی جهت اصلاح انحرافات، خطاها و باورهای شناختی که مانع پرداختن واقع‌گرا و اصیل به اضطراب‌های وجودی نظیر: پیش‌بینی‌ناپذیری و غیرقابل کنترل بودن امور، مرگ و بی‌معنایی و تنهایی می‌شود، عمل کرده و در نهایت از طریق پذیرش رنج و معنابخشی به آن از طریق اصلاح باورهای انسان، به سازگاری بهتر فرد با رنج تجربه شده کمک می‌کند (Dekhoda, 2014). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت درمانی می‌تواند در دوره سالمندی تأثیر معناداری بر سلامت سالمندان و بهبود کیفیت زندگی آنها داشته باشد. بر این اساس، هر چه تجربیات معنوی روزانه سالمندان بیشتر باشند، شادتر زندگی می‌کنند و لذا توصیه می‌کنند رویکردهای درمانی جهت افزایش تجارب معنوی روزانه سالمندان و افزایش کیفیت زندگی آنها مورد استفاده قرار گیرد (Goli, Maddah, Dalvandi, Hosseini, & Rahgozar, 2017; Sharifi, & Abbasi, 2017).

نتایج مطالعه گلی و همکاران (Goli et al., 2017) نشان داد که بین سالمندی موفق و سلامت معنوی در رابطه با خود و دیگران هم‌بستگی معناداری وجود دارد و سالمندی موفق را می‌توان بر اساس سلامت معنوی و ابعاد آن با اطمینان پیش‌بینی نمود. نتایج مطالعه معماری و همکاران (Memari et al., 2016) بیانگر آن است که معنویت و مداخلات معنوی با افزایش سن سالمندان و در افراد مبتلا به بیماری می‌تواند سیستمی یکپارچه ایجاد نماید. به‌طور کلی، پژوهش‌های انجام شده در این زمینه حاکی از آن است که بین سلامت معنوی در دوره سالمندی با افزایش سلامت و سازگاری سالمندان هم‌بستگی معناداری وجود دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) هم یکی از رویکردهای درمانی موسوم به موج سوم روان‌درمانی است که منشاء آن به دهه‌های نهم و دهم قرن بیستم بر می‌گردد. نظریه‌پردازان این درمان را به عنوان یک مداخله زمینه‌گرایی کارکردی مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه می‌دانند که رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود (Sadat Moosavi, Rashidi, & Golmammadian, 2014).

به‌طور کلی، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (psychological flexibility) است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط کامل با زمان حال به‌عنوان یک انسان و تغییر یا حفظ رفتار، زمانی که چنین کاری در خدمت اهداف ارزشمند باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شش فرایند اصلی ایجاد می‌شود که شامل: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، آگاهی از لحظه اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). این درمان با هدف دستیابی به یک تجربه

متعادل، حول محور درگیری در هر تجربه، چه مثبت و چه منفی می‌چرخد. بر اساس این درمان افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند (Jamshidian QalehShahi, Aghaei, & Golparvar, 2017). درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد هم یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در حوزه روان‌درمانی است و تاکنون تأثیر آن در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (Jamshidian QalehShahi et al., 2017). در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سالمندان، مطالعات مختلفی انجام شده است (Petkus, & Wetherell, 2013; Karlin et al., 2013). نتایج مطالعه کاکاوند، باقری و شیرمحمدی (Kakavand, Baqeri, & Shirmohammadi, 2015) هم نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر معناداری بر کاهش تنیدگی ادراک شده در سالمندان داشته باشد و باعث کاهش ادراک منفی و افزایش ادراک مثبت از تنیدگی در سالمندان شود. بر این اساس، می‌توان گفت مطالعات انجام شده در حوزه سالمندی نشان داده است که درمان‌های مختلف تأثیرات متفاوت و گاه معناداری بر کاهش مشکلات و افزایش توانمندی سالمندان داشته‌اند که از جمله این درمان‌ها می‌توان به معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد که به دلیل استفاده گسترده از آن‌ها در مطالعات مختلف و در گروه‌های سنی متفاوت، جزو درمان‌های نوین و کاربردی محسوب می‌شوند. این درمان‌ها هم‌چنین به دلیل مبنای نظری و محتوای برنامه درمانی آن‌ها برای گروه‌های بزرگسال و سالمند انطباق بیشتری دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از طرح‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر زابل در سال ۱۳۹۷ در سرای سالمندان بود. ۳۶ (در هر گروه ۱۲ نفر) سالمند بالای ۶۰ سال با روش نمونه‌گیری داوطلبانه برگزیده و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و کسب رضایت آگاهانه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اختصاص یافتند. ملاک‌های ورود به برنامه پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۰-۷۵ سال، مطلقه یا فاقد همسر، نداشتن معلولیت یا بیماری جسمانی و روانی خاص، عدم ابتلا به اختلالات عصبی-شناختی و بیماری آلزایمر، مذکر بودن و عدم شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life Questionnaire). این پرسش‌نامه دارای ۲۶ ماده است که ماده‌ها در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (اصلاً = ۱ تا خیلی زیاد = ۵) مرتب می‌شوند. نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده

کیفیت زندگی بهتر است و شامل چهار بُعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی است. از سال ۱۹۹۶، روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط سازمان جهانی بهداشت در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، و در سال ۲۰۰۰، این ابزار به‌طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شده است. نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده (Nejat, Montazeri, Holakouie Naieni, Mohammad, & Majdzadeh, 2006) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی بالای ۰/۷۰؛ و اعظمی، سهرابی، برجلی، فرخی و فرخ فرقانی (Aazami, Sohrabi, Borjali, Farrokhi, & Farokh Forghani, 2018) در ابعاد جسمانی ۰/۵۶، روانی ۰/۶۴، اجتماعی ۰/۶۷، محیط فیزیکی ۰/۹۵ و در کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

برنامه معنویت‌درمانی یک شیوه پیشنهادی بر اساس برنامه معنویت‌درمانی گالاتر و سیگل (Galanter, & Siegel, 2009) در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هم بر مبنای ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) هیز و همکاران (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) در قالب ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی صورت گرفتند. ابتدا یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کننده‌ها در خصوص اهمیت این کار و موضوع و جلب همکاری آن‌ها و برگزاری جلسات و تکمیل پرسش‌نامه تشکیل گردید. بعد از جلب همکاری سالمندان داوطلب به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعد برنامه‌های درمانی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت جداگانه بر روی شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. نهایتاً پس از اتمام جلسات با اجرای پس‌آزمون هر سه گروه مورد سنجش قرار گرفتند. پس از دو ماه مرحله پیگیری، یعنی، اجرای پرسش‌نامه بر روی سه گروه مجدداً انجام گرفت.

خلاصه جلسات معنویت‌درمانی (Galanter & Siegel, 2009)

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه، گفتگو درباره سالمندی، مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی
جلسه دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی (۱)
جلسه سوم	خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی (۲)
جلسه چهارم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط (۱)
جلسه پنجم	ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط (۲)
جلسه ششم	معنا دهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات (۱)
جلسه هفتم	معنا دهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات (۲)
جلسه هشتم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی (۱)
جلسه نهم	تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در مبارزه با موانع و بررسی صفات فردی و درونی (۲)

جلسات	محتوای جلسه
جلسه دهم	نوع دوستی و انجام کارهای معنوی به صورت گروهی
جلسه یازدهم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی (۱)
جلسه دوازدهم	ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی (۲)
جلسه سیزدهم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود (۱)
جلسه چهاردهم	یادگیری روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران و یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود (۲)

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes et al., 2006)

جلسه	تمرکز جلسه	مداخله و استعاره	توضیحات
جلسه اول	مشکل اصلی کنترل کردن است (۱)	دورنمای پذیرش، تمرین ذهن آگاهی مختصر و تمرکز بر لحظه حاضر (۱)	معارفه گروه. قواعد گروه. توضیح دلزدگی وجودی و کیفیت زندگی (۱).
جلسه دوم	مشکل اصلی کنترل کردن است (۲)	دورنمای پذیرش، تمرین ذهن آگاهی مختصر و تمرکز بر لحظه حاضر (۲)	معارفه گروه. قواعد گروه. توضیح دلزدگی وجودی و کیفیت زندگی (۲).
جلسه سوم	گسلش (۱)	تمرین ذهن آگاهی مختصر برگ‌ها در جریان رودخانه (۱)	مرور تمرینات قبل و چالش‌ها. مفهوم کارایی. جایگزین‌های اجتناب و کنترل. تعریف همجوشی و گسلش (۱)
جلسه چهارم	گسلش (۲)	تمرین ذهن آگاهی مختصر برگ‌ها در جریان رودخانه (۲)	مرور تمرینات قبل و چالش‌ها. مفهوم کارایی. جایگزین‌های اجتناب و کنترل. تعریف همجوشی و گسلش (۲)
جلسه پنجم	پذیرش یا اشتیاق (۱)	کلید منازعه (۱)	مرور تمرینات قبل. تعریف اشتیاق. تعریف درد و رنج. اشتیاق (۱)
جلسه ششم	پذیرش یا اشتیاق (۲)	کلید منازعه (۲)	مرور تمرینات قبل. تعریف اشتیاق. تعریف درد و رنج. اشتیاق (۲)
جلسه هفتم	پذیرش یا اشتیاق (۳)	کلید منازعه (۳)	مرور تمرینات قبل. تعریف اشتیاق. تعریف درد و رنج. اشتیاق (۳)
جلسه هشتم	ارزش‌ها (۱)	استعاره قطب‌نما (۱)	مرور تمرین قبل. ارزش‌ها و عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها (۱)
جلسه نهم	ارزش‌ها (۲)	استعاره قطب‌نما (۲)	مرور تمرین قبل. ارزش‌ها و عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها (۲)
جلسه دهم	مشاهده خود	ذهن آگاهی ارزش‌ها	مرور تمرینات قبلی.
جلسه یازدهم	اقدام متعهدانه (۱)	ذهن آگاهی، تجسم خود (۱)	تمرینات قبل. ذهن آگاهی. اشتیاق (۱)
جلسه دوازدهم	اقدام متعهدانه (۲)	ذهن آگاهی، تجسم خود (۲)	تمرینات قبل. ذهن آگاهی. اشتیاق (۲)
جلسه سیزدهم و چهاردهم	مرور فرآیندها	راه رفتن و نشستن ذهن آگاهانه	مرور تمرینات قبلی. تمرینات ذهن آگاهی. نمایش شش ضلعی اکت

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس بر اساس رعایت مفروضه‌ها و با استفاده از بسته نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ انجام گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱

فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت‌کننده‌ها

پذیرش و تعهد	گروه		کنترل		سن
	معنویت محور				
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۵۰	۶	۵۰	۶	۴۱/۷	۵
۱۶/۷	۲	۳۳/۳	۴	۲۵	۳
۳۳/۳	۴	۱۶/۷	۲	۳۳/۳	۴
۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۲

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده است، بیشترین تعداد شرکت‌کننده‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل در دامنه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال قرار دارند.

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های متغیر کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل در روش‌های درمانی

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
کنترل	سلامت جسمانی	۲۱/۰۸	۶/۱۴۲	۲۲/۲۵	۵/۶۷۵	۲۱/۵۰
	سلامت روانی	۱۷/۷۵	۵/۱۱۹	۱۹	۴/۳۰۶	۱۸/۴۲
	سلامت اجتماعی	۷/۶۷	۳/۱۴۳	۸/۵۸	۲/۵۰۳	۸/۱۷
	سلامت محیط فیزیکی	۲۰/۱۷	۶/۱۷۷	۲۱	۵/۲۴۰	۲۰/۵۸
معنویت محور	سلامت جسمانی	۱۹/۱۷	۵/۷۰۲	۲۲/۹۲	۴/۹۶۳	۲۱/۷۵
	سلامت روانی	۱۷/۵۰	۵/۱۰۸	۲۱/۴۲	۴/۱۶۶	۲۲
	سلامت اجتماعی	۶/۸۳	۲/۵۱۷	۱۰/۰۸	۲/۵۳۹	۹/۲۵
	سلامت محیط فیزیکی	۲۲/۹۲	۵/۱۷۸	۲۵/۹۲	۵/۰۳۵	۲۴/۹۲
پذیرش و تعهد	سلامت جسمانی	۱۸/۷۵	۵/۸۴۸	۲۱/۵۰	۴/۹۸۲	۲۰/۴۲
	سلامت روانی	۱۶/۹۲	۴/۹۸۱	۱۹/۷۵	۴/۶۹۳	۱۸/۹۲
	سلامت اجتماعی	۷/۵۰	۲/۸۱۲	۹/۵۰	۲/۶۸۰	۸/۹۲
	سلامت محیط فیزیکی	۲۲/۳۳	۵/۲۸۰	۲۴/۳۳	۴/۶۷۷	۲۳/۵۸

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، میانگین نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل از مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته‌اند. مفروضه‌های تحلیل کوواریانس از جمله ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها، یعنی، آزمون χ^2 باکس-هاکی از معنادار نبودن این مفروضه است ($M\ Box's = 16/52$ ، $P = 0/851$)، آزمون‌های همگنی واریانس لون بیانگر برابری واریانس‌های سه گروه در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = 1/30$)، سلامت روانی ($P = 0/284$)، سلامت روانی ($F = 2/03$)، سلامت اجتماعی ($F = 0/28$)، سلامت محیط فیزیکی ($F = 0/06$)، است؛ مفروضه شیب خط رگرسیون نشان می‌دهد که اثر متقابل بین پیش‌آزمون (متغیر کمکی) و گروه معنادار نیست ($F = 0/43$)، مفروضه رابطه خطی بین متغیر کمکی و متغیر وابسته برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = 0/56$)، سلامت روانی ($F = 0/26$)، سلامت اجتماعی ($F = 0/35$) و سلامت محیط فیزیکی ($F = 0/48$) معنادار و مورد تأیید است؛ مفروضه عدم هم‌خطی بودن چندگانه برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = 0/97$)، سلامت روانی ($F = 0/91$)، سلامت اجتماعی ($F = 0/91$) و سلامت محیط فیزیکی ($F = 0/87$)؛ و در آخر، مفروضه آزمون فرض نرمال بودن کلموگروف-اسمیرنوف در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($Z = 0/16$)، سلامت روانی ($Z = 0/88$)، سلامت اجتماعی ($Z = 0/129$)، سلامت محیط فیزیکی ($Z = 0/110$) رعایت شده است.

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۳۲/۶۳	۲	۱۶/۳۱	۸/۷۳	< 0/001	0/۳۷
	سلامت روانی	۴۵/۷۷	۲	۲۲/۸۸	۱۴/۲۵	< 0/001	0/۴۹
	سلامت اجتماعی	۳۳/۶۲	۲	۱۶/۸۱	۱۰/۴۱	< 0/001	0/۴۱
	سلامت محیط فیزیکی	۳۶/۳۱	۲	۱۸/۱۵	۱۲/۰۳	< 0/001	0/۴۵

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، گروه‌های آزمایش (درمان‌های معنویت محور و مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، روانی و محیط در سطح آماری $p < 0/001$ با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. این یافته نشان می‌دهد که درمان‌های معنویت محور و مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر هستند. نتایج آزمون پیگیری جفتی بنفرونی نشان می‌دهد که کدام‌یک از گروه‌ها در مؤلفه‌های کیفیت زندگی با یکدیگر تفاوت دارند.

جدول ۴

نتایج آزمون پیگیری بنفرونی در مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل				
متغیر	روش	تفاوت میانگین	p	
سلامت جسمانی	معنویت	۱/۰۹	< ۰/۰۰۶	پذیرش و تعهد
	کنترل	۲/۴۳	< ۰/۰۰۱	کنترل
سلامت روانی	معنویت	۱/۳۰	< ۰/۰۰۱	پذیرش و تعهد
	کنترل	۲/۸۸	< ۰/۰۰۱	کنترل
سلامت اجتماعی	معنویت	۱/۲۰	< ۰/۰۰۲	پذیرش و تعهد
	کنترل	۲/۴۷	< ۰/۰۰۱	کنترل
محیط فیزیکی	معنویت	۱/۰۷	< ۰/۰۰۴	پذیرش و تعهد
	کنترل	۲/۵۶	< ۰/۰۰۱	کنترل
	پذیرش و تعهد	۱/۴۹	< ۰/۰۰۷	کنترل

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، بین گروه‌های درمان معنویت محور و درمان پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($P < ۰/۰۰۶$)، سلامت روانی ($P < ۰/۰۰۱$)، سلامت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۲$) و سلامت محیط فیزیکی ($P < ۰/۰۰۴$) تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع افزایش سلامت در گروه درمان معنویت محور است؛ بین گروه‌های درمان معنویت محور و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($P < ۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($P < ۰/۰۰۱$)، سلامت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۱$) و سلامت محیط فیزیکی ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع افزایش سلامت در گروه درمان معنویت محور است؛ و بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($P < ۰/۰۰۲$)، سلامت روانی ($P < ۰/۰۰۶$)، سلامت اجتماعی ($P < ۰/۰۰۲$) و سلامت محیط فیزیکی ($P < ۰/۰۰۱$) نیز تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع افزایش سلامت در گروه درمان پذیرش و تعهد است.

کلیه مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس مثل آزمون آم باکس، آزمون همگنی واریانس لون، آزمون نرمال بودن، رابطه خطی، شیب خط رگرسیون و عدم هم خطی بودن چندگانه برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پیگیری رعایت شده است.

جدول ۵

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۲۲/۵۵	۲	۱۱/۲۷	۸/۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۳۶
	سلامت روانی	۹۱/۵۱	۲	۴۵/۷۵	۷/۱۳	< ۰/۰۰۳	۰/۳۳
	سلامت اجتماعی	۱۹/۸۴	۲	۹/۹۲	۱۲/۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۷
	سلامت محیط فیزیکی	۲۱/۲۹	۲	۱۰/۶۴	۱۱/۰۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش (درمان‌های معنویت محور و مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی در سطح آماری $p < ۰/۰۰۱$ با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. این یافته نشان می‌دهد که اثربخشی روش‌های درمانی معنویت محور و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی هنوز ماندگار است. آزمون پیگیری بنفرونی دقیق‌تر این ماندگاری را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

جدول ۶

نتایج آزمون پیگیری بنفرونی مؤلفه‌های کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	روش	تفاوت میانگین	سطح معناداری
سلامت جسمانی	معنویت	۰/۹۳۵	< ۰/۰۰۵
	پذیرش و تعهد	۲/۰۲	< ۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۰۹	< ۰/۰۰۳
سلامت روانی	معنویت	۲/۷۴	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	۳/۹۶	< ۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۲۱	< ۰/۰۰۲
سلامت اجتماعی	معنویت	۰/۹۶	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	۱/۹۰	< ۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۹۴	< ۰/۰۰۱
محیط فیزیکی	معنویت	۰/۸۵	< ۰/۰۰۴
	پذیرش و تعهد	۱/۹۶	< ۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۱۱	< ۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌گردد، بین گروه‌های درمان معنویت محور و درمان پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط فیزیکی تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت نشان‌دهنده ماندگاری بیشتر تأثیر مداخله به نفع گروه درمان معنویت محور است؛ بین گروه‌های درمان معنویت محور و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط فیزیکی تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع ماندگاری بهبود کیفیت زندگی در گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل در مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط فیزیکی تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع ماندگاری بهبود کیفیت زندگی در گروه درمان پذیرش و تعهد است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان معنویت محور نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد. این یافته همسو با یافته‌های پتکوس و وترل (Petkus, & Wetherell, 2013)، برنارد و همکاران (Bernard et al., 2017)، وو و کو (Wu, & Koo, 2016)، جعفری و حسام‌پور (Jafari, & Hesampour, 2017)، اونتراینر، لادن هاوف، موزدی، والنر- لییمان و فینک (Unterrainer, Ladenhauf, Moazedi, Wallner-Liebmann, & Fink, 2010)، سلوان (Sloan, 2005)، اصغری (Asgari, 2017)، زمانی، بهرانیان، اشرفی و مقتدری (Zamani, Bahrainian, Ashrafi, & Moqtaderi, 2015) است.

نتایج مطالعه برنارد و همکاران (Bernard et al., 2017) نشان داد که بهترین مدل برای پیش‌بینی کیفیت زندگی؛ معنویت، معنا در زندگی و نگرش به مرگ است. بنابراین، هم معنویت و هم معنا در زندگی ظاهراً عوامل محافظت‌کننده قوی بر ضد پریشانی روان‌شناختی در اواخر عمر (دوره سالمندی) هستند. هم‌چنین از آنجا که تعیین‌کننده‌های غیر فیزیکی نقش معناداری را در کیفیت زندگی در سالمندی ایفا می‌کنند لذا مداخلات متمرکز بر معنویت و معنا محوری برای افراد در این دوره پیشنهاد می‌گردد. نتایج پژوهش وو و کو (Wu, & Koo, 2016) هم با هدف بررسی معنویت‌درمانی در افراد سالمند نشان داد که این مداخله رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی سالمندان را افزایش می‌دهد و مطالعه زمانی و همکاران (Zamani et al., 2015) نشان داد که آموزش هوش معنوی و معنویت به سالمندان بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها تأثیرگذار است.

پیر شدن جمعیت و سالمندی موجب مطرح شدن مسائل مربوط به این دوره از زندگی می‌گردد. عوارض روان‌شناختی متعددی سالمندان را درگیر می‌کند و سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد

اما معنویت به عنوان زیربنای باورهای فرد نقش اساسی در زمینه‌های گوناگون زندگی انسان به‌ویژه تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی ایفاء می‌کند (Zamani et al., 2015). تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیری در برابر استرس داشته باشد و با سلامت روانی، سلامت جسمی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه مثبتی دارد (Zamani et al., 2015). تحقیقات نشان می‌دهد که باورها، آمیزه‌های فرهنگی و تعهدات معنوی با پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان‌شناختی و جسمانی، رضایت زناشویی، عملکرد مطلوب بین‌فردی و کیفیت زندگی بهتر در ارتباط است (Elias, Krauss, & Aishah, 2010). برخی روان‌شناسان و درمان‌گران، معنویت را تلاش همواره بشر برای پاسخگویی به چراهای زندگی تعریف کرده‌اند، و آن را اقدام پیشگیری‌کننده در کاهش اختلال‌های روانی که در سلامت روانی و جسمانی نقش دارند (Zamani et al., 2015). معنویت در پیوند با سایر ویژگی‌های اخلاقی و روان‌شناختی، قدرت مقابله با تنش‌ها را بالا می‌برد و تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری‌کننده در کاهش اختلال‌های روانی و ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی و بهبود کیفیت زندگی دارد (Hartz, 2005; Fatemi nik, Sodani, & Mehrabizade Honarmand, 2016).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که معنویت درمانی به سبب تأکید آن بر ارتباط داشتن با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار و اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی، می‌تواند باعث خلق معنا در زندگی افراد شده و آن‌ها را از پوچی دور می‌کند و با ایجاد امید و انگیزه در افراد، زمینه افزایش رضایت‌مندی از زندگی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را فراهم سازد. مکانیسم برتری تأثیر معنویت نسبت به درمان پذیرش و تعهد در مؤلفه سلامت جسمانی این است که معنویت در برگیرنده باورهای افراد در مورد وجود یک هدف غایی در زندگی، اعتقاد به معنویات و زندگی اخروی است و در واقع داشتن معنا در زندگی ضمن ایجاد امیدواری و شادابی روانی بر سلامت جسمانی افراد تأثیر می‌گذارد. دلیل تأثیر بر بعد سلامت روانی این است که یافتن معنا در زندگی باعث اصلاح افکار و باورهای زیربنایی می‌شود و موجب می‌شود که سالمندان، پدیده‌ها و مشکلات زندگی، و هم‌چنین شکست‌ها، کمبودها و نرسیدن به اهداف موردنظر را بهتر بتوانند تحمل نمایند و با دادن معنا به آن‌ها، این مشکلات را به گونه‌ای دیگر ببینند. مکانیسم تأثیر معنویت بر مؤلفه سلامت اجتماعی این است که افرادی که دارای زندگی معنوی هستند، هدفمند می‌باشند و از ارتباط خوبی برخوردارند و کمتر دچار تنش با اطرافیان می‌شوند به همین دلیل از سلامت اجتماعی خوبی برخوردارند. فرانکل معتقد است که اگر افراد معنایی را تعقیب نکنند و هدفی نداشته باشند احتمالاً به هر بیراهه‌ای منحرف خواهند شد اما انسان هدفمند بدون توجه به مسیرهای انحرافی جهت زندگی خود را تعیین می‌کند و سازگاری بهتری با تغییرات زندگی دارد (Zamani et al., 2015)، در تبیین مکانیسم تأثیر معنویت بر مؤلفه سلامت محیط فیزیکی می‌توان گفت که این افراد به دلیل هدفمندی و امید به زندگی بیشتر و داشتن معنا در زندگی، تصور مثبت‌تری از خود دارند و احساس می‌کنند می‌توانند بر وقایع محیط پیرامونشان کنترل داشته باشند لذا از سلامت و سازگاری محیطی بیشتری برخوردار هستند، لذا معنویت به‌عنوان یک منبع حمایتی و خودکنترلی مانع از تأثیر شرایط نامناسب بیرونی می‌گردد. بنابراین، هر چند هر دو درمان توانسته‌اند بر بهبود مؤلفه‌های چهارگانه جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار باشند اما بر اساس یافته‌ها به نظر می‌رسد که این تأثیر به سود درمان مبتنی بر معنویت‌درمانی بوده است. به عبارتی، در دوره

سالمندی افراد با مرور تجربیات مثبت و منفی زندگی خود گاه‌ها دچار احساس پشیمانی و ناراحتی از کم و کاستی‌های زندگی شده و به دلیل استرسی که در اثر این عامل تجربه می‌کنند دچار افت کیفیت زندگی و نارضایتی از زندگی می‌گردند و وجود یک منبع برتر و متعالی در زندگی و توسل به آن در مواقع سختی، می‌تواند به آنها در سازگاری با این استرس کمک کند و باعث ارتقای رضایت‌مندی و کیفیت زندگی آن‌ها گردد. برتری دیگر معنویت‌درمانی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این مینا است که معنویت به عنوان زیربنای باورها، یک جنبه مهم از زندگی سالمندان است و نقش اساسی در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی آن‌ها دارد. معنویت می‌تواند با ایجاد شادابی روانی در انسان، زمینه ارتقای سلامت جسمانی را در افراد فراهم نماید (بعد جسمانی)، در رشد طبیعی سالمند، ایمان و معنویت موجد غنای ارتباط عمیق‌تر با غایتی می‌شود که نمادها و مناسک عبادی واسطه آن هستند؛ که باعث می‌شود شخص از مرزهای ایمان تفریدی / متفکرانه فراتر رود. معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شود که در ابعاد متعالی (و نه جسمانی) زندگی وجود دارد و انسان را در ارتباط خصوصی و صمیمی با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد (بعد روانی). معنویت به شیوه‌ای اشاره دارد که افراد معنی و هدف زندگی خود را جستجو و بیان می‌کنند و در آن اتصال با خود، دیگران، طبیعت و روحانیت یا تقدس را تجربه می‌کنند (بعد اجتماعی). بر اساس نظر اریکسون سالمندان در مرحله کمال در برابر نومیدی و سرخوردگی تلاش می‌کنند تا به زندگی خود معنی و مفهوم ببخشند و از این طریق با مرگ که پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است کنار بیابند. بر همین اساس گاه فرد سالمند با تمرکز بر خود و مرور زندگی گذشته، دچار احساسات دردناک شده و کشمکش درونی را تجربه می‌نماید، جهت حل این تعارض درونی، نیازمند رشد خرد و معنویت است تا بتواند بحران درونی این دوران را به روش مثبت حل کند. سالمندانی که تحت شرایط محیطی پرتنش و غیرقابل پذیرش، راه ارتباطی میان خود و خداوند را می‌یابند و احساس خلأ و بی‌کفایتی نمی‌کنند و می‌توانند منشاء اثر باشند، از سلامت محیطی بهتری برخوردارند (مؤلفه محیطی). لذا معنویت نقش مهم و مرکزی را در زندگی سالمندان ایفا می‌کند و می‌تواند دارای ارزش مثبت در پر کردن فضای خالی زندگی سالمندان و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. بنابراین، معنویت‌درمانی در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که بزرگسالان در روبه‌رویی با چالش‌هایی که در زندگی ممکن است مواجه شوند بهتر سازگار شوند و افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یاس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحران‌ها خواهند شد، و محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند و به‌طور کلی، باورها و اعمال معنوی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمانی و روانی و افزایش کیفیت زندگی دارد.

نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این باور است که آنچه خارج از کنترل شخصی فرد است را بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باشد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (Izadi, & Abedi, 2015). استعاره‌ها و تمرین‌های این درمان به‌منظور درهم آمیختگی فرایندهای روانی در جهت تمرکز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان یک کل استفاده می‌شود.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، می‌تواند به صورت ارتباط با لحظه حاضر به عنوان انسانی آگاه، به طور کامل و بدون دفاع، همان‌طوری که هست و نه چیزی که فرد اظهار می‌کند هست و تداوم و یا تغییر در رفتار، در خدمت ارزش‌های انتخاب شده تعریف شود. این هدف اصلی مدل اکت است و همه شش فرایند فوق با یکدیگر به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همکاری می‌کند (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). به‌طور کلی، درمان‌گران مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای درونی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (Bloy, Oliver, & Morris, 2011).

نتیجه‌گیری

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اذعان داشت که تقویت معنویت و باورهای معنوی در سالمندان و هم‌چنین ترغیب و توجیه آن‌ها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی را در آن‌ها افزایش دهد. هم‌چنین نهادینه شدن باورهای معنوی و تقویت آن‌ها در سالمندان موجب می‌شود که آن‌ها مشکل خود را بیشتر بپذیرا باشند و خودباوری و عزت‌نفس خود را افزایش دهند و این موارد در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. در مقابل، مکانیسم تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که این درمان شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. بنابراین هدف اصلی این درمان به حداکثر رساندن پتانسیل فرد برای یک زندگی غنی و معنا بخشیدن به آن بود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که جامعه این پژوهش به سالمندان شهر زابل محدود شده است و در تعمیم نتایج به سایر سالمندان باید احتیاط لازم را به عمل آورد. هم‌چنین استفاده از سایر روش‌های ارزیابی برای سنجش متغیر کیفیت زندگی از جمله مصاحبه نتایج واقعی‌تری را ایجاد می‌کند. به پژوهش‌گران پیشنهاد می‌گردد که معنویت درمانی را با سایر رویکردهای روان‌درمانی مورد بررسی قرار دهند تا کارآمدی این درمان بهتر مشخص گردد. هم‌چنین، به دلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در سالمندان در شهرهای مختلف کشور، برای تعمیم‌پذیری بهتر نتایج پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر سایر سالمندان از قومیت‌های مختلف انجام شود.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله پژوهشگران از کلیه کسانی که در پژوهش مشارکت داشتند به‌ویژه سالمندان محترم شهرستان زابل، سپاسگزاری می‌نماید.

تعارض منافع: هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Aazami, Y., Sohrabi, F., Borjali, A., Farrokhi, N., & Farokh Forghani, S. (2018). The effect of treatment program based on psycho-social model on improving life quality in individuals affected by PTSD resulting from burn. *Razi Journal Medical Science*, 25(7), 81-93. (Persian)
- Agha nouri, A., Mahmoudi, M., Salehi, H., & Jafarian, K. (2012). Quality of Life in the Elderly People Covered by Health Centers in the Urban Areas of Markazi Province, Iran. *Iranian Journal of Aging*, 6(4), 20-29.
- Aghamolaei, T., Tavafian, S. S., & Zare, S. (2010). Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study. *Tehran University of Medical Journal*, 48(3), 185-191.
- Alavimajd, H., Khorrami Markani, A., Khodayarifard, M., & Yaghmai, F. (2012). The experience of spiritual well-being from the perspective of oncology nurses: a qualitative content analysis. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 18(3), 206-216. (Persian)
- Asgari, P. (2017). The effectiveness of spiritual therapy on quality of life and adjustability in the elderly, with an emphasis on the teachings of Islam. *Journal of Aging Psychology*, 2(4), 281-291. (Persian)
- Ashrafi, Z., Ebrahimi, H., & Sarafha, J. (2014). The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 3(3), 44-51. (Persian)
- Bernard, M., Strasser, F., Gamondi, C., Braunschweig, G., Forster, M., Kaspers-Elekes, K.,, & Marthy, S. (2017). Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 514-522.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*, 10(5), 347-359.
- Dadkhah, A. (2008). An elderly services system in the United States and Japan and the indicators for developing a strategic plan for elderly services in Iran. *Salmand Iranian Journal of Aging*, 2(1), 166-176. (Persian)
- Dehkhoda, A. (2014). *The effectiveness of spiritual cognitive therapy in reducing depression symptoms in mothers with cancer*. Master's thesis, University of social welfare and rehabilitation sciences. (Persian)
- Drewnowski, A., & Evans, W. J. (2001). Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: Summary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(suppl_2), 89-94.
- Elias, H., Krauss, S. E., & Aishah, S. (2010). A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may

- contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 179-188.
- Fatemi nik, T., Sodani, M., & Mehrabizade Honarmand, M. (2016). Effectiveness of Islamic instructions training on quality of life and it components in couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 6(2), 73-88. (Persian)
- Flint, A. J. (2005). Generalized anxiety disorder in elderly patients. *Drugs & Aging*, 22(2), 101-114.
- Galanter, M., & Siegel, C. (2009). *Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center*. New York: Mc Graw-Hill.
- Garousi, S., Safizadeh, H., & Samadian, F. (2012). The study of relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman. *Jundishapur Sciences Medical Journal*, 11(3), 303-315. (Persian)
- Goli, M., Maddah, S. B., Dalvandi, A., Hosseini, M., Rahgozar, M., & Arfa, N. M. (2017). The relationship between successful aging and spiritual health of the elderly. *Journal of Nursing Education*, 4(5), 16-21. (Persian)
- Hartz, G. W. (2005). *Spirituality and mental health: Clinical applications*. Rutledge: Psychology Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2015). *Treatment based on admission and commitment*. Isfahan: Jungle. (Persian)
- Jafari, A., & Hesampour, F. (2017). Predicting life satisfaction based on spiritual intelligence and psychological capital in older people. *Iranian Journal of Ageing*, 12(1), 90-103. (Persian)
- Jamshidian QalehShahi, P., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2017). Comparing the effect of Iranian positive therapy and acceptance-commitment therapy on depression, anxiety and stress of infertile women in Isfahan city. *Journal of Health Promotion Management*, 6(5), 8-16. (Persian)
- Kakavand, A., Baqeri, M., & Shirmohammadi, F. (2007). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress reduction in afflicted elderly men to heart diseases. *Journal of Aging Psychology*, 1(3), 169-178. (Persian)

- Karlin, B. E., Walser, R. D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17(5), 555-563.
- Memari, A., Dalvandi, A., Mohammadi Shahbolaghi, F., Fallahi Khoshknab, M., & Biglarian, A. (2016). Impact of spiritual care on spiritual health of elderly residents of Kahrizak nursing home. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 3(1), 1-8. (Persian)
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12. (Persian)
- Nikkhah, M., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Sharif Nia, H., & Montazeri, A. (2017). Measuring quality of life in elderly. Populations: a review of instruments used. *Payesh*, 16(3), 303-314. (Persian)
- Petkus, A. J., & Wetherell, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 47-56.
- Rahimi, Z. (2015). *The effectiveness of spirituality-based cognitive consultation on reducing demoralization of older Women*. Master's thesis, University of social welfare and rehabilitation sciences. (Persian)
- Rahmanian, M., Moein Samadani, M., & Oraki, M. (2017). Effect of group spirituality therapy on hope of life and life style improvement of breath cancer patients. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 7(1), 101-114. (Persian)
- Sadat Moosavi, M., Rashidi, A., & Golmahammadian, M. (2014). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on increasing marital satisfaction of the veteran and freedman wives. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 5(2), 97-112. (Persian)
- Sharifi, S., & Abbasi, S. (2017). The relationship between daily spiritual experience and happiness of elderly members of Isfahan retirement center in 2014. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*, 3(2), 34-45. (Persian)
- Sloan, E. (2005) Effects of religiosity on Mental Health. *Journal of Psychology and Theology*, 16(1), 14-18.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471.
- Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Moazedi, M. L., Wallner-Liebmann, S. J., & Fink, A. (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 192-197.
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual

well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127.

Yen, C. F., Kuo, C. Y., Tsai, P. T., Ko, C. H., Yen, J. Y., & Chen, T. T. (2007). Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 24(8), 563-570.

Zamani, S., Bahrainian, S., Ashrafi, S., & Moqtaderi, S. (2015). The effect of spiritual intelligence on the quality of life and psychological well-being among the elderly living nursing home in Bandar Abbas. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*, 1(4), 82-94. (Persian)

