

اثربخشی آموزش هشیاری وجودی به شیوه گروهی بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی

تاریخ ارسال مقاله: 1401/10/09 تاریخ پذیرش نهایی: 1401/11/15
فاطمه بیان فر^{1*}، مبین قدرتی مقدم میانکوه²

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سالمندی به عنوان گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌گردد، یکی از پدیده‌های این سن سندرم آشیانه خالی است. شناسایی مداخلات مؤثر در درمان این سندرم حائز اهمیت است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش هشیاری وجودی بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی انجام شد.

روش: روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری کلیه سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی شهر تهران در سال 1401 بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بر اساس ملاک‌های ورود تعداد 30 نفر انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه 15 نفر). گروه آزمایش تحت 10 جلسه 90 دقیقه‌ای درمان مبتنی بر هشیاری وجودی (شریعتمدار، 1393) قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از: مقیاس ادراک طردشدگی پنهالیگون و همکاران (2009)، پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل (1961)، پرسش‌نامه کفایت اجتماعی فلنر، لیس و فیلیپس (1990)، پرسش‌نامه اجتناب شناختی سگستون و داگاس (2008). داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر هشیاری وجودی در کاهش احساس طرد اجتماعی ($P < 0/05$, $F = 4/187$)، کاهش اجتناب شناختی ($P < 0/05$, $F = 2/395$) و افزایش کفایت اجتماعی ($P < 0/05$, $F = 2/395$) در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی اثربخش بود، ولی بر سازگاری اجتماعی ($P > 0/05$, $F = 0337$) آزمودنی‌ها اثر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمده، میتوان در طراحی برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی به عنوان مداخله‌ای مؤثر در بهبود طرد اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: هشیاری وجودی، طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی، اجتناب شناختی

1. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: f.bayanfar@pnu.ac.ir

2. کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم مقاله است.



Effectiveness of Existential Consciousness Group Therapy on Social Rejection, Social Adjustment, Social Sufficiency and Cognitive avoidance in Elderly with Empty Nest Syndrome

Received: 2022/12/30 Accepted: 2023/02/04

Fatemeh Bayanfar^{1*}, Mobin ghodrati moghadam miankoo²

Original Article

Abstract

Introduction: Elderly is thought to be a transition from a life stage to a new one and empty nest syndrome seems to be one prevalent phenomenon in this period. It is essential to identify effective interventions to treat this syndrome. Therefore, the present study was conducted with the objective of the effectiveness of existential consciousness group therapy on social rejection, social adjustment, social sufficiency, and cognitive avoidance in the elderly with empty nest syndrome.

Method: The present study was a quasi-experimental of pretest-posttest and control group design with a follow-up period. The statistical population included all the elderly with empty nest syndrome living in elderly care centers in Tehran, Iran, in 2022. Among whom, 30 were selected using convenience sampling and, according to the inclusion criteria, assigned into experimental and control groups equally (15 people in each group). The experimental group underwent 10 sessions of 90-minute existential consciousness therapy (shariatmadar,1393). Data collection tools were the Penhaligon Perceived Rejection Scale (2009), Bell Adjustment Scale (1961), Fellner, Lees& Phillips Social Sufficiency scale (1990), and Sexton and Douglas Cognitive Avoidance Questionnaire (2008). The data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANCOVA).

Findings: The results showed that existential consciousness group therapy reduced the feeling of social rejection ($F=4/187$, $P<0/05$), cognitive avoidance ($F=2/395$, $P<0/05$), and increased social competence ($F=2/395$, $P<0/05$) in the elderly with empty nest syndrome, but it had no significant effect on the subjects' social adjustment ($F=0/0337$, $P<0.05$).

Conclusion: According to the results, in designing programs related to promoting health in the elderly with empty nest syndrome, existential consciousness therapy can be used as an effective intervention for improving social rejection, social sufficiency, and cognitive avoidance.

Keywords: Existential consciousness, Social rejection, Social adjustment, Social sufficiency, Cognitive avoidance

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding author: f.bayanfar@pnu.ac.ir

2. Master of rehabilitation Counseling, Department of Psychology, payame noor university, Tehran, Iran

مقدمه

سالمندی¹ به عنوان گذر از مرحله میانسالی به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌شود (لی هی²، 2021). با پذیرش این دیدگاه که دوران سالمندی زمان رسیدن به پختگی و کمال است، سالمندی معنای زیبایی خواهد داشت (یین³، 2022). امروزه با توجه به بهبود نظام سلامت در جامعه با پدیده افزایش آمار سالمندان مواجه هستیم. جمعیت سالمند ایران در سال 1400 به 15/5 میلیون نفر رسید که حدود 10 درصد جمعیت کل ایران است. این در حالی است که در سرشماری سال 1390، جمعیت سالمند حدود 8/7 درصد از جمعیت کل کشور را تشکیل داده بود (سرشماری عمومی نفوس و مسکن، 1400). رئیس دبیرخانه شورای ملی سالمندان بهزیستی کشور اعلام کرد که براساس پیش‌بینی‌ها از سال 1398 تا 1423 یعنی طی 25 سال جمعیت سالمند ایران دو برابر می‌شود. پیش‌بینی شده این رقم تا سال 2050 به 26 میلیون و 393 هزار نفر معادل 26 درصد جمعیت کل کشور خواهد رسید (شورای ملی سالمندان، 1400). افزایش آمار سالمندان نشان دهنده لزوم توجه مضاعف به بهداشت روانی و جسمانی آنان دارد. یکی از مسائلی که بهداشت روانی سالمندان را با مخاطره مواجه می‌کند، ترک منزل به وسیله فرزندان است (ژانگ، ژو⁴ و همکاران، 2019). ترک خانواده به وسیله فرزندان به ویژه برای زوجینی که فقدان صمیمیت خود را با فرزندان پر کرده‌اند تنش‌زا و وحشت‌آور است و به اصطلاح دچار سندرم آشیانه خالی⁵ می‌شوند (گیو⁶ همکاران، 2016). سندرم آشیانه خالی به معنای احساس استرس، اضطراب، افسردگی و تنهایی است که در نتیجه رفتن فرزندان از خانه در والدین رخ می‌دهد (کبیری، نامداری و عابدی⁷، 2022). این سندرم پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در والدین ایجاد می‌شود (بودیا، نئوگی، راثی، مگه⁸، 2022). ترک شدن توسط فرزندان در سندرم آشیانه خالی همراه با احساس طرد شدگی⁹ است.

طردی که سالمندان به طور واقعی تجربه می‌کنند، سبب طرد ذهنی و در نهایت در حاشیه قرار گرفتن سالمند می‌شود (پندی¹⁰، 2022). در روان‌شناسی اجتماعی طرد به عنوان شکلی از محرومیت یا کم ارزش شمرده شدن به وسیله شخص، گروه یا رابطه مطلوب تعریف شده است (فردمن و دنیربست¹¹، 2022). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ادراک طردشدگی همواره با پیامدهای عاطفی منفی مانند افسردگی، احساس بی‌ارزشی، تنهایی، کاهش خودپنداره و عزت نفس کم همراه است (نائومی¹²، 2019، فردمن و دنیربست¹³، 2022). طرد اجتماعی¹⁴ عمدتاً بر مسائل رابطه‌ای نظیر پیوندهای اجتماعی ضعیف یا فقدان پیوند اجتماعی با خانواده، دوستان، اجتماع محلی، نهادها و یا به طور کلی جامعه‌ای که فرد به آن تعلق دارد، مشارکت اجتماعی ناکافی، بی‌قدرتی و فقدان یکپارچگی متمرکز است (دویشنی و پوگی¹⁵، 2011، کیپلینگ دی، فورگاس و فون هیپل¹⁶، 2013، کونیلیارو¹⁷، 2022). این جنبه از طرد در واقع بر حسب معیارها و موقعیت‌های عینی و واقعی افراد است، در حالی که طرد ذهنی¹⁸ جنبه‌ای از طرد

1. Ageing
2. Leahy
3. Payne
4. Zhang, Xue
5. Empty Nest Syndrome
6. Guo
7. Kabiri, Namdari & Abedi
8. Budhia, Neogi; & Rathi,
9. Perceived Rejection
10. Pandey
11. Freedman, Dainer-Best
12. Naomi
13. Freedman, Dainer-Best
14. Social Rejection
15. Devicienti & Poggi
16. Kipling, Forgas. & Von Hippel
17. Conigliaro
18. Mental Rejection

است که به احساس و تلقی فرد از موقعیت خود از جنبه مطرود یا مسئول بودن اشاره دارد و ارزیابی ذهنی فرد از شرایط زندگی خود است (اف اوغلو، نایور سن¹، 2022). ادراک طرد اجتماعی (محرومیت اجتماعی²) می‌تواند موجب ایجاد عدم سازگاری اجتماعی³ شود. سازگاری که به عنوان مهمترین نشانه سلامت روان مطرح شده، از جمله متغیرهایی است که توجه بسیاری از روان‌شناسان به ویژه روان‌شناسان اجتماعی را به خود جلب کرده و با حوزه‌هایی مانند سلامت اجتماعی، عاطفی، زناشویی، شغلی، تندرستی و سازگاری در محیط خانه مرتبط است (سیلوا، سانتوس دوراس، خوفیف، لوتوفو نتو و د پادوا سرافیم⁴، 2020). در واقع سازگاری اجتماعی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد (موران، رومانیک، کافی، چانن، دگنهارت، بورشمن وپاتون⁵، 2016). سالمندان مهارت کمتری در سازگاری اجتماعی دارند (هابفول⁶، 2014). پایین بودن سازگاری اجتماعی سالمندان در مطالعات هابفول، 2014، شفیق، ماه نعم ماه و زقیه⁷، 2020، تایید شده است. با توجه به اینکه سالمندان با بیماری‌های جسمی و مشکلات شناختی مختلفی درگیر هستند، این مشکلات موجب کاهش سازگاری فردی و اجتماعی این قشر از افراد جامعه می‌شود (لو، چن و لیان⁸، 2020). عوامل بسیاری بر سازگاری اجتماعی سالمندان تاثیرگذار است که در میان آنها به کفایت اجتماعی⁹ می‌توان اشاره کرد. کفایت اجتماعی توانایی رسیدگی موثر به تعاملات اجتماعی است و به تعامل با دیگران و حفظ روابط و روش‌های سازگاری با محیط‌های اجتماعی مربوط می‌شود (هابر، پلاتنر و اشمیتز¹⁰، 2019). کفایت اجتماعی مجموعه‌ای از راهبردها است که آموزش و بکارگیری آنها در روابط بین فردی، موجب ارتقاء سطح آگاهی اجتماعی، انطباق‌پذیری اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و برقراری روابط اجتماعی مثبت و سازنده با دیگران (بابوسیک¹¹، 2016)، تقویت و پذیرش اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی آزاردهنده می‌شود (برنان-اینگ، کافمن، پورتر، مک‌فیل، سیلی و کارپیاک¹²، 2021)، همچنین مجموعه رفتارهایی است که موجب افزایش میزان و کیفیت روابط اجتماعی فرد شده (بابوسیک، 2016) و نشان دهنده خلق و خوی اجتماعی و توانایی فرد از لذت بردن و رضایت از زندگی اجتماعی است (برنان-اینگ و همکاران، 2021) کفایت اجتماعی تعاملات و ارتباطات موفق و موثر فرد، پاسخگویی مناسب به ارتباطات دیگران و مدیریت هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی است (فرا تونی، لوانتسی، منزیتی¹³، 2022). همچنین یک توانایی حیاتی و دائمی است که نه تنها در سازگاری با افرادی که هم اکنون فرد با آنان سروکار دارد، موثر است بلکه بعدها در میزان موفقیت تحصیلی، شغلی و پیشرفت اجتماعی وی تاثیر دارد و در مجموع مهم‌ترین جنبه رشد اجتماعی فرد تلقی شده و میتواند در بهبود رفتارهای جامعه‌پسند افراد موثر باشد (رضایی و کلنتری، 1400).

فقدان کفایت اجتماعی و عدم کنترل هیجانات منفی با تجربه سطوح بالای ترس، نگرانی، اضطراب اجتماعی و تفکر منفی همراه بوده و اجتناب شناختی¹⁴ را به دنبال دارد (اسکاتا، کورتر، میراندا¹⁵، 2022). از پیامدهای اجتناب شناختی اختلال در روابط

1. Efeoglu, Naivar Sen
2. Social Exclusion
3. Social adjustment
4. Silva, Santos Duraes, Khafif, Lotufo Neto, de Padua Serafi
5. Moran, Romaniuk, Coffey, Chanen, Degenhardt, Borschmann & Patton
6. Hobfoll
7. Shafiq; Mah-e-Neem-Mah & Zaqia
8. Luo, Chen, Lian
9. Social Sufficiency
10. Huber, Platner & Schmitz
11. Babosick
12. Brennan-Ing, Kaufman, Porter, MacPhail, Seeley, Karpiak
13. Fratoni, Levantesi, Menziatti
14. Cognitive avoidance
15. Scotta, Cortez, Miranda

بین فردی است (گانتر¹ و همکاران، 2022) به گونه‌ای که توجه از موضوع نگران کننده به سوی موضوعات فرعی دیگر منحرف شده تا سطح نگرانی کاهش یابد (میهایوولا و جانسون²، 2020). اجتناب شناختی مانع از واکنش‌های کارآمد به محرک‌های هیجانی و مدیریت مناسب هیجان‌ها می‌شود (نائوکو³ و همکاران، 2022). اجتناب شناختی شامل فرآیندهای تنظیمی شناختی و رفتاری است که افراد برای هماهنگی با محیط در شرایط استرس‌زا به کار می‌گیرند (اوتنبریت، دابسون و کویگلی⁴، 2014). راهبردهای اجتناب شناختی شامل روشانی فکر⁵، جانشینی فکر⁶، حواس پرتی⁷، اجتناب از محرک تهدیدکننده⁸ و تبدیل تصور به فکر⁹ است (واندرورن¹⁰ و همکاران، 2020). در همه این راهبردها عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران کننده به سمت موضوع دیگر است (ایسما، دی لانگ و بولن¹¹، 2020).

اجتناب شناختی به عنوان یکی از دلایل مهم انواع مختلف اختلالات اضطرابی شناخته شده است (بیورک¹²، 2022). در همین راستا و به دنبال تلاش جهت شناسایی مداخلات موثر در بهبود اجتناب شناختی، کفایت اجتماعی، سازگاری اجتماعی و طرد اجتماعی، درمان مبتنی بر هشیاری وجودی¹³ رویکردی موثر در این زمینه به نظر می‌رسد. در این درمان به جای تمرکز بر تغییر شناخت، تلاش بر این است تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. بر اساس این رویکرد رنج انسان‌ها ریشه در انعطاف پذیری روان‌شناختی دارد که به وسیله اجتناب از تجربه‌های منفی ایجاد شده است (دایموند¹⁴، 2018) و آنچه که آسیب‌زا تلقی می‌گردد تمایل به غلبه بر آنها از طریق اجتناب نمودن از آنهاست (عالمی¹⁵ و همکاران، 2020). بر همین اساس هدف اصلی در این رویکرد، افزایش هشیاری و ایجاد توانایی تماس کامل با لحظه کنونی، اینجا و اکنون و ایجاد توانایی برای انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف است که مناسب تر باشد، نه اینکه عملی تنها برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته ساز انجام شود (برای¹⁶، 2019). در عمل هدف این درمان کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی رضایت بخش تر از طریق پذیرش واقعیت‌ها، تسهیل ادراک زندگی به شیوه جدید، پذیرش رویدادهای طبیعی زندگی و تفکر کردن به شیوه وجودی درباره مسائل زندگی است (وان دورزن و آدامز¹⁷، 2011، ترجمه یوسف زاده و همکاران، 1393). این درمان از طریق افزایش هشیاری وجودی از طریق چهار بعد وجودی «طبیعی»، «اجتماعی»، «روان‌شناخت»¹⁸ و «معنوی» و ده گام «تماشای زندگی فعلی در اکنون»، «شناسایی عایق‌های زندگی»، «تماس با تجربه درونی»، «تبیین مفاهیم و چهار بعد وجودی انسان»، «توجه و حضور در بعد طبیعی»، «توجه و حضور در بعد اجتماعی»، «توجه و حضور در بعد روان‌شناختی»، «توجه و حضور در بعد معنوی»، «هماهنگی در چهار بعد وجودی» و «تحکیم و پیشگیری از بازگشت» حاصل می‌شود (شریعتمدار،

1. Günther
2. Mihailova & Jobson
3. Naoko
4. Ottenbreit, Dobson, Quigley
5. Thought Suppression
6. Thought Substitution
7. Distraction
8. Avoidance of Threatening Stimuli
9. Transformation of Images into Thoughts
10. Vanderveren
11. Eisma, De Lang, Boelen
12. Bjork
13. Existential Consciousness
14. Diamond
15. Alami
16. Berra
17. Van Deurzen & Adams

1393). یافته برخی از مطالعات نشان دهنده تاثیر درمان هشیاری وجودی در کاهش احساس تنهایی¹، اثر خستگی²، سبک زندگی در زمان قرنطینه خانگی³ در بیماران همودیالیز⁴ (بیان فر⁵، 2021)، و افزایش رضایت از زندگی (شریعتمدار، 1393؛ عالمی⁶ و همکاران، 2020) است. همان گونه که مشاهده شد پژوهش‌های بسیار اندکی از تکنیک درمانی هشیاری وجودی استفاده کرده‌اند و این پژوهش‌ها کمتر به سالمندان پرداخته‌اند. این در حالی است که بیش از 20 درصد از افراد سالمند حداقل به یک اختلال روانی مبتلا هستند و جمعیت جهان هرگز تا اندازه فعلی پیر نبوده و جهان به سرعت در حال پیر شدن است. پیری جمعیت به معنای انتقال جمعیتی است که مرگ و میر و نرخ باروری در آن جمعیت کاهش یافته و امید به زندگی افزایش می‌یابد و در نهایت ساختار سنی جمعیت از گروه جوان به سمت گروه سالمند تغییر می‌یابد (یونسی بروجنی و همکاران، 1399). نکته مهم دیگر اینکه افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی در قرن حاضر است. سالمندان به ویژه سالمندان با سندرم آشیانه خالی یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که با مشکلات و چالش‌های فراوانی مواجه می‌باشند و باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود سلامت روان آنها بود. یکی از روش‌های موثر در جهت بهبود سلامت روان که درباره آن کمتر پژوهشی انجام شده، روش آموزش هشیاری وجودی است. بر اساس بررسی‌های پژوهشگران، پژوهشی درباره اثربخشی این شیوه بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی یافت نشد و از آنجایی که سالمندان به ویژه سالمندان مقیم در مراکز مراقبتی علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی نیز مواجه هستند و از سوی دیگر سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی مقیم در مراکز مراقبتی بیشتر از سایر سالمندان احساس طرد اجتماعی و عدم کفایت اجتماعی کرده و میزان اجتناب شناختی در آنها بالاتر بوده و میزان سازگاری اجتماعی در آنها پایین‌تر است، بنابر این ضرورت انجام مداخلات درمانی بر روی این افراد بیشتر احساس میشود.

از طرف دیگر با توجه به نتایج پژوهش‌ها به نظر می‌رسد درمان هشیاری وجودی با تاکید بر افزایش توجه و حضور در چهار بعد وجودی می‌تواند مداخله موثر در کاهش احساس طرد اجتماعی، عدم سازگاری اجتماعی، عدم کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان باشد. بر همین اساس مطالعه حاضر با چهار فرضیه اصلی به بررسی اثربخشی درمان هشیاری وجودی بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی می‌پردازد.

روش

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری، شامل کلیه سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی ساکن سرای سالمندان منطقه یک شهر تهران در سال 1401 بودند. بعد از اخذ بعد از اخذ کد تاییدیه اخلاق از دانشگاه پیام نور و کسب موافقت مسئولین سرای سالمندان فرمانیه و مارال، رضایت سالمندانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند جلب شد. از سالمندان سرای فرمانیه به عنوان گروه آزمایش و از سالمندان سرای مارال به عنوان گروه کنترل پیش‌آزمون گرفته شد. سالمندانی که حداقل نمره برش در پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی، طرد اجتماعی و اجتناب شناختی را کسب کردند به عنوان مشارکت‌کنندگان در پژوهش انتخاب شدند. گروه آزمایش در سالن جلسات سرای سالمندان تحت آموزش گروهی هشیاری وجودی قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی ده جلسه 90 دقیقه‌ای بود که

1. Loneliness
2. Fatigue Impact
3. Life Style During Home Quarantllhe
4. Hemodialysis Patients
5. Bayanfar
6. Alami

به صورت گروهی اجرا می‌شد. پس از دوره آموزشی، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. دو ماه بعد در دوره پیگیری، مجدداً آزمون‌ها از هر دو گروه گرفته شد.

دو ماه بعد در دوره پیگیری، مجدداً آزمون‌ها از هر دو گروه گرفته شد. پس از اخذ مجوز از دانشگاه و گرفتن تاییدیه کد اخلاق و هماهنگی با مدیران سراهای سالمندان منطقه یک، سرای سالمندان خصوصی فرمانیه و مارال به صورت در دسترس انتخاب شدند. از بین کل جامعه هدف حجم نمونه برای هر گروه 17 نفر در نظر گرفته شد که پس از افت آزمودنی‌ها (به دلیل عدم تمایل به شرکت منظم در تمام جلسات درمانی) در نهایت حجم نمونه به 15 نفر در هر گروه رسید. نظر متخصصان بر این است که در استفاده از روش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم نمونه مناسب 15 نفر برای هر گروه است (دلاور، 1401). گروه آزمایش (سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی فرمانیه) مداخلات درمانی مربوط به آموزش هشیاری وجودی را در طی دو ماه و نیم به صورت 10 جلسه 90 دقیقه‌ای دریافت نمودند. در حالی که گروه گواه (سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی مارال) هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر و یک متخصص در زمینه هشیاری وجودی اجرا گردید. ملاک‌های ورود: 1) زندگی در سرای سالمندان (2) داشتن حداقل تحصیلات سیکل 3) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر (4) تمایل به شرکت در جلسات گروه درمانی و پر کردن فرم رضایت آگاهانه (5) داشتن حداقل نمره برش در پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی، طرد اجتماعی و اجتناب شناختی و ملاک‌های خروج: 1) ابتلا به بیماری‌های طبی حاد به گونه‌ای که مانع شرکت مستمر در جلسات آموزشی شود (2) ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌شناختی مانند اختلالات فراموشی، دمانس، آلزایمر (3) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی بودند. پس از مصاحبه بالینی و تشخیص سندرم آشیانه خالی، افراد دارای این اختلال به صورت گزینشی در یک گروه آموزشی و یک گروه گواه تقسیم شدند. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله آموزشی هشیاری وجودی مطابق با جدول 1 انجام شد در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل قبلی، تعداد فرزندان و... است.

ب) مقیاس ادراک طرد شدگی: این مقیاس دارای 4 آیت می‌باشد که ادراک طردشدگی را می‌سنجد (پنهالیگون، لویز و رستوبوگ¹، 2009). این آیت‌ها از تعریف مک دونالد و لری² (2005) گرفته شده است. (مثل «من احساس می‌کنم کنار گذاشته شده‌ام»، «من احساس می‌کنم دچار محرومیت اجتماعی شده‌ام»، «من احساس می‌کنم که مورد تنفر هستم» و «من احساس طردشدگی می‌کنم»). کراسلی و همکاران³ (2007) عنوان کردند که این مقیاس به عنوان یک ابزار ارزیابی جهانی است که بخوبی می‌تواند تجارب ذهنی کارمندان را بسنجد. از افراد خواسته می‌شود که بگویند چگونه این احساسات را تجربه می‌کنند و در مقیاس درجه‌بندی 7 تایی از «هرگز» (1) تا «اغلب اوقات» (7) علامت بگذارند. ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه پنهالیگون و همکاران (2009)، 0/85 به دست آمد. این مقیاس برای اولین بار در ایران در مطالعه اسمعیلی، کاظمیان و رجیبی (1394) استفاده و هنجاریابی شد و ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/83 محاسبه شد.

1. Penhaligon, Louis & Restubog,
2. MacDonald & Leary
3. Crossley, Bennett, Jex & Burnfield

ج) **پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی:** برای اندازه‌گیری سازگاری اجتماعی آزمودنی‌های مورد پژوهش از پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بل¹ (1961) که توسط نقشبندی (1380) برای جامعه ایرانی هنجاریابی گردیده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای 160 سوال و پنج خرده مقیاس (سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی) است. در این پرسش‌نامه آزمودنی‌ها به صورت بلی و خیر به سؤالات پاسخ می‌دهند. در مطالعه حاضر از خرده مقیاس 32 سوالی سازگاری اجتماعی استفاده شده است. افرادی که در این پرسش‌نامه نمره بالاتر از 13/76 به دست آورند، از سازگاری اجتماعی خوبی برخوردارند و برعکس. پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ 0/86 گزارش شده است. اعتبار این پرسش‌نامه از دو طریق تأییدی و اکتشافی مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل فتیحی آشتیانی و داستانی، 1392).

د) **پرسش‌نامه کفایت اجتماعی:** این پرسش‌نامه توسط فلنر، لیس و فیلیپس² در سال 1990 ساخته شده است که توسط پرندین (1385) به فارسی برگردانده و هنجاریابی شده است. این ابزار 47 پرسش و چهار خرده مقیاس مهارت شناختی، مهارت رفتاری، کفایت هیجانی، آمایه‌های انگیزشی و انتظارات دارد. آزمودنی‌ها به پرسش‌های این آزمون به صورت یک مقیاس هفت درجه‌ای پاسخ می‌دهند. به این ترتیب که اگر آزمودنی گزینه کاملاً مخالفم را انتخاب کند نمره یک، مخالفم: نمره دو، تا حدی مخالفم: نمره 3، نظری ندارم: نمره 4، تا حدی موافقم: نمره 5، موافقم: نمره 6 و کاملاً موافقم: نمره 7 می‌گیرد. همچنین سؤالات شماره 3، 6، 8، 9، 11، 12، 15، 16، 21، 25، 26، 28، 32، 36، 37، 38، 39، 40 و 45 به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس مهارت شناختی 3 سوال (سؤالات شماره 4، 19 و 31) و حداکثر 21 نمره، مهارت رفتاری 34 سوال (سؤالات شماره 2، 3، 5، 6، 7، 8، 10، 11، 13، 16، 17، 18، 20، 22، 23، 24، 25، 27، 30، 32، 33، 34، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47) و حداکثر 247 نمره، کفایت هیجانی 3 سوال (سؤالات شماره 1، 14، 35) و حداکثر 21 نمره و آمایه‌های انگیزشی و انتظارات 7 سوال (شماره سؤالات 9، 12، 15، 21، 26، 28، 29) و حداکثر 49 نمره دارد (کلاری، پیسونی و گیرس³، 2001 به نقل پرندین، 1385). شاخص‌های روان سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط پرندین بررسی شده که ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/88 و روایی آن به روش تحلیل عاملی تأیید شده و مقدار کفایت نمونه‌برداری آن 0/82 گزارش شده است (پرندین، 1385).

ه) **پرسش‌نامه اجتناب شناختی سگستون و داگاس:** این پرسش‌نامه توسط سگستون⁴ و داگاس⁵ (2008) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این ابزار در قالب 25 سؤال و در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً درست)، پنج راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد که عبارت است از: واپس‌زنی افکار نگران‌کننده (شماره سؤالات، 1، 2، 5، 6، 14)، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده (شماره سؤالات 4، 11، 17، 20، 25)، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی (شماره سؤالات، 8، 10، 12، 13، 21) اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده (شماره سؤالات 7، 9، 16، 18، 22) و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی (شماره سؤالات 3، 15، 19، 23، 24) نتایج تحقیق سگستون و داگاس (2008) نشان داد که این پرسش‌نامه همسانی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ 0/95 و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی شش هفته معادل با 0/85 بوده است. نتایج پژوهش مجتبیایی و یاسینی (1396) برای اعتباریابی نسخه فارسی این پرسش‌نامه

1. Bell
2. Fellner, Lees & Phillips
3. Cleary, Pisoni, Geers
4. Sexton
5. Dugas

جدول 1. خلاصه جلسات آموزشی هشپاری وجودی (شریعتمدار، 1393)

جلسه	هدف	موضوع	تکالیف
اول	معرفی و ایجاد رابطه درمانی (پیش‌آزمون)	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، بیان اهداف و قوانین گروه، اخذ پیش‌آزمون، پرسش‌های مرتبط با هشپاری وجودی، مشاوره و گفتگو در مورد سندرم آشیانه خالی	نوشتن یک صفحه در مورد فرزندان خود و احساسات تجربه شده بعد از ترک خانه توسط فرزندان
دوم	برانگیختن حضور و خودآگاهی وجودی	مرور تکالیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث گروهی در مورد سندرم آشیانه خالی و اثرات این سندرم بر سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی، طرد اجتماعی، اجتناب شناختی، تمرکز بر خود آگاهی و شناسایی عایق‌های زندگی و آشنایی با دفاع‌ها	نوشتن یک صفحه در مورد واکنش و نگرش به رویداد سندرم آشیانه خالی و نوشتن چند مورد از دفاع‌هایی که به کار می‌گیریم جهت قرائت در جمع سایر سالمندان
سوم	تمرکز بر احساس پوچی و ناامیدی و تردید در تصمیم‌گیری‌ها	تاکید بر موانع خود رهبری، تمرکز بر اضطراب‌ها، آشفتگی‌ها و خستگی‌های روانی و بیان آنها، آشنایی با باورها و عادت‌های غلط، ترس از فقدان فرزندان و تنهایی و انزوا، آموزش پذیرش مسئولیت، هدایت کردن زندگی خود بدون نیاز به حضور فرزندان و تصمیم‌گیری صحیح، آموزش راهکارهای سازگاری اجتماعی	نوشتن درمورد ویژگی‌های اخلاقی منفی خود و بحث گروهی در جمع در رابطه با این ویژگی‌ها در جهت افزایش روحیه انتقادپذیری
چهارم	تبیین مفاهیم وجودی و چهار بعد وجودی انسان	افزایش خودآگاهی جهت تمایز بین چهار بعد وجودی (طبیعی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی)، آموزش مولفه‌های خودآگاهی و حضور (تغییر نحوه نگرش به رویدادهای منفی زندگی مثل ترک فرزندان، کنترل خشم و احساسات منفی، تاکید بر توانایی‌های فردی)	نوشتن درمورد تکنیک‌های کنترل خشم و عصبانیت که به کار گرفتیم. نوشتن درمورد توانایی‌های فردی
پنجم	کسب هشپاری در بعد طبیعی	افزایش خودآگاهی در مسائل مربوط به بعد طبیعی در جهت کاهش احساس تنهایی و انزوا، آگاهی از بدن و پذیرش سالمندی، افزایش روحیه شوخ طبعی و نشاط	ورزش‌های متناسب جمعی و گروهی
ششم	کسب هشپاری در بعد اجتماعی	بررسی نشانه‌های آسیب روانی ناشی از کناره‌گیری از دیگران، افزایش خود آگاهی در احساس تنهایی و انزوا، چگونگی تعامل با دنیای اجتماعی اطراف و حل تعارض در ابعاد مربوط به پذیرش در برابر فرار یا تعلق در برابر تنهایی	نوشتن درمورد احساس محرومیت اجتماعی، طردشدگی و اجتناب از موقعیت‌ها و نگرانی‌ها جهت بحث در گروه
هفتم	کسب هشپاری در بعد روان‌شناختی	افزایش خودآگاهی در احساس تنهایی و انزوا در بعد روان‌شناختی و شناسایی موانع و محدودیت‌های مانع تغییر و موانع تحقق، تامل و ارزیابی وجود خود و خود نگری و شناسایی آسیب‌ها	نوشتن درمورد وقایع منفی گذشته و موانع حصول تغییر، نوشتن افکار جزئی پیش پا افتاده تکراری
هشتم	کسب هشپاری در بعد معنوی	افزایش خودآگاهی در احساس تنهایی و انزوا در بعد معنوی، کمک به تفسیر رویدادهای زندگی و توجه به ارزش‌های معنوی، تحلیل اضطراب وجودی و مرگ برای رسیدن به معنای زندگی	نوشتن در مورد رویدادهای زندگی و تفسیر آن در بعد معنوی، نوشتن درمورد اضطراب مرگ
نهم	همانگی در چهار بعد وجودی، احساس سر زندگی	تجربه وجود خود به طور کامل، تکیه بر چارچوب‌های مذهبی و انتخاب فلسفه‌ای برای زندگی و درک معنای زندگی	شناسایی تعارض‌ها و محدودیت‌ها.....
دهم	جمع بندی مطالب، گرفتن بازخورد (پس‌آزمون)	مرور فرآیند، تجارب و محتوای مطرح شده در جلسات گذشته، از افراد خواسته شد تا برنامه و مسیر زندگی خود را برای رهایی از احساس تنهایی و انزوا، افزایش سازگاری و کفایت اجتماعی و کاهش احساس طردشدگی بیان کنند. اخذ پس‌آزمون	پیشنهاد جلسات فردی برای برخی از افراد گروه که نیاز به دوره درمانی بیشتری دارند.

نشان داد که پایایی بازآزمایی آن نیز در طی دو ماه 0/80 بود. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی برابر 0/91 و به ترتیب برای خرده مقیاس‌های فرونشانی فکر 0/90، برای جانشینی فکر 0/71، برای حواس‌پرتی 0/89، برای اجتناب از محرک تهدیدکننده 0/90 و برای تبدیل تصورات به افکار برابر 0/84 به دست آمد. ضریب روایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید¹ برابر 0/48 به دست آمد.

1. White Bear Thought Suppression Inventory

شیوه اجرا: به منظور اجرای پژوهش حاضر، بعد از اخذ کد تاییدیه اخلاق از دانشگاه پیام نور به شماره شناسه IR.PNU.REC.1401.057 تصویب شده در تاریخ 1401/2/25 از دانشگاه پیام نور و کسب موافقت مسئولین سرای سالمندان فرمانیه و مارال، رضایت سالمندانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. سپس به صورت گروه‌بندی تصادفی یک گروه به عنوان گروه آزمایش و یک گروه به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. پیش‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. سالمندانی که حداقل نمره برش در پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی، طرد اجتماعی و اجتناب شناختی را کسب کردند به عنوان مشارکت‌کنندگان در پژوهش انتخاب شدند. گروه آزمایش در سالن جلسات سرای سالمندان تحت آموزش گروهی هشیاری وجودی قرار گرفتند. مدت جلسات درمانی ده جلسه 90 دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی اجرا می‌شد. پس از دوره آموزشی، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. دو ماه بعد در دوره پیگیری، مجدداً آزمون‌ها از هر دو گروه گرفته شد. علاوه بر آن برای افراد گروه گواه پس از اتمام فرایند پژوهشی مداخلات درمانی در پنج جلسه فشرده انجام شد. برای گروه آزمایش، آموزش هشیاری وجودی در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده شد. داده‌های به دست آمده از پژوهش حاضر به کمک نرم‌افزار اس پی اس نسخه 24 با استفاده از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که 33/3 درصد مشارکت‌کنندگان در پژوهش مرد و 56/7 درصد زن بودند. 13/3 درصد متاهل و 86/7 درصد بیوه بودند. 16/7 درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، 33/3 درصد دیپلم و فوق دیپلم، 30 درصد لیسانس، 16/7 درصد فوق لیسانس و 3/3 درصد دکتری بودند. 16/7 درصد دارای یک فرزند، 23/3 درصد دارای دو فرزند و 60 درصد دارای سه فرزند یا بیشتر بودند. مشارکت‌کنندگان در دامنه سنی 60 تا 80 سال قرار داشتند. میانگین سنی، 67/17 سال با انحراف معیار 5/79 بود.

برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های مربوط به آزمون (از جمله برابری واریانس‌ها، آزمون لون، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس، آزمون ام باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در متغیر احساس طرد اجتماعی در سطح 0/05 معنادار بود. بنابراین بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر 0/690 و آزمون F برابر 4/187 تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و گواه نشان داد (سطح معنی‌داری کمتر از 0/05 می‌باشد). نتایج آزمون (مقدار $\text{boxs} = 232/806$ و $p=0.001$) را نشان داد که نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس کوواریانس می‌باشد. همچنین عدم معناداری هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است.

فرضیه اول: آموزش هشیاری وجودی موجب کاهش احساس طرد اجتماعی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی می‌شود.

جدول 2. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه در متغیر طرد

اجتماعی							
اثر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	Eta ²
گروه	آزمایش	9/794	2	4/897	7/214	0/002	0/256
	گواه	10/754	2	5/377	9/179	0/000	0/304

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول 2 نشان داد که سطح معنی‌داری دو گروه آزمایش و گواه کمتر از 0/05 می‌باشد، بنابراین آموزش هشیاری وجودی موجب کاهش معنی‌دار احساس طرد اجتماعی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی شد.

فرضیه دوم: آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی می‌شود. قبل از انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر سازگاری اجتماعی پیش فرض‌های مربوط به آزمون (از جمله برابری واریانس‌ها، آزمون لون، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس، آزمون ام باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/05 معنادار نبود. بنابراین بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود نداشت. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر 0/908 و آزمون F برابر 1/009 تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و گواه نشان نداد (سطح معنی‌داری 0/408 بیشتر از 0/05 بود).

جدول 3. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه در متغیر

سازگاری اجتماعی							
اثر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	Eta ²
گروه	آزمایش	69/378	2	34/689	0/337	0/716	0/016
	گواه	34/444	2	17/222	0/182	0/834	0/009

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول 3 نشان داد که سطح معنی‌داری دو گروه آزمایش و گواه بیشتر از 0/05 می‌باشد بنابراین این آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش معنی‌دار سازگاری اجتماعی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی نشد. فرضیه سوم: آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش معنی‌دار کفایت اجتماعی و خرده مولفه‌های آن (مهارت رفتاری، آمایه‌های انگیزش و انتظارات، مهارت شناختی و کفایت هیجانی) در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی می‌شود. قبل از انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر کفایت اجتماعی پیش فرض‌های مربوط به آزمون (از جمله برابری واریانس‌ها، آزمون لون، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس، آزمون ام باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/05 معنادار بود. بنابراین بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در متغیر کفایت اجتماعی نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/01 معنادار است. بنابراین بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر 0/263 و آزمون F برابر 7/229 تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و گواه نشان داد (سطح معنی‌داری کمتر از 0/01 بود).

جدول 4. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیر کفایت اجتماعی

اثر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	Eta ²
گروه	کفایت اجتماعی	8/633	2	4/317	6/920	0/003	0/248
	مهارت رفتاری	9/090	2	4/545	10/486	0/000	0/333
	آمابه‌های انگیزش و انتظارات	10/569	2	5/285	14/660	0/000	0/411
	مهارت شناختی	1/941	2	0/971	1/835	0/172	0/080
	کفایت هیجانی	9/748	2	4/874	12/221	0/000	0/368

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول 4 نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/01 معنادار است. بنابر این بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. نتایج همچنین نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری کفایت اجتماعی و خرده مولفه‌های آن (مهارت رفتاری، آمابه‌های انگیزشی و انتظارات، کفایت هیجانی) کمتر از 0/05 بوده و معنی‌دار می‌باشد، ولی در خرده مولفه مهارت شناختی (سطح معنی‌داری 0/172) به دست آمد که معنی‌دار نبود. بنابراین آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش معنی‌دار کفایت اجتماعی و خرده مولفه‌های (مهارت رفتاری، آمابه‌های انگیزش و انتظارات و کفایت هیجانی) در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی شد ولی بر خرده مولفه مهارت شناختی موثر نبود. فرضیه چهارم: آموزش هشیاری وجودی موجب کاهش اجتناب شناختی و خرده مولفه‌های آن (واپس‌زنی افکار نگران کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی، اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی) در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی می‌شود.

جدول 5. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه در متغیر اجتناب شناختی

اثر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	Eta ²
گروه	اجتناب شناختی	4/587	2	2/293	4/345	0/019	0/171
	واپس‌زنی افکار نگران کننده	0/645	2	0/323	0/548	0/582	0/025
	جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده	5/944	2	2/972	8/793	0/001	0/295
	استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی	4/214	2	2/107	3/443	0/041	0/141
	اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده	0/957	2	0/478	1/257	0/295	0/056
	تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی	0/061	2	0/030	0/093	0/911	0/004

قبل از انجام دادن آزمون تحلیل کوواریانس در متغیر اجتناب شناختی پیش فرض‌های مربوط به آزمون (از جمله برابری واریانس‌ها، آزمون لون، همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس، آزمون ام باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/05 معنادار بود. بنابراین بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در متغیر اجتناب شناختی نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها در سطح 0/05 معنادار است. بنابر این بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. قابل ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز با مقداری برابر 0/519 و آزمون F برابر 2/395 تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهند (سطح معنی‌داری کمتر از 0/05 می‌باشد).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول 5 نشان داد که در متغیر اجتناب شناختی و خرده مولفه‌های (واپس‌زنی افکار نگران‌کننده، جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده، استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی) (سطح معنی‌داری کمتر از 0/05) بوده و معنی‌دار می‌باشد. بنابر این آموزش هشیاری وجودی موجب کاهش اجتناب شناختی در خرده مولفه‌های جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده و استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی در سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی شد. در خرده مولفه‌های اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی سطح معنی‌داری آن 0/295 و 0/911 محاسبه گردیده و (بیشتر از 0/05) بود و معنی‌دار نبود. بنابراین آموزش هشیاری وجودی بر خرده مولفه‌های اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی موثر نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی آموزش هشیاری وجودی به شیوه گروهی بر طرد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، کفایت اجتماعی و اجتناب شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی انجام شد. یافته‌های پژوهش و تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش هشیاری وجودی به شیوه گروهی بر طرد اجتماعی در سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی اثربخش است. تا کنون پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش هشیاری وجودی بر طرد اجتماعی در سالمندان نپرداخته است. با این حال این یافته پژوهش با پژوهش‌های اسمعیلی و همکاران، 1394، پندی، 2022، اف اوغلو و ناپورسن، 2022، فردمن و دنیرست، 2022، بیان فر، 2021، ناتومی، 2019، اشنايدر، 2019، کیپلینگ دی و همکاران، 2013 و دویشنی و پوگی، 2011 همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که برخی از سالمندان ممکن است در اثر عدم سلامتی، آسیب کارکردهای ذهنی و جسمانی و کاهش کنترل بر زندگی، درباره جایگاه و تغییرات جسمی و روانی‌شان دچار نگرانی شده و از سوی جامعه یا افراد جوان‌تر ادراک طرد کنند (چو و چو¹، 2008). در تبیین این یافته همچنین می‌توان به دیدگاه تکامل نژادی اشاره کرد. در نظریه پذیرش - طرد والدینی فرض بر آن است که افراد صرف نظر از تفاوت‌های فرهنگی، نژادی، جنسیتی، بافت جغرافیایی، به ادراک پذیرش و طرد والدینی به شیوه خاصی پاسخ می‌دهند. بر طبق این نظریه پذیرش - طرد والدینی به روابط فراتر از والد - کودک گسترش یافته و روابط بین فردی با دیگران را نیز در بر می‌گیرد. روهنر² معتقد است که طرد توسط چهره دل‌بستگی در هر نقطه از زندگی حتی در بزرگسالی، می‌تواند آثار مشابهی هرچند کوتاه مدت، همچون آثار طرد توسط والدین در فرد بر جای بگذارد (موسوی، مظاهری و قنبری³، 2012). در تبیین این یافته پژوهشی همچنین می‌توان گفت افزایش دادن آگاهی

1. Chow & Chiu

2. Rohner

3. Mousavi, Mazaheri & Ghanbari

افراد یکی از فرایندهای اصلی تغییر در درمان هشیاری وجودی است. بالا بردن سطح آگاهی موجب می‌شود حق انتخاب‌های فرد افزایش یافته و بتواند زندگی را هدایت کند (احمدی¹ و دیگران، 2019). از نظر کوری² (2016) اعضا در فضای گروه، فرصت می‌یابند تا احساس طرد اجتماعی و دیدگاه‌های ذهنی خود را در رابطه با این احساسات بیان کنند. زمانی که فرد در این رویکرد درمانی در وضعیتی قرار می‌گیرد که هشیار شده و به گونه‌ای فعال عمل می‌کند. در نتیجه مسئولیت احساسات منفی خود مانند نداشتن دوست صمیمی، اجتماعی نبودن، انزوا و طرد اجتماعی را می‌پذیرد. پس از پذیرش مسئولیت احساسات منفی، فرد به طور آگاهانه و ارادی شرایط خود را تغییر داده و قربانی فشارهای اجتماعی و محرک‌های بیرونی نمی‌شود. از آنجائی که افراد در درمان‌های گروهی تجارب خود را به اشتراک گذاشته و فرصتی برای حمایت متقابل و ایجاد دوستی‌های جدید می‌یابند، تعداد دوستان افزایش یافته و احساس طرد کاهش می‌یابد.

یافته‌های پژوهش و تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش معنی‌دار سازگاری اجتماعی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی نشد. تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش هشیاری وجودی بر سازگاری اجتماعی سالمندان نپرداخته است. با این حال یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های پژوهش بیان فر، 2021 همخوان و با یافته‌های عیسی زاده، حیدری، آقاجانبکلو و صفاری نیا، 1399 و یزدانبخش، 1394 ناهم‌خوان است. بیان فر، 2021 در پژوهش خود نشان داد که آموزش آنلاین هشیاری وجودی بر احساس تنهایی کل و مولفه‌های احساس تنهایی، انزوا و نداشتن دوست صمیمی موثر و بر مولفه اجتماعی بودن موثر نیست. عیسی زاده و همکاران، 1399 در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در افراد دارای اختلال هویت جنسی موثر است. در تبیین این ناهم‌خوانی میتوان به روش‌های درمانی متفاوت در این دو پژوهش اشاره کرد. همچنین می‌توان به جامعه هدف و گروه نمونه دو مطالعه اشاره کرد. در مطالعه عیسی زاده و همکاران جامعه هدف افراد ترنس سکشوال بودند یا به کلینیک‌های منطقه 3 برای تغییر جنسیت برای تغییر جنسیت مراجعه کرده بودند و یا در پارک دانشجوی منطقه 11 حضور داشتند، در حالی که در پژوهش حاضر جامعه هدف سالمندان دارای سندرم آشیانه خالی ساکن سرای سالمندان منطقه یک شهر تهران بودند. یزدانبخش، 1394 در پژوهش دیگری نشان داد که آموزش مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان موثر است. این ناهم‌خوانی در یافته‌های دو پژوهش می‌تواند به واسطه ویژگی‌های فردی و اجتماعی سالمندان مقیم سرای سالمندان باشد. در پژوهش یزدانبخش گروه مشارکت‌کننده در پژوهش سالمندانی بودند که یک سال از بازنشستگی آن‌ها گذشته بود و با خانواده زندگی می‌کردند. دلیل دیگر تفاوت تکنیک‌های درمانی به کار گرفته شده در دو پژوهش بود. همچنین میتوان به سنجش و مفهوم‌سازی ساختاری این عامل اشاره کرد. آیت‌های آزمون سازگاری اجتماعی بل در رابطه با سازگاری در محیط‌های اجتماعی مانند جشن و مهمانی، ارتباط با غریبه‌ها و تقاضای کمک از دیگران و... است، از آنجا که سالمندان ساکن سرای سالمندان وارد محیط‌های اجتماعی نمی‌شوند، بنابراین روش درمانی به کار گرفته شده تاثیر معنی‌داری بر سازگاری اجتماعی با توجه به ابزار اندازه‌گیری به کار گرفته شده نداشت. علاوه بر آن، در فرم‌های خودگزارش‌دهی یافته‌ها بر اساس گزارش ذهنی افراد تنظیم شده و می‌تواند مبتنی بر واقعیت نباشد. همچنین عدم اثرگذاری آموزش هشیاری وجودی بر سازگاری اجتماعی در این پژوهش را می‌توان با احتمال وجود تعدیل‌کننده‌ها نیز تبیین کرد. به این ترتیب که تعدیل‌کننده‌هایی مانند سن گروه نمونه، شاغل نبودن افراد نمونه، فرهنگ نمونه مورد بررسی، زمان (ایام کرونا)، مکان انجام پژوهش (شمال شهر تهران)، حضور افراد در سرای سالمندان و عدم حضور در اجتماع می‌تواند بر جنبه‌های خاصی از سازگاری اجتماعی اثرگذار باشد.

1. Ahmadi

2. Corey

همچنین یافته‌های پژوهش و تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش هشیاری وجودی موجب افزایش معنی‌دار کفایت اجتماعی و خرده مولفه‌های (مهارت رفتاری، آمیبه‌های انگیزش و انتظارات و کفایت هیجانی) در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی شد، ولی بر خرده مولفه مهارت شناختی موثر نبود. گرچه پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش هشیاری وجودی بر کفایت اجتماعی در سالمندان پرداخته باشد یافت نشد، با این وجود یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های اشنایدر، 2019، عالمی و همکاران، 2020 همخوانی دارد. در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش میتوان به مراحل رشد روانی-اجتماعی نظریه اریک اریکسون اشاره کرد. اریکسون اعتقاد داشت رشد شخصیت تا بزرگسالی و حتی سالمندی ادامه دارد. وی هشت مرحله تحولی را مطرح کرد که در هر مرحله فرد درگیر در بحران است. ماهیت بحران‌ها، اجتماعی است و در دوره سالمندی حوزه وسیع‌تری از اجتماع را دربر می‌گیرد. آخرین مرحله تحول تمامیت در مقابل ناامیدی است که در مرحله پایانی زندگی رخ می‌دهد. در این مرحله فرد احتمال دارد از شغل خود بازنشسته شده، فرزندان بزرگ شده و خانه را ترک کرده باشند و دیگر قادر به فعالیت‌های مورد علاقه خود نباشند. این مرحله به نوعی شروع فرایند کناره‌گیری از زندگی، جدا شدن از نقش‌های دوران بزرگسالی و آمادگی رویارویی با مرگ است (ترخان و گل پور، 1396). احساس عدم کفایت اجتماعی به دلیل دور شدن از نقش‌های دوران بزرگسالی در سالمندانی که دچار سندرم آشیانه خالی هستند ایجاد می‌شود. از آنجایی که در درمان هشیاری وجودی فرد با بحران‌ها و تعارضات درونی خود مواجه شده، بر اضطراب‌ها و آشفتگی‌های خود متمرکز می‌شود، انگیزه برای تغییر در فرد ایجاد می‌شود (شریعتمدار، 1393). چارچوب درمان هشیاری وجودی بر مبنای پرسش‌ها و مسائل غامض و گیج‌کننده‌ای است که افراد با آن روبرو هستند و علت پریشان‌خاطری بعضی از افراد است (عالمی و همکاران، 2020). یکی از ابعاد این درمان توجه و حضور در بعد اجتماعی است. در این روش درمانی تلاش می‌شود تا خودآگاهی فرد افزایش یافته، از طریق تعامل با دنیای اجتماعی اطراف، با دیگران ارتباط برقرار کرده و زندگی را ارزشمندتر و ثمربخش‌تر کند (دایموند، 2018). تمرکز درمان وجودی بر ماهیت حقیقت و واقعیت است تا نشانه‌های بیماری یا اختلال. بنابراین در حیطه‌هایی مانند توانایی فرد در مقابل چالش‌هایی مانند احساس عدم کفایت اجتماعی که زندگی به طور اجتناب‌ناپذیری در مقابلش قرار می‌دهد، تفکر می‌کند. رویکرد وجودی مشخصا با اندیشه‌ها سروکار دارد. این قابلیت تفکر و تأمل درباره محدودیت‌ها معنای «خود¹» را ایجاد می‌کند (براه، 2019). همین تأمل به افراد اجازه می‌دهد تا انتخاب کنند آیا می‌خواهند توسط شرایط خودشان را تعریف کنند یا راهی برای رویارویی با چالش‌های زندگی پیدا کنند. بنابراین به نگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به احساسات دردناک خود مانند احساس شرم و عدم کفایت اجتماعی دست می‌یابند (وان دورزن و آدامز، 1393).

علاوه بر آن یافته‌های پژوهش و تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش هشیاری وجودی موجب کاهش اجتناب شناختی در خرده مولفه‌های جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده و استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگرانی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی شد. ولی بر خرده مولفه‌های اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی موثر نبود. گرچه پژوهشی که به بررسی اثربخشی آموزش هشیاری وجودی بر اجتناب شناختی در سالمندان پرداخته باشد یافت نشد، با این وجود یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های عالمی و همکاران، 2020؛ بیورک و همکاران، 2022 همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی درمان هشیاری وجودی بر اجتناب شناختی می‌توان ادعا کرد که این درمان تأکید بر افزایش دادن آگاهی افراد برای تغییر دارد. در واقع به فرد آموزش داده می‌شود به جای اجتناب از افکار منفی که موجب نگرانی وی می‌شود، با افزایش دادن اطلاعات، موثرترین پاسخ را به محرک‌ها

1. Self

بدهد. در هشیاری وجودی فرد از طریق بالا بردن حق انتخابها، هدایت و کنترل زندگی خود را بر عهده می‌گیرد. در این درمان از طریق آموزش و بازخوردهای مبتنی بر مفاهیم نظریه وجودی، حالت حضور در افراد افزایش پیدا می‌کند (شریعتمدار، 1393). هدف اصلی درمان وجودی ترغیب کردن درمان‌جو به فکر کردن در مورد زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش رو و انتخاب از بین آنهاست. با شناسایی عایق‌های زندگی، شرایط محدود کننده و اضطراب وجودی¹، درمان‌جو آموزش می‌بیند که اضطراب روان‌رنجور خود را که با اجتناب شناختی همراه و ویرانگر است کاهش داده و در عوض اضطراب بهنجار را تجربه کند (اضطراب بهنجار انگیزه‌ای برای تغییر ایجاد می‌کند، محرکی برای رشد است) (برای، 2019) به جای واپس‌زنی و توجه برگردانی از افکار نگران کننده، با آنها مواجه شده، سبک زندگی و عادت‌های خود را تغییر داده و تصمیم می‌گیرد برای بازسازی زندگی خود گام بردارد. کاهش اجتناب شناختی در این درمان، موجب افزایش رضایت از زندگی به طور کلی می‌شود (وان دورزدن و آدامز، 1393). در تبیین معنی‌دار نبودن اثربخشی این درمان بر خرده مولفه‌های مهارت شناختی در کفایت اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال ساز افکار نگران کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی در اجتناب شناختی می‌توان به زمان انجام پژوهش، ویژگی‌های فردی و اجتماعی، شرایط خاص سنی، مکان جغرافیای و محل سکونت گروه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اشاره کرد. شاید هم ناشی از روش درمانی به کار گرفته شده، ابزار اندازه‌گیری، خطاهای موجود در روش‌های آماری به کار گرفته شده و همچنین فرم‌های خودگزارش‌دهی باشد. از آنجا که در فرم‌های خودگزارش‌دهی یافته‌ها بر اساس گزارش ذهنی افراد تنظیم شده است، می‌تواند مبتنی بر واقعیت نباشد. البته در تبیین اثربخش نبودن این روش درمانی می‌توان این فرض احتمالی را در نظر گرفت که این معنی‌دار نشدن ممکن است به سنجش و مفهوم‌سازی ساختاری این عوامل برگردد. باید بررسی‌هایی در زمینه مفهوم‌سازی ساختاری و گستره مولفه‌های این عوامل در نظر گرفته شود. همچنین می‌توان به وجود تعدیل کننده اشاره کرد. به این ترتیب که تعدیل کننده‌هایی متعددی در تعیین عامل‌های دیگری که به اجتناب شناختی منتهی می‌شود، تاثیر دارند.

زندگی در سرای سالمندان، مکان جغرافیایی پژوهش، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، میزان دانش، سطح تحصیلات، شغل قبلی، تجربیات قبلی، خصوصیات عاطفی و روانی، ریشه‌های معنوی و مذهبی مشارکت‌کنندگان در پژوهش از محدودیت‌های پژوهش بود که می‌تواند بر سطح عملکرد، علائق و انگیزه این افراد و اثر بخشی روش درمانی تاثیرگذار باشد. محدودیت دیگر روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود که این روش کنترل خیلی کمی بر معرف بودن نمونه دارد. با توجه به اثربخشی درمان هشیاری وجودی بر کاهش احساس طرد اجتماعی و اجتناب شناختی و افزایش کفایت اجتماعی پیشنهاد می‌شود در مراکز مراقبتی سالمندان جهت کمک و بهبود وضعیت سلامت روان سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی از آموزش هشیاری وجودی به شیوه گروهی استفاده شود، مدیران مراکز مراقبتی سالمندان در کنار توجه به بهبود وضعیت جسمانی و تغذیه سالمندان و ارتقا امکانات رفاهی مراکز در جهت پیشرفت وضعیت سلامت روان سالمندان به ویژه در جهت کاهش احساس طرد اجتماعی و اجتناب شناختی و افزایش کفایت اجتماعی سالمندان گام بردارند و از تکنیک‌های درمانی هشیاری وجودی به شیوه گروهی به صورت منظم استفاده کنند. علاوه بر آن با توجه به اثربخشی درمان هشیاری وجودی بر روی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی پیشنهاد می‌شود این روش با سایر روش‌های درمانی از جمله معنا درمانی، ذهن آگاهی، درمان فراتشخیصی و... مقایسه گردد و بهترین روش درمانی در جهت کاهش احساس طرد اجتماعی و اجتناب شناختی و افزایش کفایت اجتماعی و سازگاری اجتماعی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی در مراکز مراقبتی سالمندان استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی سالمندانی که در این پژوهش مشارکت نمودند و همچنین از مسئولین سرای سالمندان فرمانیه و مارال کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچ گونه حمایت مالی از این پژوهش توسط نهاد یا موسسه خاصی انجام نشده است. ضمناً این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور است.

منابع

- اسمعیلی، معصومه، کاظمیان، سمیه و رجبی، اطهر (1394). پیش‌بینی ادراک طردشدگی براساس طرحواره‌های ناسازگاری اولیه در سالمندان فعال و غیر فعال. فصلنامه پرستاری سالمندان. 2. (2). 71-83
- پرندین، شیما (1385). ساخت و هنجاریابی پرسش‌نامه کفایت اجتماعی در نوجوانان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- ترخان، مرتضی و گل پور، رضا (1396). روان‌شناسی شخصیت پیشرفته. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- دلاور، علی (1401). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی (ویراست پنجم). تهران: ویرایش.
- رضایی، سعید و وثوقی کلنتری، علی (1400). اثربخشی برنامه آموزش کفایت اجتماعی بر بهبود رفتارهای جامعه‌پسند تیزهوشان کم پیشرفت. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. 11 (43). 123-140.
- سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران (1400). درگاه آمار ایران. تهران: مولف.
- شریعتمداری، آسیه (1393). هشیاری وجودی در درمان گروهی. تهران: دانژه.
- شورای ملی سالمندان (1400). اداره کل بهزیستی. تهران: مولف.
- عیسی زاده، فاطمه، حیدری، شیما، آقاجانبکلو، سوسن و صفاری نیا، مجید (1399). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در افراد دارای اختلال هویت جنسی (ترنس سکسوال). پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. 10 (37). 13-28.
- فتحی آشتیانی، علی و داستانی، محبوبه (1392). آزمون‌های روان‌شناختی ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت.
- مجتبیایی، مینا و یاسینی، ساسان (1396). هنجاریابی پرسش‌نامه اجتناب شناختی و آمیختگی برای جوانان در ایران. دو فصلنامه روان‌شناسی معاصر. 12 (2). 154-171.
- وان دورزن، امی و آدامز، مارتین (1393). مهارت‌های مشاوره و روان‌درمانی وجودی. (ترجمه یوسف زاده، ایمان، زمان شعار، الهام و اسحاقی، معصومه) تهران: دانژه. (سال انتشار به زبان اصلی، 2011).
- یزدانبخش، کامران (1394). اثربخشی مرور زندگی بر افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. مجله روان‌شناسی پیری. 1 (3). 179-185.
- یونسی بروجنی، جلیل، جدیدی، محسن و احمد راد، فرید (1399). ساخت و هنجاریابی مقیاس خودمراقبتی سالمندان شهر تهران. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی. 11 (1). 185-208.
- Ahmadi, S., Iianlou, H, Razaee, M., Hassani, MB., & Mohammadian, d. (2019). Teaching existential consciousness on psychological well-being in Takestan Teachers. *Journal of Disability Studies.*,9 (122).1-5.

- Alami, S., Bakhtiarpour.S., Asgari, P., & Seraj Khorrami, N. (2020). Comparison of the Effectiveness of Existential Group Therapy with Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increasing Life Satisfaction among the Methadone Maintenance Patients. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7 (3).172-177. DOI: 10.32592/ajnpp.2020.7.3.105.
- Babosik, Z. (2016). "Social competences. Practice and Theory in Systems of Education". *Journal of contemporary educational psychology*, 3 (1), 23-26.
- Bayanfar, F. (2021). The Effectiveness of Online Teaching of Existential Consciousness Group Therapy on Loneliness, Fatigue Impact, and Lifestyle in Home Quarantine in Hemodialysis Patients. *Iranian Journal of Health Psychology*. 4 (1).63-78
- Bell, H. M. (1962). *The adjustment inventory: adult form*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Berra, L. (2019). Existential Depression: A Nonpathological and Philosophical-Existential Approach. *Journal of Humanistic Psychology* .002216781983474. DOI: 10.1177/0022167819834747.
- Bjork, J. M.; Sawyers, C. K.; Straub, L. K.; Garavito, D.; Westbrook, A. (2022). Cognitive effort avoidance in veterans with suicide attempt histories. *Acta psychologica*.231, 103788-103788
- Brennan-Ing, M; Kaufman, J; Porter, K; MacPhail, C; Seeley, J; Karpiak, S. (2021). Perceptions of Social Support Sufficiency Among Older Adults with HIV in Sub-Saharan Africa. *Innovation in aging*, 5 (1), 220-230.DOI: 10.1093/geroni/igab046.847
- Budhia, M; Neogi, R;& Rathi, M. (2022). Empty nest syndrome: its prevalence and predictors in middle aged adults in Eastern India: Category: Oral Paper Presentation. *Indian journal of psychiatry*,.64 (3), S577-S577. DOI: 10.4103/0019-5545.341672.
- Chow D, Au E, Chiu Ch. (2008) Predicting the psychological health of older adults: Interaction of age-based rejection sensitivity and discriminative facility, *JOURNAL OF RESEARCH IN PERSONALITY*. 42. 169-182.
- Conigliaro, A. (2022). *The Effect of Social Rejection on Executive Control and Cognitive Reappraisal for Non-suicidal Self-Injury*. Doctoral Dissertation, Hofstra University ProQuest Dissertations Publishing, 2022. 28777565.
- Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Group Counseling*. Pacific Grove, CA; Brooks/Cole.
- Correlates of Vigilance and Cognitive Avoidance. *Frontiers in psychiatry*, 13, 869367-869367. DOI:10.3389/fpsy.2022.869367
- Crossley C, Bennett R. J., Jex S., & Burnfield J. (2007). Development of a global measure of job embeddedness and integration into a traditional model of voluntary turnover, *JOURNAL OF APPLIED PSYCHOLOGY*. 92. 1031-1042.
- Devicienti, F., & Poggi, A. (2011). Poverty and social exclusion: two sides of the same coin or dynamically interrelated processes? *Applied Eco - nomics*, 43 (25), 3549-3571
- Diamond, S.A. (2018). Existential Therapy and Jungian Analysis: Toward an Existential Depth Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*. 002216781880991. DOI: 10.1177/0022167818809915.
- Efeoglu, B., Naivar Sen, C.K. (2022). Rejection sensitivity and mental well-being: The positive role of friendship quality. *Personal relationships*,.29 (1), 4-23. DOI: 10.1111/pere.12403
- Eisma, M.C., de Lang, T.A., & Boilen, P.A. (2020). How thinking hurts: Rumination, worry, and avoidance processes in adjustment to bereavement. *Clinical psychology and psychotherapy*, 27 (4), 548-558. DOI: 10.1002/cpp.2440
- Felner RD, Lease AM, Philips RC. (1990). *Social Competence and the Language of Adequacy as a Subject Matter for Psychology: AQuadripartite Travel Framework*.T. Robbins Basic Pathology 16th ed, USA, WB Saunders Company, 25.112.
- Fratoni, L; Levantesi, S; Menziatti, M. (2022). Measuring Financial Sustainability and Social Adequacy of the Italian NDC Pension System under the COVID-19 Pandemic. *Sustainability* (Basel, Switzerland), 14 (23), p.16274 DOI: 10.3390/su142316274.
- Freedman, G.& Dainer-Best.J. (2022). Who is more willing to engage in social rejection? The roles of self-esteem, rejection sensitivity, and negative affect in social rejection decisions. *The Journal of Social Psychology*.1-20. DOI: 10.1080/00224545.2022.2131502.

- Günther, V; Jahn, S; Weibelhorst, C; Bodenschatz, C. M; Bujanow, A; Mucha, S; Kersting, A ;
- Guo, YQ, Zhang, CC, Huang H, Zheng X, Pan XJ, Zheng JZ. (2016). Mental health and related influencing factors among the empty-nest elderly and the non-empty-nest elderly in Taiyuan, China: a cross-sectional study. *Public Health*; 141: 210-217. doi.org/10.1016/j.puhe.2016.09.005
- Hobfoll, S.E. (2014). *Elderly Women's Health and Psychological Adjustment: Life Stressors and Social Support*. Stress, Social Support, And Women.241-256.DOI: 10.4324/9781315803128-27
- Hoffmann, K-T; Egloff, B; Lobsien, D; Suslow, T. (2022). Coping With Anxiety: Brain Structural
- Huber, L.; Plötner, M. & Schmitz, J. (2019). "Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review". *European Child & Adolescent Psychiatry* .28 (4), 443-459.
- Kabiri, M; Namdari, K & Abedi, A. (2022). Psychological Resilience Level after Cognitive-Behavior Therapy in Old People with Empty Nest Syndrome - A single-case Experimental Design. *Clinical gerontologist*, (ahead-of-print), p.1-11. DOI: 10.1080/07317115.2022.2108361
- Kipling D. W, Forgas, J.P.& Von Hippel, W. (2013). When Does Social Rejection Lead to Aggression? The Influences of Situations, Narcissism, Emotion, and Replenishing Connections. *Social Outcast* .223-234. DOI: 10.4324/9780203942888-21
- Leahy, A. (2021). *Comparison: disability with ageing and ageing with disability*. Disability and ageing .143 -162. DOI: 10.1332/polycypress/9781447357155.003.0008.
- Luo, Y-Z; Chen, W; Lian, Y. (2020). Correlations among Relocation Stress, Health Conditions, and Life Adjustment of the Elderly in Long-Term Care Institutions. *Revista de cercetare și intervenție socială*.69,.69-78. DOI: 10.33788/rcis.69.4
- MacDonald G, & Leary, M. R.(2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain, *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 131. 202-223.
- Mihailova, S., & Jobson, L. (2020). The impact of depression and culture on responses to intrusive autobiographical memories: Cognitive appraisals, cognitive avoidance, and brooding rumination. *British Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 66-79. DOI: 10.1111/bjc.12232
- Moran, P., Romaniuk, H., Coffey, C., Chanen, A., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2016). The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 636-645.
- Mousavi P, Mazaheri A, & Ghanbari S. (2012). acceptance of spouse and psychological adjustment of women: the mediating role of parental acceptance, *DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY: Iranian psychologists*, 32. 373-383.
- Naoko, K., Hiroshi, M., María, M-G., Barrera-Caballero, Samara; B-C., Carlos; V_G Van, Elien; H., Milena, C; Losada Andrés, L_B. (2022). Family Carers of People with Dementia in Japan, Spain, and the UK: A Cross-Cultural Comparison of the Relationships between Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, and Carer Depression. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 8919887221130269-8919887221130269. DOI: 10.1177/08919887221130269
- Naomi, D. (2019). *The Social Cost of Pain: Rejection Sensitivity, Social Rejection, and Cannabis Use in Young Adults*. Doctoral Dissertation. City University of New York ProQuest Dissertations Publishing, 2019. 22624707.
- Ottenbreit, N. D., Dobson, K. S., & Quigley, L. (2014). An examination of avoidance in major depression in comparison to social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 82 -90.
- Pandey, A.D. (2022). Social Exclusion of the Elderly in India. *Social Exclusion and Policies of Inclusion* .231–251. DOI: 10.1007/978-981-16-9773-9_13
- Payne, D. (2022). Ageing. *Nature*.V .601 (7893), S1-S1. DOI: 10.1038/d41586-022-00069-8.
- Penhaligon N, R. Louis W, & D. Restubog, S. (2009). Emotional anguish at work: The mediating role of perceived rejection on workgroup mistreatment and affective outcomes, *JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH PSYCHOLOGY*.; 14:1. 34-45.
- Scotta, A.V. Cortez, M.V; Miranda, A.R. (2022). Insomnia is associated with worry, cognitive avoidance and low academic engagement in Argentinian university students during the COVID-19 social isolation. *Psychology, health & medicine*, 27 (1),.199-214. DOI: 10.1080/13548506.2020.1869796

- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 33 (2), 150 -162.
- Shafiq, S; Mah-e-Neem-M; &Zaqla, B. (2020). IMPACT OF SOCIAL SUPPORT AND ADJUSTMENT PROBLEMS ON PERCEIVED LONELINESS IN ELDERLY. *Pakistan Armed Forces medical journal*, 70 (2), 474-479
- Silva, R., Santos Duraes, T, Khafif, C, Lotufo Neto, F de Padua Serafi, A. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Reducing Depression and Anxiety Symptoms and Increasing Dyadic Adjustment and Marital Social Skills an Exploratory Study. *Family journal*. 28 (4) 344-355.
- Vanderveren, E., Debeer, E., Craeynest, M., Hermans, D., & Raes, F. (2020). Psychometric Properties of the Dutch Cognitive Avoidance Questionnaire. *Psychologica Belgica*, 60 (1), 184.
- Zhang, C., Xue, Y., Zhao, H., Zheng, X., Zhu, R., Du, Y., & Yang, T. (2019). Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms among empty-nest elderly in Shanxi, China. *Journal of affective disorders*, 245, 750-756.