

# Comparing the Effectiveness of Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Life Expectancy of Older People

Naghdi M<sup>1</sup>, \*Taher M<sup>2</sup>, Aghayi H<sup>2</sup>, Hosseinkhanzade AA<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student, Faculty of General Psychology, Shahrud Branch, Islamic Azad University, Shahrud, Iran;

2. Assistant Professor, Faculty of Psychology, Shahrud Branch, Islamic Azad University, Shahrud, Iran;

3. Associate Professor, Faculty of Psychology, Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [mahboobe.taher@yahoo.com](mailto:mahboobe.taher@yahoo.com)

Received: 2023 March 11; Accepted: 2023 May 22

## Abstract

**Background & Objectives:** Aging is a natural process of change that affects a person's social and psychological status and brings about new developments. Life expectancy is one of the factors closely associated with getting older. Because the presence of psychological symptoms, such as low life expectancy, in addition to imposing high costs on the health care system, results in poor treatment outcomes. Timely diagnosis and treatment of psychological symptoms in older people increased recovery, longer maintenance on other treatments, and improved overall quality of life. Consequently, psychological therapy can assist older adults in recovering from their individual, societal, and economic impairments. Logotherapy is one of these psychological procedures that assists clients in discovering the purpose of their lives. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is another subgroup of third-wave psychotherapy that can lessen some of the secondary effects of aging by increasing the life expectancy of older adults. The present study was done to compare the effects of logotherapy and ACT on the life expectancy of older adults.

**Methods:** This research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. In the first six months of 2021, all elderly residents referred to the municipality's health homes in Tehran City, Iran, were included in the statistical population. Of whom, 45 qualified participants entered the study by the available sampling and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group with 15 people). In this way, by announcing the call for 3 weeks, eligible older people were registered to enter the research (76 people). Then, the Life Expectancy Questionnaire (Schneider et al., 1991) was implemented as a data collection tool. Next, 45 older adults who scored lower than average in the questionnaire (average score=36) were included in the study. The inclusion criteria were as follows: having at least 60 years and at most 75 years, having a level of literacy in reading and writing, appropriate listening and speaking ability, lacking a history of hospitalization in a psychiatric hospital, and providing informed consent to participate in research. The exclusion criteria included missing two or more intervention sessions and withdrawing from the study. In the current study, the intervention method of logotherapy (Frankl, 1967) was employed in ten 75- to 90-minute sessions for the first experimental group. In the second experimental group, ACT (Hayes, 2004) was used in eight sessions of 75-90 minutes. After collecting the data, they were analyzed using the Chi-square test, analysis of variance, univariate analysis of covariance, and Bonferroni post hoc test using SPSS statistical software version 23 at a significance level of 0.05.

**Results :**The results showed that the difference in the average scores of total life expectancy ( $p<0.001$ ) and components of functional hope ( $p<0.001$ ) and strategic hope ( $p=0.018$ ) in the posttest after controlling the pretest scores in the three groups was significant. The total scores of life expectancy ( $p = 0.009$ ) and hope component ( $p=0.032$ ) significantly differed between the experimental groups. Only logotherapy training had a significant effect on the total scores of life expectancy ( $p<0.001$ ) components of functional hope ( $p<0.001$ ) and strategic hope ( $p=0.005$ ) compared to the control group. However, the ACT did not have a significant effect on life expectancy ( $p=0.213$ ) and factors of functional hope ( $p=0.172$ ) and strategic hope ( $p=0.142$ ) compared with the control group.

**Conclusion:** Based on the findings, logotherapy is more effective in older people's life expectancy than acceptance and commitment therapy, and this therapeutic approach can be an effective intervention method for the life expectancy of older people.

**Keywords:** Logotherapy, Acceptance and commitment therapy, Life expectancy, Older people.

## مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان

مزگان نقدی<sup>۱</sup>، \*محبوبه طاهر<sup>۲</sup>، حکیمه آقایی<sup>۲</sup>، عباسعلی حسین خانزاده<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛  
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛  
 ۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [mahboobe.taher@yahoo.com](mailto:mahboobe.taher@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۲۰ اسفند ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱ خرداد ۱۴۰۲

## چکیده

**زمینه و هدف:** با افزایش جمعیت سالمندان بحث درباره‌ی این دوره‌ی زندگی و راه‌های کاهش مسائل و مشکلات پیش روی آن‌ها در این دوره، ضروری است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی سالمندان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری تهران در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از این بین ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط به‌شیوه در دسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول، معنادرمانی را طی ده جلسه و گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی هشت جلسه دریافت کرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، تفاوت میانگین نمرات امید به زندگی کل ( $p < 0/001$ ) و مؤلفه‌های امید عاملی ( $p < 0/001$ ) و امید راهبردی ( $p = 0/018$ ) در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در سه گروه معنادار بود. نمرات کل امید به زندگی ( $p = 0/009$ ) و مؤلفه امید عاملی ( $p = 0/032$ ) بین گروه‌های آزمایش تفاوت معنادار داشت. تنها آموزش معنادرمانی بر نمرات کل امید به زندگی ( $p < 0/001$ ) و مؤلفه‌های امید عاملی ( $p < 0/001$ ) و امید راهبردی ( $p = 0/005$ ) درمقایسه با گروه گواه دارای تأثیر معناداری بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها، معنادرمانی درمقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان اثربخش‌تر است و می‌توان از این رویکرد درمانی به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر بر امید به زندگی سالمندان بهره‌مند شد.

**کلیدواژه‌ها:** معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، امید به زندگی، سالمندان.

مداخلات روان‌شناختی است که به مراجع در یافتن معنای زندگی یاری می‌رساند؛ در واقع زمانی که فرد احساس سرخوردگی و شکست دارد، این روش درمانی مناسب به وی کمک می‌کند معنای زندگی خود را بیابد و بر سه اصل دارابودن اختیار و اراده درقبال زندگی، یافتن معنایی در گرفتاری‌ها و آزادی اراده، استوار است (۱۸). این درمان از جمله رویکردهای موجود وجودگرایانه<sup>۵</sup> است و ساختار مفهومی را در کمک به فرد برای به‌چالش کشیدن معنا در زندگی آماده می‌کند. فرانکل<sup>۶</sup> عقیده داشت، وقتی با موقعیت دشواری روبه‌رو می‌شویم که تغییر آن برای ما آسان نیست، باید خود را تغییر دهیم، بالغ شویم و فراتر رویم (به نقل از ۱۹). داشتن معنا در زندگی کمک‌های بسیاری به شخص در داشتن زندگی بهتر می‌کند و به این ترتیب فعالیت‌های شادی‌بخش پشتیبانی قوی در برابر بی‌ثباتی عاطفی فرد و تضمین‌کننده بهداشت روانی فرد و بهزیستی وی است (۱۸). معنا در زندگی، ارتباط مناسبی با عوامل روان‌شناختی و سلامت روان افراد دارد و به سازگاری سالمندان، کیفیت زندگی، احساس خوب روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و دلیل زنده‌ماندن در آن‌ها منجر می‌شود (۱۹). پژوهش حاجی عزیزی و همکاران در رابطه با اثربخشی معنادرمانی بر امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی شهر کرمان مشخص کرد، معنادرمانی بر امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی تأثیر دارد (۳). لایگیمول دریافت، معنادرمانی توانسته است باعث افزایش معنای زندگی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان شود (۲۰).

یکی دیگر از درمان‌هایی که در زیرگروه درمان‌های موج سوم روان‌درمانی قرار دارد و با ارتقای امید به زندگی در سالمندان می‌تواند برخی از پیامدهای ثانویه سالمندی را کاهش دهد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۷</sup> است (۲۱). به‌طور پیش‌فرض، کاربرد این نوع از روش‌های درمانی مبتنی بر تغییر ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی از جمله ارتباط‌درمانی است (۲۲). از دیگر پیش‌فرض‌ها در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکل‌گیری رفتارهای مختلف در انسان‌ها متأثر از شرایط زندگی از دوره اول زندگی تا اوایل بلوغ است. می‌توان به‌شکل دیگر گفت که بافت و تجربیات زندگی در هر فرد، رفتارهای او را در زندگی برنامه‌ریزی می‌کند و به‌همین علت شکل‌گیری باورها نیز از این موضوع تأثیرپذیر است (۲۳)؛ همان‌طور که ذکر شد، پژوهشگران معتقد هستند این روش درمانی می‌تواند بر احساس تنهایی سالمندان مؤثر باشد (۲۴)؛ برای مثال، گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی تأیید کردند (۹). به‌طور کلی با توجه به مطالب بحث‌شده، مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی می‌تواند موجبات ارتقای سلامت روان سالمندان را فراهم آورد؛ به‌طوری‌که آن‌ها با افزایش امید به زندگی، درمقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیراتر می‌شوند و به‌جای موضع انفعالی به‌هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل

سالمندی<sup>۱</sup> تغییراتی است که با گذشت زمان صورت می‌گیرد. این روند دارای جنبه‌های مثبت و منفی است و پویایی فرایندهای زیستی، ادراک، تحول، تکامل و بلوغ را در بر می‌گیرد (۱). این تغییرات از طریق منع اجرای مهارت‌های حرکتی، سازش‌یافتگی فرد با محیط را کاهش می‌دهد و سبب می‌شود تغییرات جدیدی در موقعیت‌های اجتماعی و روانی فرد ایجاد شود (۲). سرشماری عمومی سال ۱۳۹۵ نشان داد، نزدیک به ۴/۷ میلیون نفر از جمعیت کشور را افراد بیشتر از شصت سال تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود ظرف بیست سال آینده این میزان به بیش از دوبرابر اندازه فعلی برسد که این واقعیت بر لزوم توجه بیشتر به جمعیت سالمند تأکید می‌کند (۳). با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت<sup>۲</sup> در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً از آن غفلت قرار می‌شود (۴).

یکی از شاخص‌هایی که ارتباط تنگاتنگی با سالمندی دارد، امید به زندگی<sup>۳</sup> است (۵،۶). امید به زندگی، شاخصی آماری به‌شمار می‌رود که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است یا به‌عبارت‌دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (۷). به‌عقیده سازمان بهداشت جهانی، عمر طولانی یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته‌شده در هر جامعه است؛ به‌شرط آنکه امید به زندگی سالمندان در مرحله اول سلامت روانی آن‌ها قرار گیرد (۸). پژوهش‌ها مشخص کرد، امید به زندگی زیاد، با سلامت روان‌شناختی (۹) و سلامت جسمی (۱۰) و روابط بین‌فردی مناسب (۱۱) رابطه دارد؛ در این راستا پژوهش‌ها در نمونه‌هایی از سالمندان نشان داد، امید به زندگی یکی از مؤلفه‌های بسیار مهمی است که می‌تواند تأثیر مداخلات پزشکی، سلامت روانی، شوخ‌طبعی زیاد، اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، شادکامی، توانایی حل مسئله و کارآمدی (۱۲) و رضایت زندگی (۱۳) سالمندان را پیش‌بینی کند. امید به زندگی در واقع فرد را به داشتن برنامه برای زندگی واقعی همراه با هدف و مقصود به‌منظور کشف متغیرهای مؤثر در ورای بهبود کیفیت زندگی فرد هدایت می‌کند و این امر باعث افزایش انگیزه و قدرت حرکت می‌شود و سلامتی روحی و روانی فرد را تضمین می‌کند (۱۴).

متخصصان حوزه دارودرمانی تلاش‌های بسیاری برای افزایش امید به زندگی سالمندان انجام داده‌اند؛ با این حال در کنار درمان‌های دارویی، مداخلات روان‌شناختی<sup>۴</sup> کمک شایانی به بهبود امید به زندگی در سالمندان می‌کند (۱۵). از آنجاکه وجود علائم روان‌شناختی مانند امید به زندگی ضعیف، افزون‌بر تحمیل هزینه‌های زیاد بر سیستم بهداشتی‌درمانی، پیامدهای درمانی بد را در پی دارد (۱۶)، تشخیص و درمان بی‌درنگ علائم روان‌شناختی همراه با سالمندان منجر به افزایش بهبود، باقی‌ماندن طولانی‌تر بر سایر درمان‌های دریافتی و نیز بهبود کیفیت کلی زندگی آنان می‌شود (۱۷). معنادرمانی<sup>۵</sup>، یکی از

5. logotherapy

6. Existentialist approach

7. Frankl

8. Acceptance and Commitment Therapy

1. Elder

2. Health promoting behaviors

3. life expectancy

4. Psychological interventions

می‌گردند و برای حل مسئله اقدام می‌کنند (۲۵)؛ چنین وضعیتی به‌نوبه خود، زمینه بهبود عملکرد را در سالمندان در اکثر موضوعات و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی مهیا می‌سازد؛ لذا اتخاذ رویکردی درمانی که اثربخشی بیشتری داشته باشد، دارای اهمیت تلقی می‌شود؛ زیرا پژوهشگران و مسئولان سازمانی که به تأمین نیازهای سالمندان در کشور می‌پردازند، به‌دنبال تأثیر درمان‌ها و روش‌های روان‌شناختی و غیردارویی مؤثر بر متغیرهای روانی در سالمندان هستند تا در کنار خدمات پزشکی و درمان‌های دارویی بتوان به‌منظور بهبود کیفیت زندگی در سالمندان اقدام کرد؛ به‌همین منظور با توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته، تحقیقی یافت نشد که به مقایسه اثربخشی این دو درمان در امید به زندگی سالمندان بپردازد و خلأ پژوهشی وجود دارد؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی سالمندان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت (سرای محله) شهرداری تهران در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از این بین ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط شهر تهران به‌شيوه در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (پانزده نفر گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، پانزده نفر گروه معنادرمانی، پانزده نفر گروه گواه) قرار گرفتند. معنادرمانی (۲۶) در ده جلسه به گروه آزمایش اول ارائه شد. گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۷) را در هشت جلسه دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای اجرا نشد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر، پرسش‌نامه امید به زندگی<sup>۱</sup> (۲۸) بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن حداقل ۶۰ سال و حداکثر ۷۵ سال؛ برخوردار بودن از سطح سواد خواندن و نوشتن؛ توانایی شنیداری و گفتاری مناسب؛ نداشتن سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر در جلسات مداخله و انصراف از شرکت در پژوهش بود.

روش اجرای پژوهش به‌این ترتیب بود که از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود مجوز دریافت شد. سپس با مراجعه به خانه سلامت شهرداری تهران و هماهنگی با مسئولان، با اعلام فراخوان به‌مدت سه هفته از سالمندان واجد شرایط ورود به پژوهش (۷۶ نفر) ثبت‌نام صورت گرفت. در ادامه به‌منظور توضیح اهداف و ملاحظات اخلاقی و اجرای پیش‌آزمون یک جلسه توجیهی برگزار شد و سالمندان به پرسش‌نامه امید به زندگی (۲۸) باهدف غربالگری اجرای پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس تعداد ۴۵ نفر از سالمندان دارای نمره کمتر از میانگین در پرسش‌نامه (نمره میانگین=۳۶)، به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند و به‌طور

تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول معنادرمانی و گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. در این مدت برای گروه گواه آموزش و مداخله‌ای ارائه نشد. پس از اتمام دوره آموزش، در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه پس‌آزمون اجرا شد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج به‌دست‌آمده صرفاً برای کار پژوهشی استفاده می‌شود و اطلاعات و داده‌های حاصل محرمانه باقی می‌ماند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه امید به زندگی: این ابزار توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید به زندگی تهیه شد (۲۸). دارای دوازده گویه است که چهار گویه برای سنجش امید عاملی (گویه‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار گویه برای سنجش امید راهبردی (گویه‌های ۱، ۴، ۷، ۸) و چهار گویه انحرافی (گویه‌های ۳، ۵، ۶، ۱۱) است. شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) است؛ اما این شیوه نمره‌گذاری برای گویه‌های ۳ و ۷ و ۱۱ معکوس می‌شود و به‌صورت کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵ است. نمرات ۱۲ تا ۲۴ میزان امید به زندگی کم و نمرات ۲۴ تا ۳۶ میزان امید به زندگی متوسط و نمرات بیشتر از ۳۶ میزان امید به زندگی زیاد را نشان می‌دهد. سازندگان این مقیاس همسانی درونی کل پرسش‌نامه را ۰/۷۱۱ تا ۰/۷۹۱ با به‌دست آوردند (۲۸). در بررسی روایی هم‌زمان، اشنایدر و همکاران، همبستگی این پرسش‌نامه را با پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۲</sup> ۰/۴۴ – گزارش دادند (۲۸). کرمانی و همکاران در مطالعه‌ای برای تعیین پایایی پرسش‌نامه امید به زندگی از دو شیوه آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کردند که به‌ترتیب برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۹ و ۰/۶۵ به‌دست آمد و بیانگر ضرایب پذیرفتنی است. همچنین روایی هم‌زمان با محاسبه همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افکار خودکشی<sup>۳</sup> ۰/۵۳ – بود (۲۹).

– در پژوهش حاضر یکی از روش‌های مداخله استفاده‌شده معنادرمانی فرانکل (۲۶) بود که پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند نفر از افراد متخصص در ده جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای باهدف کمک به یافتن معنا در زندگی سالمندان به گروه آزمایش اول ارائه شد. روایی محتوایی این مداخله توسط سازندگان آن به‌تأیید رسید. در گروه آزمایش دوم روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۲۷) پس از اعمال تغییرات جزئی و تأیید چند نفر از افراد متخصص در هشت جلسه ۷۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای استفاده شد. شرح جلسات روش‌های مداخله به‌ترتیب در جداول ۱ و ۲ گزارش شده است.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو، آزمون تحلیل واریانس، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵، تحلیل شد.

3. Suicidal Thoughts Questionnaire

1. Life Expectancy Questionnaire

2. Beck Depression Inventory

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات برنامه معنادرمانی

جلسات	هدف	شرح مختصر
اول	تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی	تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی با ذکر یک مثال و ارائه تکلیف به اعضای گروه به منظور اندیشیدن درباره مطالب جلسه صورت گرفت.
دوم	باور و پذیرش خویشتن و شناخت ویژگی‌های خویش، توجه به آزادی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد هستی انسان	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد و توجه به آزادی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد هستی انسان صورت گرفت. همچنین این مطلب ذکر شد که انسان کاملاً تحت سلطه شرایط قرار ندارد و این خود وی است که حق انتخاب دارد تا با شرایط مقابله کند یا در برابر آن سرتسلیم فرود آورد.
سوم	آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به‌دست‌آوردن موفقیت	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد انجام شد. ذکر شد که مسئولیت شخصی نیز مانند آزادی یکی از ابعاد هستی انسان به‌شمار می‌رود و به‌عهد افراد است که به زندگی خود معنا و منظور ببخشند. اگر آزادی با مسئولیت‌پذیری همراه نباشد به خودکامگی صرف تبدیل خواهد شد.
چهارم	شناخت اضطراب مرگ و بررسی معنای مرگ	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد انجام شد. بیان شد که اضطراب مرگ به‌عنوان بخش اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان تلقی می‌شود. مردن به زندگی تعلق دارد و به آن معنا می‌بخشد و مسئولیت‌پذیری بشریت از محدودیت‌ها سرچشمه می‌گیرد.
پنجم	مقابله با اضطراب مرگ	به اعضا توضیح داده شد که آگاهی افراد از مرگ باید حس مسئولیت‌پذیری آن‌ها را به زندگی افزایش دهد؛ نه اینکه باعث انکار آن شود. همچنین ذکر شد، پذیرش واقعیت مرگ در مقابله با اضطراب اهمیت بسیاری دارد و اعضا ترغیب شدند با ترس‌های خود درخصوص مرگ مواجه شوند.
ششم	بررسی معنای رنج	یکی از اصول معنادرمانی آن است که توجه انسان‌ها را به این موضوع جلب می‌کند که انگیزه اصلی و هدف زندگی گریز از درد و لذت‌بردن نیست؛ بلکه معناجویی زندگی است که به آن معنای واقعی می‌بخشد؛ به‌همین دلیل انسان‌ها درد و رنج دارای معنا و هدف را با میل تحمل می‌کنند.
هفتم	شناخت ارزش‌های خلاق	ارزش‌های خلاق که با فعالیت آفریننده ادراک می‌شوند، معمولاً ناظر به نوعی کار است. با آفریدن اثری ملموس یا اندیشه‌ای ناملموس یا خدمت به دیگران می‌توان به زندگی معنا بخشید.
هشتم	شناخت ارزش‌های تجربی	بیان ارزش‌های تجربی، مجذوب‌شدن زیبایی عوالم، طبیعت یا هنر است. با تجربه شدت و عمق جنبه‌هایی از زندگی، مستقل از هرگونه عمل مثبت فرد می‌توان به معنای زندگی دست یافت.
نهم	شناخت ارزش‌های گرایشی و پذیرش واقعیت مرگ	موقعیت‌هایی که ارزش‌های گرایش را می‌طلبند، آن‌هایی است که دگرگون‌ساختن آن‌ها یا دوری‌گزیدن از آن‌ها در توان افراد نیست. در چنین مواقعی تنها راه معقول پاسخ‌گویی، پذیرفتن است. شیوه‌ای که فرد سرنوشت خویش را می‌پذیرد، شهامتی است که در تحمل درد و رنج و وقار در برابر مصیبت نشان می‌دهد.
دهم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات	مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد، مرور موضوعات جلسات دوم تا نهم به‌طور نظری و اجمالی و اجرای پرس‌آزمون صورت گرفت.

جدول ۲. خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، معرفی کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درخواست از حاضران برای معرفی خود و مفهوم‌سازی مشکلات آنان، آماده‌سازی و تهیه فهرست فعالیت لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
دوم	آشنایی با مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، داشتن احساس بهتر و نبود احساس ناخوشایند، ایجاد بینش درباره مشکل و به‌چالش کشیدن کنترل.
سوم	آموزش نومی‌دی خلاقانه، کنترل هیجان به‌عنوان مشکل، آموزش ماهیت گرایش‌های هیجانی، استفاده از استعارات و تمرینات درجهت آموزش ماهیت گرایش‌ها، آشنایی با فهرست ناراحتی و مشکلاتی که آنان برای رهایی از آن تلاش کرده‌اند، آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت.

چهار	یادآوری جلسات قبل، ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رهاکردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی، یافتن توصیفات و ارزش‌گذاری‌ها، تشریح ریشه لغوی و معنای اصلی اضطراب، آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک زندگی و تعهد برای عمل به آن‌ها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یکدیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آن‌ها.
پنجم	یادآوری جلسات قبل، آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر، فرایند تفکر و فرایند مشاهده تفکر، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر، تمایل به همه یا هیچ، تمرین مجسم‌کردن (فیزیکی‌نگری).
ششم	آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آن‌ها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد توسط گروه و درمانگر.
هفتم و هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره) آموزش مهارت‌های فردی (توصیف و بیان خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره)، خلاصه و جمع‌بندی جلسات، توزیع پرسش‌نامه برای پس‌آزمون.

$$(p=0/176)$$

### ۳ یافته‌ها

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و لون استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بود ( $p>0/05$ ). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا، آزمون لون به‌کار رفت که نتایج مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ( $p>0/05$ ). بررسی شیب‌های رگرسیون نشان داد، اثر متقابل متغیر مستقل (گروه) و پیش‌آزمون، از همسانی برخوردار بود ( $p>0/05$ )؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم به‌منظور اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیری وجود داشت. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

میانگین  $\pm$  انحراف معیار سن در گروه معنادرمانی  $67/33 \pm 3/92$  سال و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ( $65/00 \pm 3/85$ ) سال و در گروه گواه  $68/20 \pm 6/15$  سال به‌دست آمد. از نظر جنسیت در گروه معنادرمانی نُه نفر (۶۰ درصد) زن و شش نفر (۴۰ درصد) مرد، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ده نفر (۶۶/۷ درصد) زن و پنج نفر (۳۳/۳ درصد) مرد و در گروه گواه ده نفر (۶۶/۷ درصد) زن و پنج نفر (۳۳/۳ درصد) مرد بودند. براساس نتایج آزمون خی‌دو، سه گروه از نظر متغیر جنسیت تفاوت معناداری به‌لحاظ آماری باهم نداشتند ( $p=0/908$ ). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس مشخص کرد، سه گروه از نظر سن تفاوت معناداری به‌لحاظ آماری باهم نداشتند

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر امید به زندگی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
امید عاملی	معنادرمانی	۱۳/۷۳	۱/۷۹	۱۴/۸۰	۱/۱۴		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴/۴۰	۲/۱۳	۱۳/۰۰	۱/۸۱	۸/۰۱۱	$<0/001$
	گواه	۱۴/۰۰	۲/۵۰	۱۲/۴۶	۱/۸۸		
امید راهبردی	معنادرمانی	۱۴/۹۳	۲/۰۱	۱۶/۱۳	۰/۹۱		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳/۱۳	۲/۱۶	۱۴/۲۶	۳/۰۸	۴/۴۱۸	$0/018$
	گواه	۱۴/۶۰	۲/۱۹	۱۳/۸۰	۲/۱۷		
امید به زندگی (کل)	معنادرمانی	۲۸/۶۶	۳/۳۹	۳۰/۹۳	۱/۵۷		
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۷/۵۳	۳/۵۶	۲۷/۲۶	۴/۵۸	۸/۵۴۸	$<0/001$
	گواه	۲۸/۶۰	۴/۳۵	۲۶/۲۶	۴/۶۵		

مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر آماری تفاوت معنادار داشت. تنها آموزش معنادرمانی بر نمرات کل امید به زندگی ( $p<0/001$ ) و مؤلفه‌های امید عاملی ( $p<0/001$ ) و امید راهبردی ( $p=0/005$ ) درمقایسه با گروه گواه دارای تأثیر معناداری بود؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی ( $p=0/213$ ) و مؤلفه‌های امید عاملی ( $p=0/172$ ) و امید راهبردی ( $p=0/142$ ) درمقایسه با گروه گواه تأثیر معناداری نداشت.

براساس یافته‌های جدول ۳، تفاوت میانگین نمرات امید به زندگی کل ( $p<0/001$ ) و مؤلفه‌های امید عاملی ( $p<0/001$ ) و امید راهبردی ( $p=0/018$ ) در پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در سه گروه معنادار بود. برای مقایسه نمرات پس‌آزمون بین سه گروه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۴).  
باتوجه به نتایج جدول ۴، نمرات کل امید به زندگی ( $p=0/009$ ) و مؤلفه امید عاملی ( $p=0/032$ ) بین گروه‌های معنادرمانی و درمان

جدول ۴. نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نمره پس آزمون در بین گروه‌ها

متغیر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
امید عاملی	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۴۲۶	۰/۶۴۲	۰/۰۳۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۲/۲۷۸	۰/۵۷۰	<۰/۰۰۱
امید راهبردی	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۹۹۴	۰/۸۲۹	۰/۲۳۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۲/۱۷۷	۰/۷۳۶	۰/۰۰۵
امید به زندگی (کل)	معنادرمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۱۷۷	۱/۱۵۵	۰/۰۰۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۶۳۸	۱/۱۴۶	<۰/۰۰۱
		گواه	۱/۴۶۱	۱/۱۵۴	۰/۲۱۳

#### ۴ بحث

نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان مؤثر است؛ اما در نتایج پژوهش حاضر خلاف این موضوع تأیید شد. در تبیین تأثیر نداشتن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در امید به زندگی سالمندان می‌توان گفت، تا زمانی که سالمندان امیدوار نباشند، موقعیت‌های مثبت و منفی زندگی را که نیاز به سازگاری و تطابق دارد، نمی‌توانند ایجاد کنند، رویدادهای منفی را تهدیدی برای امنیت و آرامش خویش می‌پندارند، قدرت تحمل در موقعیت‌های مهم و ناراحت‌کننده زندگی کاهش می‌یابد و روال طبیعی زندگی را مختل می‌سازد (۲۱). امیدواری موجب پرورش دیدی خوش‌بینانه به زندگی می‌شود و فشارزابدن وضع را کاهش می‌دهد و به زندگی معنا و هدف می‌بخشد. فردی که دارای شخصیت امیدوار است، عقیده دارد تجربیات و حوادث، کنترل‌پذیر و پیش‌بینی‌شدنی هستند و با تقویت انعطاف‌پذیری و پذیرا بودن حتی رویدادهای بسیار ناهم‌هنگ، خود را هماهنگ می‌کند و به‌گونه‌ای مطلوب آن‌ها را هدف ارزشیابی قرار می‌دهد (۲۳)؛ حال آنکه سالمند دارای سطح امید به زندگی پایین، حتی تکنیک‌های درمانی مانند مبتنی بر پذیرش و تعهد را نمی‌تواند برای تطابق و سازگاری به‌کار ببندد (۹).

در پژوهش حاضر اثربخشی دو روش معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان مقایسه شد. نتایج نشان داد، میانگین تعدیل‌یافته متغیر امید به زندگی و مؤلفه امید راهبردی در گروه معنادرمانی در پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود؛ لذا معنادرمانی درمقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امید به زندگی در سالمندان مؤثرتر است. هم‌سو با این یافته پژوهش و در ارتباط با متغیر امید به زندگی هیچ پژوهش هم‌سویی یافت نشد و این پژوهش می‌تواند آغازی برای انجام پژوهش‌های بیشتر با این درمان‌ها در زمینه مشکلات سالمندان در آینده باشد. براساس میانگین نمرات متغیر امید به زندگی و مؤلفه‌های آن، درعین حال که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فنون حل مشکل توانست به افزایش امید به زندگی سالمندان کمک کند، به‌اندازه معنادرمانی موفق و معنادار نبود. به‌نظر می‌رسد معنویت موجود در رویکرد فلسفی معنادرمانی و یافتن معنایی فراتر از حضور دیگران منجر به اثربخشی بیشتر معنادرمانی گروهی درمقایسه با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است (۲۱). معنادرمانگران از مراجعان می‌خواهند شجاعانه درمقابل رنج خود بایستند. آن‌ها بیان

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد، تأثیر معنادرمانی بر امید به زندگی سالمندان و مؤلفه‌های آن شامل امید عاملی و امید راهبردی معنادار بود؛ به‌عبارتی آموزش معنادرمانی بر بهبود امید به زندگی در سالمندان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حاجی‌عزیزی و همکاران (۳) و لایگی‌مول (۲۰) هم‌سوست؛ زیرا در این پژوهش‌ها بر اثربخشی روش معنادرمانی بر امید به زندگی سالمندان تأکید شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، آموزش معنادرمانی با تأکید بر آزادی و مسئولیت باعث می‌شود سالمندان موقعیت خود را تغییر دهند، تمایل به زندگی را در خود قوت بخشند، با ناامیدی و درماندگی روبه‌رو شوند و در نهایت احساس خوش‌بینی به آینده در آن‌ها شکل گیرد؛ درواقع، معنادرمانی به این مهم رهنمون می‌سازد که وظیفه انسان این نیست که بی‌معنایی زندگی را تحمل کند؛ بلکه باید برای زندگی خود معنایی بسازد. همچنین اگر فرد نتواند معنایی برای سختی‌های خود پیدا کند، به این مفهوم نیست که زندگی و سختی‌هایش معنایی ندارد. در مراجعان سالمند استفاده از تکنیک‌های گفت‌وگوی سقراطی، بازتاب‌زدایی، قصد متضاد و استفاده از بذله‌گویی و شوخی می‌تواند به آن‌ها در دیدن راهی جدید برای بررسی مشکلات، به‌منظور کسب معنا، کمک کند؛ به‌این‌صورت که سالمندان قادر شوند معنا را حتی در افرادی که قبلاً با آن‌ها بودند و اکنون نیستند یا در بیماری بدون‌علاج خود کشف کنند (۳). همچنین در معنادرمانی تلاش می‌شود درمان‌جو از علائم سالمندی فاصله گیرد و خود را از شر روان‌آزردگی‌ها رها سازد؛ بنابراین اگر درمان‌جو از علائم فرار نکند و به استقبال آن‌ها برود، شاهد از بین رفتن علائم خواهد بود (۲۰).

یافته دیگر پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان بررسی کرد و نتایج تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل‌یافته دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه، در متغیر امید به زندگی و مؤلفه‌های آن نشان نداد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امید به زندگی در سالمندان مؤثر نبود. این یافته با نتایج پژوهش‌های گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی (۹) و منصور و رسولی (۲۴) مبنی بر تأکید اثربخشی این روش درمانی در امید به زندگی سالمندان، ناهم‌سوست؛ زیرا این پژوهش‌ها

معناداری تأثیرگذارتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، می‌تواند به‌عنوان روشی مداخله‌ای درمانی مؤثر در کنار سایر رویکردهای درمانی موجود در ارتقای امید به زندگی در سالمندان پیشنهاد شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و مدیران محترم مراکز نگهداری سالمندان و سایر استادان و دوستانی که یاریگر آن‌ها در پژوهش بودند، تشکر و قدردانی کنند.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان  
از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای در زمینه تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسؤل خواهد بود.

### تضاد منافع

برای نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### منابع مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است. اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده اول مسؤلیت جمع‌آوری داده‌ها و طراحی و ایده‌پردازی طرح را بر عهده داشت. نویسنده دوم استاد راهنمای اول و نویسنده مسؤل مقاله بود. نویسنده سوم به‌عنوان استاد راهنمای دوم و نویسنده چهارم به‌عنوان استاد مشاور در این مقاله نقش داشتند. همه نویسندگان مقاله را خواندند و تأیید کردند.

می‌کنند، رنج اجتناب‌ناپذیر فرصتی را برای بروز استعداد‌های پنهان به افراد می‌دهد و تنها راه‌گرایان انسان از پوچی و احساس یأس و ناامیدی، خلق معنا و ارزش برای خود در هر لحظه و حرکت به‌سوی آن است (۱۸). این جست‌وجوی ارزش، فعالیت هر لحظه‌ای انسان است؛ یعنی با رسیدن به هدف مدنظر هدفی دیگر خلق می‌شود و ارزشی دیگر در نظر گرفته می‌شود؛ پس انسان هر لحظه در حال شدن، تعیین هدف و حرکت به‌سوی آن است و این است معنای زندگی (۹)؛ بنابراین باتوجه به مفاهیم آموزش داده‌شده در رویکرد معنادرمانی، دور از انتظار نیست که امید به زندگی را بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت‌تأثیر قرار دهد؛ در این راستا نتایج پژوهش حاجی‌عزیزی و همکاران نشان داد، معنادرمانی به‌صورت گروهی می‌تواند به سالمندان، هدفمندی در زندگی، معنادگی به زندگی کنونی و گذشته، دستیابی به عقیده و باور هدف‌بخش به زندگی را آموزش دهد و به‌عنوان دلایل و انگیزه‌های رفتاری، آدمی را جذب کند و به زندگی وی نشاط بخشد (۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت سنی شرکت‌کنندگان اشاره کرد که بهتر است در تعمیم نتایج آن به محدوده سنی کمتر احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با موضوع مشابه روی گروه سنی کمتر، انجام گیرد؛ همچنین پژوهش حاضر فاقد آزمون پیگیری بود و درباره تداوم اثر درمان نتایجی به‌دست نداد؛ از سویی کنترل‌نشده وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد نمونه و یکسان بودن پژوهشگر و درمانگر که ممکن است احتمال سوگیری در نتایج را افزایش دهد، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. باتوجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی بیشتر معنادرمانی بر ارتقای امید به زندگی، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی در مراکز نگهداری سالمندان به‌کار رود و در کنار درمان‌های دارویی و غیردارویی و روان‌شناختی به سالمندان ارائه شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه معنادرمانی بر ارتقای امید به زندگی سالمندان به‌طور

## References

- Jaramillo ET, Willging CE. Producing insecurity: healthcare access, health insurance, and wellbeing among American Indian elders. Soc Sci Med. 2021;268:113384. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113384>
- Nair T, Appu AV. Social connectedness and psychological distress of elders during covid-19. Indian Journal of Gerontology. 2021;35(2):200-12.
- Hajiazizi AH, Bahmani B, Mahdi N, Manzari Tavakoli V, Barshan A. Effectiveness of group logotherapy on death anxiety and life expectancy of the elderly living in boarding houses in Kerman. Salmand. 2017;12(2):220-31. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1202220>
- Han SD, Mosqueda L. Elder abuse in the covid -19 era. J Am Geriatr Soc. 2020;68(7):1386-7. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>
- Minagawa Y, Saito Y. The role of underweight in active life expectancy among older adults in Japan. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2021;76(4):756-65. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa013>
- Schoenborn NL, Janssen EM, Boyd C, Bridges JFP, Wolff AC, Xue QL, et al. Older adults' preferences for discussing long-term life expectancy: results from a national survey. Ann Fam Med. 2018;16(6):530-7. <https://doi.org/10.1370/afm.2309>
- Mackenbach JP, Hu Y, Looman CWN. Democratization and life expectancy in Europe, 1960-2008. Soc Sci Med. 2013;93:166-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.010>
- Szramka-Pawlak B, Hornowska E, Walkowiak H, Żaba R. Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients with psoriasis. Applied Research Quality Life. 2014;9(2):273-83. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9222-1>



9. Golestanifar S, DashtBozorgi Z. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Aging Psychology*. 2020;6(3):191–203. [Persian] [https://jap.razi.ac.ir/mobile/article\\_1540.html?lang=en](https://jap.razi.ac.ir/mobile/article_1540.html?lang=en)
10. Deeg DJH, Comijs HC, Hoogendijk EO, Van Der Noordt M, Huisman M. 23-year trends in life expectancy in good and poor physical and cognitive health at age 65 years in the Netherlands, 1993–2016. *Am J Public Health*. 2018;108(12):1652–8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304685>
11. Griffin B, Loh V, Hesketh B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Soc Sci Med*. 2013;82:79–86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.026>
12. Firozeh Moghadam S, Borjali A, Sohrabi F. The efficiency of happiness training to increase the hope in elderly people. *Salmand*. 2014;8(4):67–72. [Persian] <http://salmamdj.uswr.ac.ir/article-1-542-en.html>
13. Jafari A, Hesampour F. Predicting life satisfaction based on spiritual intelligence and psychological capital in older people. *Salmand*. 2017;12(1):90–103. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/sija-120190>
14. Wu M, Yang Y, Zhang D, Zhao X, Sun Y, Xie H, et al. Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Qual Life Res*. 2018;27(3):783–92. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1730-2>
15. Scogin F, Lichstein K, DiNapoli EA, Woosley J, Thomas SJ, LaRocca MA, et al. Effects of integrated telehealth-delivered cognitive-behavioral therapy for depression and insomnia in rural older adults. *J Psychother Integr*. 2018;28(3):292–309. <https://doi.org/10.1037/int0000121>
16. Woolf SH, Schoomaker H. Life expectancy and mortality rates in the United States, 1959-2017. *Jama*. 2019;322(20):1996–2016.
17. Zaninotto P, Batty GD, Stenholm S, Kawachi I, Hyde M, Goldberg M, et al. Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in older people from England and the United States: a cross-national population-based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75(5):906–13. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>
18. Costello SJ. *Applied logotherapy: Viktor Frankl's philosophical psychology*. Cambridge Scholars Publishing; 2015.
19. García-Alandete J. Does meaning in life predict psychological well-being?: an analysis using the Spanish versions of the purpose-in-life test and the Ryff's Scales. *J Couns Psychol*. 2015;3(2):89–98. <http://dx.doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.27>
20. Ligimol J. *The effect of logotherapy on meaning and quality of life of the elderly in old age homes* [PhD dissertation]. [Bangalore, India]: Christ University; 2012.
21. Davison TE, Eppingstall B, Runci S, O'Connor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging Ment Health*. 2017;21(7):766–73. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>
22. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy the process and practice of mindful change*. Second edition. London, New York: The Guilford Press; 2012.
23. LeJeune J, Luoma J. Values in acceptance and commitment therapy. In: Twohig MP, Levin ME, Petersen JM; editors. *The Oxford handbook of acceptance and commitment therapy*. Oxford University Press; 2021. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.12>
24. Mansouri N, Rasouli A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to increase the life expectancy, marital intimacy and reducing the marital conflicts of women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(1):82–8. [Persian] <https://ijpn.ir/article-1-1218-en.html>
25. Robertson L, Skegg K, Poore M, Williams S, Taylor B. An adolescent suicide cluster and the possible role of electronic communication technology. *Crisis*. 2012;33(4):239–45. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000140>
26. Frankl VE. *Logotherapy and existentialism*. *Psychotherapy: theory, research & practice*. 1967;4(3):138–42. <https://doi.org/10.1037/h0087982>
27. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004;35(4):639–65. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
28. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570–85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
29. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope scale. *Journal of Applied Psychology*. 2011;3(19):7–23. [Persian] [https://apsy.sbu.ac.ir/article\\_95512.html?lang=en](https://apsy.sbu.ac.ir/article_95512.html?lang=en)