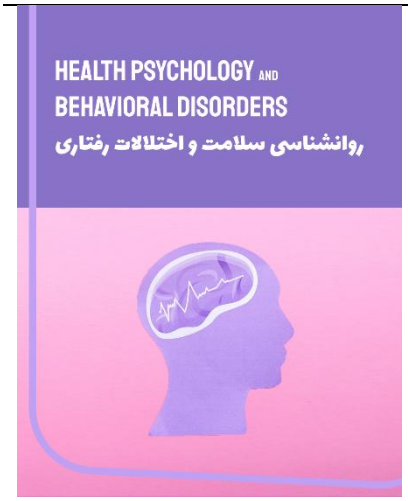
مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی (اگزیستانسیال) بر کیفیت زندگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۵/۲۳ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۳ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حا ضر مقای سه اثربخ شی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل سالمندان ۶۵ تا ۸۷ ساله ساکن خانه سالمندان آسمان در تهران در تابستان ۲۰۲۵ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ سالمند واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، روان‌درمانی وجودی و کنترل تخصیص داده شدند. دو گروه آزمایش هر یک هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای در یا فت کرد ند و گروه کنترل مداخله‌ای در یا فت نکرد. کیفیت ز ندگی با فرم کو تاه پر سش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهدا شت سنجیده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و مقایسه‌های تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر زمان بر کیفیت زندگی معنادار بود ($F=۲۱.۲۴, p<۰.۰۰۱, \eta p^2=۰.۲۷$). اثر گروه نیز معنادار بود ($F=۵.۳۵, p=۰.۰۰۷, \eta p^2=۰.۱۶$) و تعامل زمان×گروه نیز معنادار به دست آمد ($F=۵.۹۸, p<۰.۰۰۱, \eta p^2=۰.۱۷$). مقایسه‌های تعقیبی نشان داد روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون ($MD=۹.۷۵, p=۰.۰۰۵$) و پیگیری ($MD=۱۰.۸۰, p<۰.۰۰۱$) موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی شد. همچنین، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل برتری معناداری دا شت ($MD=۶.۸۵, p=۰.۰۰۸$). تفاوت م ستقیم میان دو گروه مداخله معنادار نبود ($MD=۲.۴۶, p=۱.۰۰۰$). هر دو مداخله در بهبود کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان مؤثر بودند، اما روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل اثر قوی‌تر و پایدارتری نشان داد؛ بااین‌حال، تفاوت معناداری میان اثربخشی دو مداخله مشاهده نشد.

کلیدواژگان: *سالمندان، کیفیت زندگی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، روان‌درمانی وجودی، سرای سالمندان.*



مریم مهدی پور[۱]، شهناز محمدی[۲*]، منصوره فضیلتی[۳]

۱. گروه روانشناسی عمومی ، واحد تهران مرکزی،دانشگاه آزاد اسلامی،تهران ، ایران

۲. گروه روان شناسی بالینی،دانشکده روانشناسی ،دانشگاه خوارزمی،تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی عمومی و استثنایی، واحد تهران مرکزی،دانشگاه آزاد اسلامی،تهران ، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:
Smohammadi@khu.ac.ir

شیوه استناددهی: مهدی پور، مریم، محمدی، شهناز، و فضیلتی، منصوره. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی (اگزیستانسیال) بر کیفیت زندگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۴)، ۲۰-۱.

© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

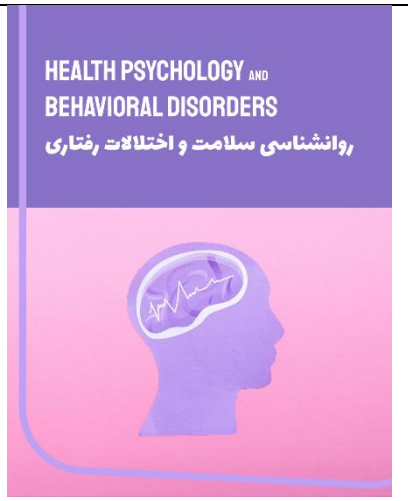
Comparison of the Effectiveness of Emotion Regulation-Based Therapy and Existential Psychotherapy on Quality of Life in Older Adults Residing in a Nursing Home

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2025-08-14	2025-10-22	2025-12-14	2025-12-21	2025-12-22

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of emotion regulation-based therapy and existential psychotherapy on quality of life among older adults residing in a nursing home. This applied quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a three-month follow-up and a control group. The study population consisted of older adults aged 65–87 years residing in Aseman Nursing Home in Tehran during the summer of 2025. Using convenience sampling, 60 eligible participants were selected and randomly assigned to three groups of 20: emotion regulation-based therapy, existential psychotherapy, and control. Each intervention group received eight 90-minute group sessions, whereas the control group received no study intervention. Quality of life was assessed using the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons. Repeated-measures analysis showed a significant main effect of time on quality of life ($F=21.24$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.27$). The main effect of group was also significant ($F=5.35$, $p=0.007$, $\eta p^2=0.16$), as was the time×group interaction ($F=5.98$, $p<0.001$, $\eta p^2=0.17$). Post hoc comparisons indicated that existential psychotherapy produced significantly higher quality-of-life scores than the control condition at posttest (MD=9.75, $p=0.005$) and follow-up (MD=10.80, $p<0.001$). Emotion regulation-based therapy also significantly outperformed the control group at follow-up (MD=6.85, $p=0.008$). However, the direct difference between the two intervention groups was not statistically significant (MD=2.46, $p=1.000$). Both interventions were effective in improving quality of life among nursing-home residents, although existential psychotherapy demonstrated a stronger and more sustained effect relative to the control group; nevertheless, no significant difference was found between the two active interventions.

Keywords: *Older Adults, Quality of Life, Emotion Regulation-Based Therapy, Existential Psychotherapy, Nursing Home.*



Maryam Mehdipour[1], Shahnaz Mohammadi[2]*, Mansooreh Fazilati[3]

1. Department of General psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Department of General and Exceptional psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: Smohammadi@khu.ac.ir

How to cite: Mehdipour, M., Mohammadi, Sh., & Fazilati, M. (2025). Comparison of the Effectiveness of Emotion Regulation-Based Therapy and Existential Psychotherapy on Quality of Life in Older Adults Residing in a Nursing Home. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, *3*(4), 1-20.

© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC4.0) License.

مقدمه

افزایش امید به زندگی و رشد جمعیت سالمندان، یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیت‌شناختی دهه‌های اخیر در بسیاری از جوامع به شمار می‌رود و پیامدهای گسترده‌ای برای نظام‌های سلامت، خدمات اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با مراقبت بلندمدت به همراه داشته است. سالمندی صرفاً مرحله‌ای زیستی از چرخه زندگی نیست، بلکه دوره‌ای پیچیده است که در آن تغییرات جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و وجودی به‌صورت هم‌زمان رخ می‌دهند و می‌توانند کیفیت زندگی فرد را به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار دهند. در این دوره، کاهش توان جسمانی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، محدودشدن استقلال فردی، کاهش نقش‌های اجتماعی، بازنشستگی، فقدان همسر یا دوستان، کاهش شبکه حمایت اجتماعی و افزایش وابستگی به دیگران از جمله عواملی هستند که می‌توانند تجربه سالمندی را دشوارتر سازند. این شرایط در میان سالمندانی که در مراکز مراقبت بلندمدت و سراهای سالمندان زندگی می‌کنند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا انتقال از محیط زندگی شخصی به محیط سازمانی ممکن است با محدودیت در انتخاب، کاهش احساس کنترل، تغییر در روابط اجتماعی و تجربه انزوا همراه شود (Kawashima et al., 2025; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

کیفیت زندگی در سالمندان مفهومی چندبعدی است که ابعاد سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیط زندگی، میزان استقلال و ادراک فرد از رضایت و معنا در زندگی را دربرمی‌گیرد. از این منظر، کیفیت زندگی صرفاً به فقدان بیماری محدود نمی‌شود، بلکه چگونگی ارزیابی فرد از شرایط زندگی خود در بستر ارزش‌ها، انتظارات، نیازها و اهداف شخصی را نیز شامل می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی و محیطی قرار دارد و ویژگی‌هایی مانند وضعیت سلامت، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره، میزان مشارکت اجتماعی، سطح حمایت اجتماعی، شرایط اقتصادی، وضعیت تأهل، کیفیت محیط زندگی و امکانات ارائه‌شده در مراکز مراقبتی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در این زمینه داشته باشند (Głowacka et al., 2024; Kawashima et al., 2025). در سالمندان ساکن مراکز شبانه‌روزی، کیفیت زندگی همچنین با نحوه ارائه خدمات، فضای روانی و اجتماعی مرکز، فرصت‌های تعامل، میزان استقلال و امکان مشارکت در فعالیت‌های معنادار ارتباط دارد (Rahja et al., 2022; Uceda Portillo et al., 2023).

مرور مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان ایرانی تحت تأثیر عوامل متعدد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد و کاهش سلامت، تنهایی، محدودیت‌های عملکردی و ضعف حمایت اجتماعی می‌توانند به افت قابل‌توجه آن منجر شوند (Kazemi et al., 2019). سالمندان ساکن سراهای سالمندان به دلیل فاصله گرفتن از محیط آشنا، تغییر ساختار روابط خانوادگی، کاهش تماس با نزدیکان و کاهش مشارکت در نقش‌های سابق، ممکن است در معرض تجربه‌های هیجانی و روان‌شناختی دشوارتری قرار گیرند. برخی پژوهش‌ها در بافت سالمندان ساکن مراکز نگهداری نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی و معنوی می‌توانند در بهبود نگرش به زندگی، امید و سازگاری با شرایط سالمندی مؤثر باشند و از این طریق ظرفیت بالقوه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی ایجاد کنند (Sotoudehnia & Mahmoudi Meymand, 2026).

یکی از عوامل مهمی که می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد، نحوه مدیریت و تنظیم هیجان‌هاست. سالمندی با مجموعه‌ای از تغییرات و فقدان‌ها همراه است که ممکن است هیجان‌هایی مانند غم، ترس، نگرانی، خشم، احساس درماندگی و تنهایی را افزایش دهد. توانایی فرد در شناسایی، درک، پذیرش و مدیریت این تجربه‌های هیجانی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامت روان و سازگاری با چالش‌های سالمندی داشته باشد. تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که فرد از طریق آن‌ها نوع، شدت، مدت و نحوه تجربه یا ابراز هیجان‌های خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چارچوب نظری گراس، تنظیم هیجان را فرایندی پویا می‌داند که می‌تواند در مراحل مختلف شکل‌گیری هیجان، از انتخاب یا اصلاح موقعیت تا هدایت توجه، ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ هیجانی، رخ دهد (Gross & Ford, 2014).

اهمیت تنظیم هیجان در دوره سالمندی از آن جهت بیشتر می‌شود که سالمندان به دلیل تجربه محدودیت‌های جسمانی، کاهش استقلال، فقدان‌های بین‌فردی و نگرانی درباره آینده، ممکن است بیش از گذشته با موقعیت‌های هیجان‌برانگیز مواجه شوند. بااین‌حال، پژوهش‌ها نشان

می‌دهند که رابطه میان سالمندی و تنظیم هیجان ساده و خطی نیست. سالمندان ممکن است در برخی زمینه‌ها به دلیل تجربه بیشتر و تغییر در اولویت‌های انگیزشی از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کنند، اما در شرایط خاص مانند فشار روان‌شناختی شدید، ضعف شناختی یا محدودیت محیطی، انعطاف‌پذیری آنان در انتخاب و تغییر راهبردهای تنظیم هیجان کاهش یابد (Isaacowitz & English, 2024). همچنین، یافته‌های مربوط به زندگی روزمره نشان داده‌اند که تفاوت‌های سنی نه‌تنها در نوع راهبردهای تنظیم هیجان، بلکه در انعطاف‌پذیری استفاده از این راهبردها و تناسب آن‌ها با شرایط محیطی نیز مشاهده می‌شود (Whitmoyer et al., 2024).

مرور نظام‌مند پژوهش‌های مرتبط با تنظیم هیجان در سالمندان نیز نشان داده است که مشکلات در تنظیم هیجان می‌تواند با پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی، افزایش خلق منفی و کاهش سازگاری همراه باشد، درحالی‌که بهره‌گیری از راهبردهایی نظیر بازارزیابی شناختی، پذیرش هیجان و تنظیم انعطاف‌پذیر می‌تواند با سلامت روان بهتر مرتبط باشد (Sardella et al., 2023). از همین رو، مداخلاتی که مستقیماً بر شناخت، پذیرش و مدیریت هیجان‌ها تمرکز می‌کنند، می‌توانند برای سالمندان مفید باشند. شواهد فراتحلیلی نیز حاکی از آن است که رویکردهای هیجان‌محور و مداخلات مبتنی بر کار با هیجان‌ها می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی سالمندان را بهبود بخشند و در برخی موارد با ارتقای عملکرد شناختی نیز همراه باشند (Lin et al., 2024). این یافته‌ها از این فرض حمایت می‌کنند که مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند با افزایش توانایی سالمندان در مدیریت تجربه‌های هیجانی و کاهش پاسخ‌های ناکارآمد، زمینه ارتقای کیفیت زندگی آنان را فراهم سازد.

تنظیم هیجان از طریق چند مسیر می‌تواند بر کیفیت زندگی سالمندان اثرگذار باشد. نخست، کاهش شدت و تداوم هیجان‌های منفی می‌تواند فشار روان‌شناختی روزمره را کاهش دهد. دوم، بهبود مهارت‌های شناختی و رفتاری برای مواجهه با موقعیت‌های دشوار، احساس کنترل و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. سوم، بهبود ابراز هیجان و مهارت‌های بین‌فردی می‌تواند به حفظ یا تقویت روابط اجتماعی منجر شود. این نکته برای سالمندان ساکن سراهای سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تنهایی و انزوای اجتماعی از مشکلات شایع این گروه است و پژوهش‌ها بر ضرورت استفاده از مداخلاتی برای کاهش انزوا و تقویت ارتباط‌های اجتماعی در مراکز مراقبت بلندمدت تأکید کرده‌اند (Raciti et al., 2022). علاوه بر این، وضعیت هیجانی سالمندان می‌تواند با حمایت اجتماعی و احساس توانایی آنان در مقابله با دشواری‌ها مرتبط باشد. در مطالعه‌ای در سالمندان ایرانی، نقش عاطفه منفی، خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در تبیین بهزیستی روان‌شناختی مورد تأکید قرار گرفته است (Mohammadi et al., 2022).

در کنار تنظیم هیجان، مسائل وجودی جایگاه مهمی در تجربه سالمندی دارند. سالمندی دوره‌ای است که در آن فرد بیش از گذشته با موضوعاتی مانند محدودیت زمانی، مرگ، فقدان، تنهایی، آزادی، مسئولیت، گذشته زندگی و معنای زیستن روبه‌رو می‌شود. کاهش نقش‌های اجتماعی و حرفه‌ای، از دست دادن نزدیکان، تغییر وضعیت جسمانی و وابستگی بیشتر به دیگران می‌توانند پرسش‌هایی اساسی درباره ارزش زندگی، هویت فردی و معنای ادامه زیستن ایجاد کنند. مرور پژوهش‌های مربوط به سالمندی وجودی نشان می‌دهد که موضوعاتی مانند مرگ، معنا، تنهایی و مواجهه با محدودیت‌های نهایی زندگی از عناصر اساسی تجربه سالمندی هستند و توجه به این ابعاد می‌تواند در فهم عمیق‌تر وضعیت روان‌شناختی سالمندان نقش مهمی داشته باشد (Kellehear & Garrido, 2023).

در سالمندان ساکن مراکز نگهداری، موضوع معنا اهمیت دوچندانی دارد؛ زیرا زندگی در محیط سازمانی ممکن است فرصت‌های سابق برای انجام نقش‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی را کاهش دهد و فرد را با احساس بی‌هدف‌بودن یا کاهش ارزشمندی مواجه سازد. یافته‌های مربوط به سالمندان مراکز مراقبت بلندمدت نشان داده‌اند که احساس معنا در زندگی می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند روابط اجتماعی، وضعیت سلامت، نگرش فرد به زندگی و میزان مشارکت در فعالیت‌های معنادار قرار گیرد (Hung, 2022). از این منظر، مداخله‌ای که به سالمند کمک کند تجربه‌های گذشته را بازنگری کند، ارزش‌های شخصی خود را دوباره بشناسد، با محدودیت‌ها و فقدان‌ها مواجه شود و منابع تازه‌ای برای معنا بیابد، می‌تواند تأثیر مهمی بر سازگاری روانی و کیفیت زندگی وی داشته باشد.

روان‌درمانی وجودی یکی از رویکردهایی است که مستقیماً به این دغدغه‌های بنیادین می‌پردازد. این رویکرد بر آن است که اضطراب و رنج روان‌شناختی تنها پیامد نشانه‌های بالینی نیستند، بلکه می‌توانند از مواجهه فرد با مسائل بنیادی زندگی نظیر مرگ، آزادی، مسئولیت، تنهایی و فقدان معنا ناشی شوند. هدف روان‌درمانی وجودی حذف کامل اضطراب یا رنج نیست، بلکه کمک به فرد برای مواجهه اصیل‌تر با واقعیت‌های زندگی، پذیرش محدودیت‌ها، افزایش مسئولیت‌پذیری، تقویت انتخاب آگاهانه و ایجاد یا بازسازی معنای شخصی است. شواهد فراتحلیلی نشان داده‌اند که درمان‌های وجودی می‌توانند بر طیفی از پیامدهای روان‌شناختی اثر مثبت داشته باشند و به‌ویژه مداخلات مبتنی بر معنا در بهبود برخی شاخص‌های روان‌شناختی مؤثرند (Vos et al., 2015).

در سال‌های اخیر، کاربرد مداخلات وجودی در سالمندان نیز بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های کیفی حاصل از درمان گروهی وجودی در سالمندان دارای ناراحتی روان‌شناختی نشان داده‌اند که تغییر درمانی می‌تواند از مسیرهایی مانند افزایش خودآگاهی، بازنگری در زندگی، تجربه ارتباط با دیگران، پذیرش آسیب‌پذیری و یافتن شیوه‌های تازه برای معنا دادن به زندگی رخ دهد (Erling et al., 2025). این امر به‌ویژه در محیط‌های مراقبت بلندمدت اهمیت دارد، زیرا سالمندان ساکن این مراکز ممکن است علاوه بر مشکلات جسمانی، با کاهش احساس استقلال، تنهایی، فقدان نقش و نگرانی درباره پایان زندگی مواجه باشند. بنابراین، روان‌درمانی وجودی می‌تواند با کمک به سالمند برای بازتعریف تجربه سالمندی و یافتن معنایی سازگار با شرایط کنونی، کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار دهد.

از سوی دیگر، شواهد موجود درباره مداخلات روان‌شناختی در مراکز مراقبت بلندمدت نشان می‌دهد که ارائه درمان‌های ساختارمند در این محیط‌ها امکان‌پذیر است و می‌تواند به بهبود پیامدهای روان‌شناختی سالمندان منجر شود. مرور کاکرین درباره درمان‌های روان‌شناختی برای سالمندان دارای افسردگی در مراکز مراقبت بلندمدت نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش نشانه‌های هیجانی و بهبود وضعیت روانی برخی سالمندان مؤثر باشند، هرچند کیفیت شواهد و میزان اثربخشی در مطالعات مختلف متفاوت است (Davison et al., 2024). همچنین، مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخلات مربوط به سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان دارای مشکلات روانی در مراکز مراقبت بلندمدت نشان داده است که مداخلات روان‌شناختی و حمایتی، در صورت تناسب با نیازهای این جمعیت، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان کمک کنند (Ngamwongwiwat et al., 2023).

بااین‌حال، کیفیت زندگی سالمندان در مراکز نگهداری تنها از مسیر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بهبود نمی‌یابد. پژوهش‌های مربوط به مداخلات بازتوانی و توانمندسازی نشان می‌دهند که حفظ استقلال، مشارکت فعال و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره از عناصر مهم زندگی مطلوب در محیط‌های مراقبت بلندمدت هستند (Rahja et al., 2022). همچنین، مداخلات کاردرمانی و فعالیت‌محور با ایجاد فرصت برای مشارکت، احساس شایستگی و تعامل اجتماعی می‌توانند به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کمک کنند (Uceda Portillo et al., 2023). بنابراین، مداخلات روان‌شناختی زمانی بیشترین فایده را خواهند داشت که علاوه بر کاهش ناراحتی روانی، توانایی فرد برای سازگاری، احساس کنترل، ارتباط با دیگران و یافتن معنا را نیز تقویت کنند.

این مسئله ضرورت مقایسه رویکردهای درمانی با سازوکارهای متفاوت را برجسته می‌کند. درمان مبتنی بر تنظیم هیجان عمدتاً بر فرایندهای هیجانی و شناختی متمرکز است و تلاش می‌کند توانایی فرد را در شناسایی، تعدیل و ابراز سازگارانه هیجان‌ها افزایش دهد. در مقابل، روان‌درمانی وجودی بیشتر بر نگرش فرد به زندگی، محدودیت‌های وجودی، معنا، مسئولیت، تنهایی و پذیرش واقعیت‌های بنیادی متمرکز است. از نظر نظری، هر دو رویکرد می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را بهبود دهند، اما مسیر اثرگذاری آن‌ها متفاوت است. رویکرد تنظیم هیجان می‌تواند با کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به بهبود سازگاری منجر شود، درحالی‌که رویکرد وجودی ممکن است از طریق افزایش معنا، پذیرش و انسجام تجربه زندگی اثر بگذارد (Gross & Ford, 2014; Kellehear & Garrido, 2023).

اهمیت مقایسه این دو رویکرد زمانی بیشتر می‌شود که تفاوت‌های فردی و موقعیتی سالمندان در نظر گرفته شوند. برخی سالمندان ممکن است بیش از هر چیز با نوسانات هیجانی، نگرانی و دشواری در مدیریت هیجان‌های منفی مواجه باشند و از مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان

بیشتر بهره ببرند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است مشکلات خود را عمدتاً در قالب فقدان معنا، احساس تنهایی، نگرانی درباره مرگ یا ناتوانی در پذیرش شرایط کنونی تجربه کنند و در نتیجه از روان‌درمانی وجودی سود بیشتری ببرند. در همین راستا، ادبیات سالمندی بر ضرورت توجه به انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای هیجانی و تناسب مداخله با بافت و نیاز فرد تأکید کرده است (Isaacowitz & English, 2024; Whitmoyer et al., 2024). همچنین، شواهد مربوط به تغییرات کیفیت زندگی در مراکز اقامتی نشان می‌دهد که عوامل فردی و ویژگی‌های محیط مراقبتی به‌طور هم‌زمان در مسیر کیفیت زندگی نقش دارند و مداخلات باید این پیچیدگی را در نظر بگیرند (Kawashima et al., 2025).

با وجود افزایش مطالعات مربوط به کیفیت زندگی سالمندان، تنظیم هیجان، معنا و درمان‌های روان‌شناختی، هنوز شکاف‌هایی در ادبیات پژوهشی وجود دارد. بخش قابل‌توجهی از مطالعات، یک مداخله را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند و پژوهش‌های مقایسه‌ای که دو رویکرد با مبانی نظری متفاوت را در سالمندان ساکن سراهای سالمندان مقایسه کنند، محدود است. علاوه بر این، در بسیاری از پژوهش‌ها ارزیابی پیامدها به مرحله پس‌آزمون محدود بوده و پایداری اثر درمان در دوره پیگیری کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که در جمعیت سالمندان، پایداری اثر مداخله اهمیت زیادی دارد؛ زیرا تغییر کوتاه‌مدت بدون استمرار ممکن است از نظر بالینی ارزش محدودی داشته باشد. همچنین، مرورهای موجود درباره کیفیت زندگی در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان بر ناهمگونی مداخلات و ضرورت مطالعات دقیق‌تر برای تعیین رویکردهای مؤثر تأکید کرده‌اند (Ngamwongwiwat et al., 2023; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

در مجموع، کیفیت زندگی سالمندان ساکن سراهای سالمندان پیامدی چندبعدی است که از تعامل عوامل جسمانی، هیجانی، اجتماعی، محیطی و وجودی تأثیر می‌پذیرد. از یک سو، تنظیم سازگارانه هیجان‌ها می‌تواند به کاهش آشفتگی روانی، بهبود روابط و افزایش احساس کنترل کمک کند و از سوی دیگر، مواجهه سازنده با مسائل وجودی و یافتن معنا می‌تواند به پذیرش سالمندی، انسجام تجربه زندگی و حفظ احساس ارزشمندی منجر شود. شواهد موجود هم از اهمیت کار با هیجان‌ها در سالمندان حمایت می‌کنند و هم ظرفیت درمان‌های وجودی را برای بهبود پیامدهای روان‌شناختی نشان می‌دهند (Erling et al., 2025; Lin et al., 2024; Sardella et al., 2023; Vos et al., 2015). با توجه به اهمیت بهبود کیفیت زندگی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری و کمبود مطالعات مقایسه‌ای در این زمینه، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را سالمندان ۶۵ تا ۸۷ ساله ساکن خانه سالمندان آسمان در شهر تهران در تابستان ۲۰۲۶ تشکیل دادند. به‌منظور تعیین حجم نمونه مناسب، از نرم‌افزار G*Power استفاده شد و محاسبات با در نظر گرفتن سه گروه پژوهشی، سه مرحله اندازه‌گیری، سطح معناداری ۰،۰۰۵، توان آماری ۰،۹۵ و اندازه اثر ۰،۲۵ انجام گرفت. بر اساس نتایج این برآورد، حداقل حجم نمونه موردنیاز ۵۴ نفر تعیین شد؛ بااین‌حال، با توجه به احتمال ریزش شرکت‌کنندگان در طول اجرای مداخلات و مرحله پیگیری و به‌منظور حفظ توان آماری مطلوب پژوهش، تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و از میان سالمندان واجد شرایط ساکن مرکز انجام شد و پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان با استفاده از تخصیص تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، گروه روان‌درمانی وجودی و گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۶۵ تا ۸۷ سال، سکونت در خانه سالمندان آسمان، برخورداری از وضعیت جسمانی و شناختی مناسب برای حضور در جلسات و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، نداشتن اختلال روان‌پزشکی شدید یا فعال بر اساس ارزیابی بالینی و سوابق درمانی، داشتن توانایی خواندن و نوشتن در حد موردنیاز برای تکمیل ابزار پژوهش و اعلام آمادگی برای مشارکت در برنامه درمانی بود. وضعیت جسمانی و شناختی اولیه شرکت‌کنندگان با

استفاده از پرونده پزشکی آنان و نظر پزشک مرکز بررسی شد. معیارهای خروج نیز شامل شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی یا درمانی مؤثر بر متغیرهای پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از برنامه مداخله، بروز اختلال روان‌پزشکی شدید یا فعال در جریان پژوهش، انصراف از ادامه مشارکت، خودداری از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و بروز مشکلات جسمانی حاد که مانع ادامه حضور در جلسات می‌شد، بود. پیش از آغاز مداخلات، کیفیت زندگی تمامی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون ارزیابی شد. سپس دو گروه آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل طی این دوره مداخله اختصاصی مورد بررسی را دریافت نکرد. بلافاصله پس از پایان مداخلات، مرحله پس‌آزمون در هر سه گروه انجام شد و سه ماه پس از پایان جلسات نیز ارزیابی پیگیری اجرا گردید. در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی شامل ارائه توضیحات کافی درباره اهداف و مراحل مطالعه، اخذ رضایت آگاهانه، محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت، حق خروج از پژوهش در هر زمان و رعایت وضعیت جسمانی و روان‌شناختی سالمندان مورد توجه قرار گرفت.

برای سنجش کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization Quality of Life-BREF; WHOQOL-BREF) استفاده شد. این ابزار در سال ۱۹۹۶ توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت تدوین شده و شامل ۲۶ گویه است که کیفیت زندگی افراد را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی ارزیابی می‌کند؛ افزون بر این، دو گویه نخست پرسش‌نامه به‌ترتیب ادراک کلی فرد از کیفیت زندگی و رضایت وی از وضعیت عمومی سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود و گویه‌های ۳، ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پس از محاسبه نمرات خام هر حیطه، نمرات بر اساس دستورالعمل پرسش‌نامه به مقیاس صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح مطلوب‌تر کیفیت زندگی هستند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار در مطالعات داخلی بررسی شده است؛ نصیری (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰٫۸۸ گزارش کرد و ضرایب پایایی بازآزمایی برای ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی به‌ترتیب ۰٫۷۷، ۰٫۷۷، ۰٫۷۵ و ۰٫۸۴ به دست آمد. همچنین، نتایج بررسی‌های روان‌سنجی انجام‌شده در جامعه ایرانی از ساختار چهارعاملی و روایی سازه مناسب نسخه فارسی WHOQOL-BREF حمایت کرده است. در پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه برای هر سه گروه اجرا شد تا تغییرات کیفیت زندگی در طول زمان و تفاوت میان گروه‌های پژوهشی بررسی شود.

مداخله درمان مبتنی بر تنظیم هیجان با اقتباس از فرایندهای تنظیم هیجان مطرح‌شده در مدل گراس و فورد و در قالب هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، ضمن آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، اهداف کلی و اختصاصی برنامه درمانی تشریح، انتظارات و اهداف فردی شرکت‌کنندگان مشخص و قواعد مربوط به حضور، مشارکت، احترام متقابل و محرمانگی در جلسات بیان شد؛ همچنین اهمیت هیجان‌ها و نقش تنظیم هیجان در سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان مورد بحث قرار گرفت. جلسه دوم به آموزش مفهوم هیجان، انواع هیجان‌های مثبت و منفی، مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان و تأثیر هیجان‌ها بر رفتار و روابط روزمره اختصاص یافت. در جلسه سوم، شرکت‌کنندگان به خودارزیابی تجربه‌های هیجانی، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان، تشخیص آسیب‌پذیری‌های هیجانی و بررسی شیوه‌های معمول خود برای مواجهه با هیجان‌ها پرداختند. در جلسه چهارم، راهبردهای اصلاح موقعیت و حل مسئله آموزش داده شد و بر کاهش انزوای اجتماعی و رفتارهای اجتنابی و همچنین تقویت مهارت‌های بین‌فردی مانند گفت‌وگوی مؤثر، ابراز وجود و مدیریت تعارض تأکید شد. جلسه پنجم به آموزش هدایت و گسترش توجه، کاهش تمرکز افراطی بر افکار منفی، کنترل نشخوار فکری و نگرانی و تمرین تغییر کانون توجه از محرک‌های هیجان‌زای منفی به محرک‌های سازنده‌تر اختصاص یافت. در جلسه ششم، نقش ارزیابی‌های شناختی در شکل‌گیری و تداوم پاسخ‌های هیجانی بررسی شد و شرکت‌کنندگان ضمن شناسایی ارزیابی‌های شناختی ناکارآمد، راهبرد بازارزیابی شناختی و ایجاد تفسیرهای جایگزین و واقع‌بینانه‌تر را تمرین کردند. جلسه هفتم بر بررسی پیامدهای بازداری و سرکوب هیجانی، آموزش شیوه‌های مناسب ابراز هیجان و تمرین تکنیک‌های آرمیدگی و کاهش برانگیختگی جسمانی متمرکز بود. در جلسه هشتم، تمامی مهارت‌های آموخته‌شده

مرور و یکپارچه شد، میزان دستیابی افراد به اهداف اولیه ارزیابی گردید و راهکارهایی برای تعمیم مهارت‌های تنظیم هیجان به موقعیت‌های واقعی زندگی و حفظ دستاوردهای درمانی ارائه شد. در آغاز هر جلسه، مطالب و تکالیف جلسه قبل مرور و تجربه شرکت‌کنندگان از کاربرد مهارت‌ها بررسی می‌شد و در پایان جلسات نیز تمرین‌هایی متناسب با محتوای آموزش‌داده‌شده برای اجرا در فاصله میان جلسات تعیین می‌گردید.

مداخله روان‌درمانی وجودی با تأکید بر اصول و مفاهیم اساسی رویکرد یالوم و با تمرکز بر دغدغه‌های بنیادین وجودی شامل مرگ، آزادی، مسئولیت، تنهایی و معنای زندگی، در قالب هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، اعضای گروه با درمانگر و سایر شرکت‌کنندگان آشنا شدند، قواعد گروه و اصول محرمانگی تشریح شد و از طریق ایجاد فضای امن و پذیرنده، زمینه لازم برای شکل‌گیری اعتماد و تعامل میان اعضا فراهم گردید؛ سپس مفاهیم اساسی رویکرد وجودی و ارتباط آن‌ها با تجربه سالمندی معرفی شد. جلسه دوم به بررسی مفهوم مرگ به‌عنوان واقعیتی اجتناب‌ناپذیر از زندگی، اضطراب ناشی از مرگ، تجربه فقدان‌های دوره سالمندی و تأثیر آگاهی از محدودیت زمانی زندگی بر انتخاب‌ها و سبک زیستن اختصاص یافت. در جلسه سوم، مفهوم معنا در زندگی مورد بررسی قرار گرفت و شرکت‌کنندگان با مرور تجربه‌های گذشته، ارزش‌ها، روابط، دستاوردها و فعالیت‌های معنادار خود، به شناسایی منابع شخصی معنا و راه‌های ایجاد یا تقویت معنا در زندگی روزمره پرداختند. جلسه چهارم با تمرکز بر تجربه تنهایی برگزار شد و انواع تنهایی بین‌فردی، درون‌روانی و وجودی مورد بحث قرار گرفت؛ همچنین شیوه‌های مواجهه سازنده با احساس تنهایی و ایجاد ارتباط اصیل با دیگران بررسی شد. در جلسه پنجم، مفاهیم آزادی، انتخاب و مسئولیت فردی مطرح گردید و شرکت‌کنندگان تشویق شدند حوزه‌هایی از زندگی را که همچنان امکان انتخاب و اعمال مسئولیت شخصی در آن‌ها وجود دارد، شناسایی کنند. جلسه ششم بر پذیرش خود و واقعیت‌های تغییرناپذیر زندگی متمرکز بود و شرکت‌کنندگان با مرور محدودیت‌های جسمانی، تجربه‌های گذشته و شرایط فعلی، تمرین‌هایی را در زمینه پذیرش، خودشفقتی و کاهش تعارض با جنبه‌های غیرقابل تغییر زندگی انجام دادند. در جلسه هفتم، روابط اصیل، صداقت در ارتباط، نزدیکی عاطفی، ابراز نیازها و ایجاد پیوندهای معنادار با دیگران مورد تأکید قرار گرفت و نقش روابط انسانی در کاهش احساس انزوا و افزایش کیفیت زندگی سالمندان بررسی شد. در جلسه هشتم، محتوای جلسات پیشین مرور و یکپارچه شد و اعضای گروه درباره تغییرات ادراک‌شده در نگرش خود نسبت به زندگی، سالمندی، مرگ، روابط، انتخاب و معنا گفت‌وگو کردند؛ همچنین راهکارهای حفظ دستاوردهای درمانی و ادامه استفاده از آموخته‌ها در زندگی روزمره مورد بررسی قرار گرفت. در پایان هر جلسه، متناسب با موضوع مورد بحث، تکالیفی برای تأمل فردی، مرور تجربه‌های زندگی، شناسایی ارزش‌ها و اجرای آموخته‌ها در موقعیت‌های روزمره تعیین می‌شد و در جلسه بعد تجربه انجام این تکالیف مورد بحث قرار می‌گرفت.

داده‌های حاصل از سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه پس از بررسی اولیه، کدگذاری و وارد نرم‌افزار آماری شدند. برای توصیف ویژگی‌های نمونه و متغیر کیفیت زندگی از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت؛ به این منظور، نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو–ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و فرض کرویت برای عامل درون‌گروهی زمان با آزمون ماچلی ارزیابی شد. در مواردی که فرض کرویت نقض می‌شد، از اصلاح گرین‌هاوس–گایزر برای تعدیل درجات آزادی استفاده شد. برای بررسی تغییرات کیفیت زندگی در سه مرحله اندازه‌گیری و مقایسه الگوی تغییرات میان گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، گروه روان‌درمانی وجودی و گروه کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل بین‌گروهی «گروه» و عامل درون‌گروهی «زمان» استفاده شد. در این تحلیل، اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان × گروه بررسی گردید. در صورت مشاهده تفاوت معنادار، از مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی برای تعیین محل دقیق تفاوت‌ها میان مراحل اندازه‌گیری و گروه‌های پژوهشی استفاده شد. همچنین اندازه اثر با استفاده از مجذور اتای جزئی گزارش شد تا میزان تأثیر عملی مداخلات در کنار معناداری آماری مشخص شود. تمامی آزمون‌های آماری به‌صورت دوطرفه انجام شدند و سطح معناداری ۰.۰۵ برای تصمیم‌گیری آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۶۰ سالمند در سه گروه ۲۰ نفره شامل روان‌درمانی وجودی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل شرکت داشتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه روان‌درمانی وجودی ۶۸٫۶۵ سال با انحراف معیار ۳٫۵۸، در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ۷۴٫۱۵ سال با انحراف معیار ۹٫۶۳ و در گروه کنترل ۷۱٫۴۰ سال با انحراف معیار ۶٫۵۵ بود. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۲۷ نفر (۴۵٫۰ درصد) زن و ۳۳ نفر (۵۵٫۰ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۰ نفر (۱۶٫۷ درصد) مجرد، ۱۰ نفر (۱۶٫۷ درصد) متأهل، ۱۶ نفر (۲۶٫۷ درصد) مطلقه و ۲۴ نفر (۴۰٫۰ درصد) بیوه بودند. از نظر تعداد فرزندان، بیشترین فراوانی مربوط به افراد بدون فرزند با ۲۱ نفر (۳۵٫۰ درصد) و پس از آن افراد دارای دو فرزند با ۱۵ نفر (۲۵٫۰ درصد) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۵ نفر (۴۱٫۷ درصد) بی‌سواد، ۱۷ نفر (۲۸٫۳ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۴ نفر (۲۳٫۳ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۲ نفر (۳٫۳ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۲ نفر (۳٫۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند. همچنین، ۲۹ نفر (۴۸٫۳ درصد) شاغل، ۱۶ نفر (۲۶٫۷ درصد) بیکار و ۱۵ نفر (۲۵٫۰ درصد) بازنشسته بودند. از نظر وضعیت اقتصادی نیز ۳۴ نفر (۵۶٫۷ درصد) وضعیت اقتصادی نامطلوب، ۲۵ نفر (۴۱٫۷ درصد) وضعیت متوسط و تنها یک نفر (۱٫۷ درصد) وضعیت اقتصادی مطلوب داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در سه گروه و سه مرحله اندازه‌گیری

گروه	پیش‌آزمون M(SD)	پس‌آزمون M(SD)	پیگیری M(SD)
روان‌درمانی وجودی	۷۶.۱۵ (۱۰.۵۰)	۸۳.۲۰ (۱۰.۹۹)	۸۳.۴۵ (۸.۸۰)
درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۷۶.۵۵ (۱۰.۰۱)	۷۹.۳۵ (۸.۷۹)	۷۹.۵۰ (۶.۳۰)
کنترل	۷۲.۳۰ (۶.۶۸)	۷۳.۴۵ (۷.۸۸)	۷۲.۶۵ (۵.۰۹)

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین کیفیت زندگی در گروه روان‌درمانی وجودی از ۷۶٫۱۵ در مرحله پیش‌آزمون به ۸۳٫۲۰ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز در سطح ۸۳٫۴۵ باقی ماند. در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز میانگین کیفیت زندگی از ۷۶٫۵۵ در پیش‌آزمون به ۷۹٫۳۵ در پس‌آزمون و ۷۹٫۵۰ در پیگیری افزایش یافت. در مقابل، تغییرات گروه کنترل محدود بود؛ به‌طوری‌که میانگین نمرات از ۷۲٫۳۰ در پیش‌آزمون به ۷۳٫۴۵ در پس‌آزمون رسید و در مرحله پیگیری به ۷۲٫۶۵ کاهش یافت. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد که هر دو گروه دریافت‌کننده مداخله پس از درمان افزایش نمرات کیفیت زندگی را تجربه کردند، اما میزان افزایش در گروه روان‌درمانی وجودی بیشتر بود و این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات کیفیت زندگی در گروه روان‌درمانی وجودی ($W = ۰.۹۵, p = ۰.۳۹$)، گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ($W = ۰.۹۰, p = ۰.۰۶$) و گروه کنترل ($W = ۰.۹۸, p = ۰.۹۷$) تفاوت معناداری با توزیع نرمال نداشت و در نتیجه مفروضه نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین، آزمون لوین نشان داد که تفاوت واریانس نمرات میان سه گروه از نظر آماری معنادار نبود ($F(۲, ۵۷) = ۲.۸۳, p = ۰.۰۷$) و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بااین‌حال، آزمون Box’s M نشان داد که مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس–کوواریانس برقرار نیست ($Box’s M = ۲۶.۹۱, F = ۲.۰۷, p < ۰.۰۰۱$). افزون بر این، نتیجه آزمون ماچلی نیز بیانگر نقض مفروضه کرویت بود ($Mauchl y’s W = ۰.۸۳, \chi^2(۲) = ۱۰.۶۴, p = ۰.۰۰۵$). بر این اساس، در تحلیل اثرات درون‌آزمودنی از درجات آزادی اصلاح‌شده بر اساس روش گرین‌هاوس–گایزر استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	ηp^2
زمان	۵۱۸.۹۳	۱.۷۰	۳۰۴.۳۴	۲۱.۲۴	<۰.۰۰۱	۰.۲۷
گروه	۲۰۸۶.۹۳	۲.۰۰	۱۰۴۳.۴۶	۵.۳۵	۰.۰۰۷	۰.۱۶
زمان × گروه	۲۹۲.۴۳	۳.۴۱	۸۵.۷۶	۵.۹۸	<۰.۰۰۱	۰.۱۷

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی زمان بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنادار بود، $F = ۲۱.۲۴, p < ۰.۰۰۱, \eta p^2 = ۰.۲۷$؛ بنابراین، نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر معناداری داشتند. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود، $F = ۵.۳۵, p = ۰.۰۰۷, \eta p^2 = ۰.۱۶$، که نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی در سه گروه پژوهش یکسان نبوده است. مهم‌تر آنکه اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار به دست آمد، $F = ۵.۹۸, p < ۰.۰۰۱, \eta p^2 = ۰.۱۷$. معناداری این تعامل نشان می‌دهد که الگوی تغییر کیفیت زندگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه متفاوت بوده است؛ به بیان دیگر، تغییرات مشاهده‌شده در کیفیت زندگی تنها ناشی از گذشت زمان نبوده، بلکه به نوع مداخله دریافتی نیز وابسته بوده است. مقدار مجذور اتای جزئی برای تعامل زمان و گروه برابر با ۰,۱۷ بود که نشان‌دهنده اندازه اثر قابل‌توجه مداخلات بر روند تغییر کیفیت زندگی است.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی تعقیبی با اصلاح بونفرونی برای کیفیت زندگی

سطح مقایسه	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین	p
اثر اصلی گروه	روان‌درمانی وجودی	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	۲.۴۶	۱.۰۰۰
اثر اصلی گروه	روان‌درمانی وجودی	کنترل	۸.۱۳	۰.۰۰۷
اثر اصلی گروه	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	کنترل	۵.۶۶	۰.۰۹۱
پس‌آزمون	روان‌درمانی وجودی	کنترل	۹.۷۵	۰.۰۰۵
پیگیری	روان‌درمانی وجودی	کنترل	۱۰.۸۰	<۰.۰۰۱
پیگیری	درمان مبتنی بر تنظیم هیجان	کنترل	۶.۸۵	۰.۰۰۸

نتایج مقایسه‌های زوجی تعقیبی با اصلاح بونفرونی نشان داد که در مقایسه کلی گروه‌ها، میانگین تعدیل‌شده کیفیت زندگی در گروه روان‌درمانی وجودی برابر با ۸۰,۹۳، در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان برابر با ۷۸,۴۶ و در گروه کنترل برابر با ۷۲,۸۰ بود. تفاوت میان گروه روان‌درمانی وجودی و گروه کنترل معنادار بود ($MD = ۸.۱۳, p = ۰.۰۰۷$)، درحالی‌که تفاوت مستقیم بین روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان از نظر آماری معنادار نبود ($MD = ۲.۴۶, p = ۱.۰۰۰$). همچنین، هرچند میانگین کیفیت زندگی در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بالاتر از گروه کنترل بود، تفاوت کلی این دو گروه به سطح معناداری آماری نرسید ($MD = ۵.۶۶, p = ۰.۰۹۱$). بررسی دقیق‌تر تعامل زمان و گروه نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، کیفیت زندگی در گروه روان‌درمانی وجودی به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ($MD = ۹.۷۵, p = ۰.۰۰۵$). این برتری در مرحله پیگیری نیز حفظ شد و حتی تفاوت میانگین به ۱۰,۸۰ افزایش یافت ($p < ۰.۰۰۱$). همچنین، در مرحله پیگیری، گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه کنترل نشان داد ($MD = ۶.۸۵, p = ۰.۰۰۸$). در مجموع، یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله با بهبود کیفیت زندگی سالمندان همراه بودند و آثار آن‌ها در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد؛ بااین‌حال، روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل شواهد آماری قوی‌تر و پایدارتری از اثربخشی نشان داد. با وجود این، تفاوت مستقیم میان روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان از نظر آماری معنادار نبود؛ بنابراین، بر اساس مقایسه مستقیم دو مداخله نمی‌توان برتری قطعی یکی از دو روش را بر دیگری در بهبود کیفیت زندگی نتیجه‌گیری کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان بود. یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی در طول زمان به‌طور معناداری تغییر کرده است و همچنین تفاوت معناداری میان سه گروه روان‌درمانی وجودی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و گروه کنترل مشاهده شد. افزون بر این، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار بود؛ بدین معنا که روند تغییر کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های پژوهش یکسان نبود. بررسی میانگین‌ها نشان داد که هر دو

مداخله با افزایش کیفیت زندگی همراه بودند، اما میزان تغییر در گروه روان‌درمانی وجودی بیشتر بود. همچنین، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری میان گروه روان‌درمانی وجودی و گروه کنترل مشاهده شد و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. در مرحله پیگیری، گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز نسبت به گروه کنترل برتری معناداری نشان داد. بااین‌حال، تفاوت مستقیم میان دو گروه مداخله از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، نتایج نشان می‌دهد که هر دو رویکرد در بهبود کیفیت زندگی سالمندان مؤثر بوده‌اند، هرچند شواهد حاصل از مقایسه با گروه کنترل برای روان‌درمانی وجودی قوی‌تر و پایدارتر بوده است.

معنادار بودن اثر زمان نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی ساختارمند می‌توانند کیفیت زندگی و پیامدهای روان‌شناختی سالمندان ساکن مراکز مراقبت بلندمدت را بهبود دهند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل Ngamwongwiwat و همکاران نشان داد که مداخلات طراحی‌شده برای سلامت روان سالمندان در مراکز مراقبت بلندمدت می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی منجر شوند (Ngamwongwiwat et al., 2023). همچنین، یافته‌های مرور Rodríguez-Martínez و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان به‌شدت تحت تأثیر کیفیت مراقبت، وضعیت روان‌شناختی، تعاملات اجتماعی، میزان استقلال و فرصت مشارکت در فعالیت‌های معنادار قرار دارد (Rodríguez-Martínez et al., 2023). از این منظر، افزایش مشاهده‌شده در کیفیت زندگی پس از مداخلات حاضر را می‌توان ناشی از فراهم‌شدن فضایی ساختارمند برای مشارکت، گفت‌وگو، بازاندیشی، تجربه حمایت گروهی و یادگیری مهارت‌های جدید دانست. یافته مربوط به اثربخشی روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل با مبانی نظری و شواهد پیشین همسو است. سالمندی با مسائل بنیادینی مانند مرگ، فقدان، تنهایی، کاهش استقلال، تغییر نقش‌های اجتماعی و بازنگری در معنای زندگی همراه است. Kellehear و Garrido در مرور خود بر سالمندی وجودی نشان دادند که مواجهه با مسائل مربوط به معنا، مرگ، تنهایی و محدودیت‌های نهایی زندگی بخش مهمی از تجربه روان‌شناختی سالمندی را تشکیل می‌دهد (Kellehear & Garrido, 2023). روان‌درمانی وجودی با تمرکز مستقیم بر این موضوعات می‌تواند به سالمند کمک کند تا شرایط تغییرناپذیر زندگی را بهتر بپذیرد، نسبت به گذشته خود نگرشی منسجم‌تر پیدا کند، منابع شخصی معنا را بازشناسد و در زندگی کنونی خود احساس انتخاب و مسئولیت بیشتری تجربه کند. این تغییرات می‌توانند مستقیماً بر ارزیابی کلی فرد از زندگی و در نتیجه بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارند.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های Erling و همکاران نیز همخوان است. آنان در مطالعه‌ای درباره درمان گروهی وجودی در سالمندان دارای ناراحتی روان‌شناختی نشان دادند که مسیرهای تغییر در این نوع درمان شامل افزایش خودآگاهی، تجربه ارتباط و تعلق، پذیرش آسیب‌پذیری، بازنگری در روایت زندگی و دستیابی به نگرشی معنادارتر نسبت به وضعیت کنونی است (Erling et al., 2025). این فرایندها می‌توانند توضیح دهند که چرا در پژوهش حاضر گروه روان‌درمانی وجودی افزایش قابل‌توجه‌تری در کیفیت زندگی نشان داد. سالمند ساکن سرای سالمندان ممکن است بخشی از استقلال، نقش اجتماعی، ارتباطات خانوادگی یا سبک زندگی پیشین خود را از دست داده باشد. در چنین شرایطی، رویکردی که به فرد کمک می‌کند ارزش خود را صرفاً بر اساس نقش‌های ازدست‌رفته تعریف نکند و امکان یافتن معنا در روابط، خاطرات، ارزش‌ها و تجربه‌های روزمره را بازیابد، می‌تواند بر رضایت کلی از زندگی اثر بگذارد.

یافته‌های حاضر همچنین با فراتحلیل Vos و همکاران درباره اثربخشی درمان‌های وجودی همسو است. آنان نشان دادند که درمان‌های وجودی می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی را بهبود بخشند و به‌ویژه مداخلاتی که بر معنا تمرکز دارند، در کاهش پریشانی و ارتقای بهزیستی اثربخش‌اند (Vos et al., 2015). کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و ارزیابی فرد از معناداری، رضایت، انسجام و ارزش زندگی را نیز دربرمی‌گیرد. بنابراین، مداخله وجودی می‌تواند از طریق تقویت احساس معنا و پذیرش، کاهش تعارض با واقعیت‌های غیرقابل تغییر و ایجاد نگرش فعال‌تر نسبت به انتخاب‌های باقیمانده، ادراک سالمند از کیفیت زندگی را ارتقا دهد. همچنین یافته Hung نشان داده است که معنا در

زندگی یکی از عناصر مرتبط با سازگاری و تجربه بهتر زندگی در سالمندان ساکن مراکز مراقبت بلندمدت است (Hung, 2022). این نتیجه می‌تواند نقش ویژه روان‌درمانی وجودی را در بافت سراهای سالمندان توضیح دهد.

برتری گروه روان‌درمانی وجودی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و تداوم این تفاوت در پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد که آثار مداخله صرفاً کوتاه‌مدت نبوده است. این پایداری می‌تواند ناشی از ماهیت درونی‌شده مفاهیم وجودی باشد. هنگامی که فرد شیوه خود در مواجهه با مرگ، محدودیت، مسئولیت، تنهایی و معنا را بازنگری می‌کند، تغییر حاصل لزوماً به حضور مداوم درمانگر وابسته نیست و می‌تواند در قالب نگرش‌ها و انتخاب‌های روزمره استمرار یابد. یافته‌های Erling و همکاران نیز نشان داده‌اند که درمان وجودی می‌تواند به شکل‌گیری تغییراتی در نحوه فهم فرد از خود و زندگی منجر شود که پس از پایان جلسات نیز قابل حفظ است (Erling et al., 2025). از این رو، ثابت ماندن نسبی نمرات کیفیت زندگی از پس‌آزمون تا پیگیری در گروه وجودی می‌تواند نشانه تثبیت اثر مداخله باشد.

درمان مبتنی بر تنظیم هیجان نیز در پژوهش حاضر با افزایش کیفیت زندگی همراه بود و در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان داد. این یافته با چارچوب نظری تنظیم هیجان و مطالعات پیشین در سالمندان همسو است. بر اساس مدل گراس، تنظیم هیجان شامل مجموعه‌ای از فرایندها مانند انتخاب و اصلاح موقعیت، هدایت توجه، بازارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ‌های هیجانی است که به فرد امکان می‌دهد تجربه هیجانی خود را به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کند (Gross & Ford, 2014). سالمندان ساکن مراکز نگهداری ممکن است با هیجان‌هایی مانند غم، تنهایی، نگرانی، ناکامی، خشم یا احساس ناتوانی مواجه شوند. آموزش مهارت‌هایی برای شناسایی و تعدیل این هیجان‌ها می‌تواند شدت تجربه‌های منفی را کاهش دهد و احساس کنترل روان‌شناختی فرد را افزایش دهد، که این امر به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود دهد.

مطالعات جدید درباره تنظیم هیجان در سالمندی نشان داده‌اند که موضوع اصلی تنها استفاده از یک راهبرد خاص نیست، بلکه توانایی انتخاب راهبرد متناسب با موقعیت و تغییر انعطاف‌پذیر آن اهمیت زیادی دارد. Isaacowitz و English تأکید کرده‌اند که درک تنظیم هیجان در سالمندی باید فراتر از فهرست راهبردها باشد و به زمان، زمینه و هدف استفاده از راهبرد توجه شود (Isaacowitz & English, 2024). همچنین Whitmoyer و همکاران نشان دادند که تفاوت‌های سنی در تنظیم هیجان به میزان انعطاف‌پذیری در استفاده از راهبردهای مختلف نیز مربوط است (Whitmoyer et al., 2024). در پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌هایی مانند اصلاح موقعیت، حل مسئله، تغییر کانون توجه، کاهش نشخوار فکری، بازارزیابی شناختی و ابراز مناسب هیجان احتمالاً به سالمندان کمک کرده است تا با موقعیت‌های روزمره زندگی در مرکز سالمندان سازگارانه‌تر برخورد کنند.

نتایج پژوهش حاضر با مرور نظام‌مند Sardella و همکاران نیز همخوانی دارد. آنان نشان دادند که استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در سالمندان با وضعیت روان‌شناختی مطلوب‌تر مرتبط است و مشکلات تنظیم هیجان می‌تواند با پیامدهای منفی بیشتری همراه باشد (Sardella et al., 2023). همچنین، فراتحلیل Lin و همکاران نشان داده است که رویکردهای هیجان‌محور می‌توانند بر پیامدهای روان‌شناختی سالمندان اثر مثبت داشته باشند (Lin et al., 2024). بنابراین، افزایش کیفیت زندگی در گروه تنظیم هیجان می‌تواند حاصل کاهش تجربه هیجان‌های منفی، افزایش توانایی مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، بهبود روابط بین‌فردی و افزایش احساس تسلط بر واکنش‌های روان‌شناختی باشد.

یکی دیگر از مسیرهای احتمالی اثرگذاری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی، بهبود تعاملات اجتماعی است. آموزش ابراز مناسب هیجان، گفت‌وگوی مؤثر، حل تعارض و کاهش اجتناب اجتماعی می‌تواند به سالمندان کمک کند روابط رضایت‌بخش‌تری با دیگر ساکنان، کارکنان و اعضای خانواده برقرار کنند. این موضوع در محیط خانه سالمندان اهمیت زیادی دارد، زیرا تنهایی و انزوای اجتماعی از عوامل مهم کاهش کیفیت زندگی در این جمعیت محسوب می‌شوند. Raciti و همکاران در مرور مداخلات هدف‌گیری‌کننده تنهایی و انزوای اجتماعی در ساکنان مراکز مراقبت بلندمدت بر اهمیت مداخلاتی که تعامل، مشارکت و پیوند اجتماعی را تقویت می‌کنند تأکید کرده‌اند (Raciti et al.,

2022). از این منظر، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ممکن است علاوه بر اثر مستقیم بر تجربه هیجانی، از طریق بهبود روابط اجتماعی نیز بر کیفیت زندگی اثر گذاشته باشد.

یافته‌های Mohammadi و همکاران نیز می‌تواند برای تبیین این نتیجه مورد توجه قرار گیرد. آنان نشان دادند که عاطفه منفی، خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباط دارند (Mohammadi et al., 2022). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند با کاهش عاطفه منفی و افزایش احساس توانایی در مدیریت موقعیت‌های هیجانی، به بهبود تجربه ذهنی فرد از زندگی کمک کند. همچنین، زمانی که فرد احساس می‌کند می‌تواند هیجان‌های خود را بهتر مدیریت کند، احتمال مشارکت اجتماعی و استفاده از حمایت دیگران نیز افزایش می‌یابد. این فرایندها می‌توانند به تدریج به ارتقای کیفیت زندگی منجر شوند.

در پژوهش حاضر تفاوت مستقیم میان روان‌درمانی وجودی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان از نظر آماری معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که اگرچه میانگین کیفیت زندگی در گروه وجودی بالاتر بود، شواهد آماری کافی برای نتیجه‌گیری درباره برتری قطعی یکی از این دو درمان نسبت به دیگری وجود ندارد. این امر می‌تواند ناشی از آن باشد که هر دو مداخله، هرچند از مسیرهای متفاوت، به عوامل مرکزی مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان می‌پردازند. درمان تنظیم هیجان بر نحوه مواجهه با تجربه‌های هیجانی و موقعیت‌های روزمره تمرکز دارد، درحالی‌که روان‌درمانی وجودی بر معنا، پذیرش، مسئولیت و مواجهه با محدودیت‌های زندگی تأکید می‌کند. از آنجا که کیفیت زندگی سازه‌ای چندبعدی است، بهبود هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند به افزایش نمره کلی آن منجر شود.

از سوی دیگر، کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر عوامل متعدد فردی و محیطی قرار دارد و هیچ مداخله روان‌شناختی واحدی به‌تنهایی نمی‌تواند تمام ابعاد آن را تغییر دهد. مرور Kawashima و همکاران نشان داده است که تغییرات کیفیت زندگی در سالمندان ساکن مراکز اقامتی به مجموعه‌ای از عوامل فردی و سطح مرکز وابسته است (Kawashima et al., 2025). Głowacka و همکاران نیز نشان دادند که کیفیت زندگی سالمندان با ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی متعددی ارتباط دارد (Głowacka et al., 2024). بنابراین، شباهت نسبی اثر دو مداخله می‌تواند ناشی از آن باشد که هر دو تنها بخشی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی را هدف قرار می‌دهند و سایر عوامل مانند سلامت جسمانی، شرایط اقتصادی، امکانات مرکز و روابط خانوادگی همچنان بر کیفیت زندگی تأثیرگذار باقی می‌مانند.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات مربوط به مداخلات غیرروان‌درمانی در سالمندان نیز از یک جهت همسو است. Rahja و همکاران نشان داده‌اند که مداخلات بازتوانی در مراکز سالمندان می‌توانند از طریق حفظ استقلال و مشارکت فعال، پیامدهای مرتبط با عملکرد و کیفیت زندگی را بهبود دهند (Rahja et al., 2022). Uceda Portillo و همکاران نیز گزارش کرده‌اند که مداخلات کاردرمانی می‌توانند با افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار و تقویت احساس شایستگی به بهبود کیفیت زندگی کمک کنند (Uceda Portillo et al., 2023). این شواهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی زمانی بهبود می‌یابد که سالمند احساس مشارکت، کنترل، ارتباط و معنا داشته باشد. هر دو مداخله پژوهش حاضر نیز، اگرچه به شیوه‌های متفاوت، این مؤلفه‌ها را تقویت کرده‌اند.

یافته‌های Davison و همکاران نیز اهمیت استفاده از مداخلات روان‌شناختی در مراکز مراقبت بلندمدت را تأیید می‌کند. مرور آنان نشان داد که درمان‌های روان‌شناختی برای سالمندان ساکن مراکز مراقبت می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی را بهبود دهند، اگرچه شدت و پایداری اثر در مطالعات متفاوت است (Davison et al., 2024). این نکته با نتایج پژوهش حاضر همخوان است، زیرا در هر دو مداخله تغییرات مطلوبی مشاهده شد، اما الگوی و شدت اثر یکسان نبود. این تفاوت می‌تواند نشان دهد که انتخاب درمان مناسب باید بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختی سالمند، نیازهای فردی، توان شناختی و نوع مشکلات غالب او انجام شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های مربوط به کیفیت زندگی سالمندان ایرانی قابل تفسیر است. Kazemi و همکاران در مرور مطالعات ایرانی نشان دادند که کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل سلامت، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی قرار دارد (Kazemi et al., 2019). در چنین بستری، مداخلاتی که به سالمندان کمک می‌کنند با تغییرات زندگی سازگار شوند، هیجان‌های خود را

بهتر مدیریت کنند، روابط خود را تقویت کنند و معنای شخصی بیشتری در زندگی بیابند، می‌توانند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشند. همچنین، یافته Sotoudehnia و Mahmoudi Meymand درباره اثربخشی درمان معنوی در سالمندان ساکن خانه سالمندان نشان می‌دهد که رویکردهای متمرکز بر معنا و نگرش به زندگی می‌توانند در این جمعیت بر شاخص‌های مثبت روان‌شناختی اثرگذار باشند (Sotoudehnia & Mahmoudi Meymand, 2026). این یافته به‌طور غیرمستقیم از اثربخشی مشاهده‌شده برای مداخله وجودی در پژوهش حاضر حمایت می‌کند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان از طریق مداخلات روان‌شناختی قابل بهبود است. هر دو رویکرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان و روان‌درمانی وجودی اثرات مطلوبی نشان دادند و بخشی از این اثرات تا مرحله پیگیری حفظ شد. روان‌درمانی وجودی در مقایسه با گروه کنترل الگوی قوی‌تر و پایدارتری از بهبود نشان داد، اما تفاوت مستقیم آن با درمان مبتنی بر تنظیم هیجان معنادار نبود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که این دو رویکرد احتمالاً از مسیرهای متفاوت اما مکمل، بر کیفیت زندگی سالمندان اثر می‌گذارند: یکی عمدتاً از طریق ارتقای مهارت‌های مدیریت هیجان و سازگاری روان‌شناختی و دیگری از طریق تقویت معنا، پذیرش، مسئولیت و بازتعریف تجربه سالمندی.

پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، نمونه پژوهش تنها از سالمندان ساکن یک مرکز نگهداری در شهر تهران انتخاب شد و نمونه‌گیری نیز به روش در دسترس انجام گرفت؛ بنابراین، تعمیم نتایج به همه سالمندان ساکن مراکز مراقبتی یا سالمندان جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، حجم نمونه در هر گروه محدود بود و این موضوع ممکن است توان مطالعه را برای آشکارسازی تفاوت‌های ظریف میان دو مداخله کاهش داده باشد. سوم، ارزیابی کیفیت زندگی مبتنی بر ابزار خودگزارشی بود و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر شرایط هیجانی، تمایل به پاسخ مطلوب اجتماعی یا مشکلات مربوط به حافظه و تمرکز قرار گرفته باشند. چهارم، دوره پیگیری به سه ماه محدود بود و مشخص نیست که آثار درمان در دوره‌های طولانی‌تر نیز به همان میزان پایدار باقی بمانند. پنجم، امکان کنترل کامل متغیرهایی مانند شدت بیماری‌های جسمانی، میزان تماس با خانواده، مصرف داروهای روان‌پزشکی، طول مدت اقامت در مرکز و میزان مشارکت در سایر فعالیت‌های مرکز وجود نداشت. همچنین، به دلیل ماهیت مداخلات روان‌شناختی، کورسازی شرکت‌کنندگان و درمانگر امکان‌پذیر نبود و این موضوع می‌تواند مقداری سوگیری ایجاد کرده باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و در چند مرکز سالمندان در مناطق مختلف انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از نمونه‌گیری تصادفی‌تر، طراحی کارآزمایی کنترل‌شده با تخصیص دقیق‌تر و پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات روشن‌تری درباره پایداری آثار مداخلات فراهم کند. همچنین، مقایسه این دو رویکرد با مداخلات دیگری مانند درمان شناختی–رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادرمانی یا مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به شناسایی گزینه‌های مؤثرتر برای سالمندان کمک کند. بررسی سازوکارهای میانجی نیز اهمیت دارد؛ برای مثال، می‌توان مطالعه کرد که آیا بهبود کیفیت زندگی در درمان تنظیم هیجان از طریق کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و در روان‌درمانی وجودی از طریق افزایش معنا، پذیرش و احساس مسئولیت رخ می‌دهد یا خیر. علاوه بر این، بررسی نقش تعدیل‌کننده متغیرهایی مانند جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مدت اقامت در مرکز، سلامت جسمانی و سطح حمایت خانوادگی می‌تواند مشخص کند که کدام سالمندان از هر نوع مداخله سود بیشتری می‌برند.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز سالمندان از برنامه‌های روان‌شناختی گروهی ساختارمند به‌عنوان بخشی از خدمات معمول خود استفاده کنند و مداخلات را صرفاً به مراقبت جسمانی محدود نسازند. می‌توان درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را برای سالمندانی که بیشتر با نوسانات هیجانی، نگرانی، نشخوار فکری، تحریک‌پذیری یا مشکلات ارتباطی مواجه‌اند به کار گرفت و روان‌درمانی وجودی را برای سالمندانی که بیشتر با احساس پوچی، فقدان معنا، تنهایی، نگرانی درباره مرگ یا دشواری در پذیرش شرایط سالمندی روبه‌رو هستند مورد استفاده قرار داد. همچنین آموزش کارکنان مراکز در زمینه اصول پایه تنظیم هیجان، ارتباط همدلانه، گفت‌وگو درباره معنا و حمایت از استقلال روان‌شناختی

سالمندان می‌تواند به تقویت اثر مداخلات کمک کند. بهتر است برنامه‌های درمانی با فعالیت‌های اجتماعی، مشارکتی و معنادار همراه شوند تا سالمندان فرصت بیشتری برای استفاده عملی از مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی روزمره خود داشته باشند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Population ageing has become one of the most significant demographic and public health challenges of contemporary societies. Increased life expectancy has been accompanied by a growing number of older adults who require long-term residential care because of physical limitations, chronic illness, loss of independence, reduced family support, or difficulties in maintaining everyday functioning. Although nursing homes and residential facilities can provide essential medical and supportive services, relocation to institutional settings may also expose older adults to substantial psychological and social challenges. Separation from a familiar home environment, reduced autonomy, loss of previous social roles, bereavement, limited contact with family members, and restricted opportunities for meaningful participation may negatively influence older adults' perceptions of their lives. Accordingly, quality of life has become a central outcome in gerontological research and long-term care because it reflects not only physical health but also psychological well-being, social

relationships, environmental conditions, personal autonomy, and satisfaction with life (Kawashima et al., 2025; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

Quality of life in later life is a multidimensional construct shaped by an interaction between personal, psychological, social, functional, and environmental factors. Evidence suggests that health status, functional capacity, social participation, financial resources, marital status, supportive relationships, and characteristics of the residential environment are associated with important variations in older adults' quality of life (Głowacka et al., 2024; Kawashima et al., 2025). Among older adults living in nursing homes, opportunities for autonomy, participation in meaningful activities, interpersonal connection, and access to supportive services may be particularly important. Rehabilitation and occupation-based interventions have therefore increasingly emphasized active participation, functional independence, and engagement in meaningful daily activities as potential pathways toward improved quality of life (Rahja et al., 2022; Uceda Portillo et al., 2023). In Iran, available evidence similarly indicates that the quality of life of older adults is affected by a combination of physical, psychological, familial, social, and economic determinants (Kazemi et al., 2019).

Psychological interventions may contribute to quality-of-life improvement by targeting modifiable emotional and existential processes that become especially salient in later life. One such process is emotion regulation, which refers to the ways individuals influence which emotions they experience, when they experience them, and how those emotions are expressed or managed. Emotion regulation includes strategies such as situation modification, attentional deployment, cognitive reappraisal, problem solving, and modulation of emotional responses (Gross & Ford, 2014). These processes may be particularly relevant for nursing-home residents, who can experience sadness, anxiety, loneliness, frustration, anger, helplessness, and worry in response to loss, dependency, declining health, and reduced social connection.

Contemporary research suggests that emotion regulation in older adulthood should not be understood merely in terms of the frequency of particular strategies. Rather, adaptive functioning depends on the timing, context, purpose, and flexibility with which regulatory strategies are used (Isaacowitz & English, 2024). Daily-life studies have also demonstrated age-related differences in both strategy use and flexibility, suggesting that older adults may benefit from interventions that expand their regulatory repertoire and help them match specific strategies to particular situations (Whitmoyer et al., 2024). A systematic review has further shown that emotion-regulation strategies and difficulties are meaningfully associated with psychological functioning in older adults, with more adaptive regulation generally related to more favorable outcomes (Sardella et al., 2023). Consistent with this perspective, a meta-analysis of randomized trials found that emotion-oriented approaches can improve psychological outcomes among older adults (Lin et al., 2024). Emotion-regulation interventions may therefore improve quality of life by reducing persistent negative affect, strengthening coping abilities, improving interpersonal communication, and increasing perceived control over emotional experiences.

Social connectedness may represent an additional pathway through which emotion-focused interventions influence quality of life. Loneliness and social isolation are common concerns among residents of long-term care settings, and interventions designed to strengthen participation and interpersonal connection have been considered important for this population (Raciti et al., 2022). Moreover, findings among Iranian older adults indicate that negative affect, coping self-efficacy, and social support are meaningfully related to psychological well-being (Mohammadi et al., 2022). Thus, emotion-regulation treatment may improve quality of life not only through individual emotional change but also by promoting more effective communication, lower interpersonal avoidance, and greater engagement with supportive relationships.

Alongside emotional challenges, older adulthood is characterized by existential concerns that may become increasingly prominent as individuals confront mortality, bereavement, loneliness, declining independence, and the retrospective evaluation of their lives. Existential ageing involves fundamental questions about death,

freedom, responsibility, isolation, meaning, and the value of continuing life under changing conditions (Kellehear & Garrido, 2023). These concerns may be especially pronounced among nursing-home residents, whose previous social roles, occupational identities, family functions, and living environments may have changed substantially. Meaning in life has also been identified as an important issue among residents of long-term care institutions, suggesting that the ability to maintain or reconstruct a meaningful life narrative may be relevant to psychological adaptation in institutional settings (Hung, 2022).

Existential psychotherapy directly addresses these concerns by helping individuals examine mortality, responsibility, choice, isolation, self-acceptance, and meaning. Rather than attempting to eliminate all forms of distress, existential therapy seeks to help individuals relate to unavoidable realities in a more authentic, accepting, and purposeful manner. A meta-analysis of existential therapies demonstrated beneficial effects on psychological outcomes, particularly for interventions emphasizing meaning (Vos et al., 2015). More recent qualitative research on existential group treatment among psychologically distressed older adults has shown that change may occur through enhanced self-awareness, reflection on life experiences, greater acceptance of vulnerability, interpersonal connection, and the development of new perspectives on meaning and personal agency (Erling et al., 2025). Spiritually and meaning-oriented interventions have also shown potential benefits among older adults residing in nursing homes, supporting the broader relevance of meaning-based approaches in this population (Sotoudehnia & Mahmoudi Meymand, 2026).

More generally, psychological therapies can be feasible and beneficial in long-term care environments. Reviews indicate that structured psychological interventions may improve important mental-health outcomes among institutionalized older adults (Davison et al., 2024), while interventions specifically targeting mental health and quality of life in long-term care settings have demonstrated promising effects across a range of outcomes (Ngamwongwiwat et al., 2023). However, comparative studies examining distinct psychological mechanisms remain limited. Emotion-regulation-based therapy primarily targets the identification, modification, and adaptive management of emotional processes, whereas existential psychotherapy focuses more directly on meaning, acceptance, mortality, responsibility, and existential isolation. Comparing these approaches can therefore provide useful evidence about whether interventions based on different theoretical mechanisms produce comparable or differential improvements in quality of life. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of emotion regulation-based therapy and existential psychotherapy on quality of life among older adults residing in a nursing home.

Methods and Materials

The study employed an applied, quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up assessments and a control group. The study population consisted of adults aged 65 to 87 years residing in Aseman Nursing Home in Tehran during the summer of 2026. Sample size was estimated using G*Power based on three study groups, three measurement occasions, a significance level of 0.05, statistical power of 0.95, and an effect size of 0.25. Although the minimum estimated sample size was 54, a total of 60 participants were recruited to compensate for potential attrition. Eligible participants were selected through convenience sampling and randomly allocated to three groups of 20: existential psychotherapy, emotion regulation-based therapy, and control.

Eligibility criteria included being 65–87 years of age, residing in the nursing home, having sufficient physical and cognitive capacity to participate in sessions and complete questionnaires, absence of severe or active psychiatric disorders, adequate literacy for responding to the study instrument, and willingness to participate. Exclusion criteria included simultaneous participation in other relevant psychological interventions, absence from more than two intervention sessions, emergence of severe psychiatric or acute physical problems, withdrawal of consent, or failure to complete the assessments.

Quality of life was measured using the 26-item World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire. The two intervention groups each received eight 90-minute group sessions. The emotion regulation-based intervention focused on emotional awareness, identification of emotional vulnerability, situation modification, problem solving, attentional control, reduction of rumination, cognitive reappraisal, adaptive emotional expression, and relaxation. The existential psychotherapy program addressed mortality, ageing, meaning in life, existential and interpersonal isolation, freedom, responsibility, self-acceptance, authentic relationships, and integration of therapeutic learning. The control group did not receive either study intervention during the intervention period. Quality of life was assessed before treatment, immediately after treatment, and three months after completion of the interventions. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures analysis of variance. Normality, homogeneity of variances, covariance assumptions, and sphericity were evaluated before inferential analyses. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used where appropriate, and partial eta squared was reported as the effect-size index.

Findings

A total of 60 older adults participated in the study, with 20 participants in each group. The mean age was 68.65 years in the existential psychotherapy group, 74.15 years in the emotion regulation-based therapy group, and 71.40 years in the control group. Overall, 45.0% of participants were women and 55.0% were men.

At pretest, mean quality-of-life scores were 76.15 (SD = 10.50) in the existential psychotherapy group, 76.55 (SD = 10.01) in the emotion regulation-based therapy group, and 72.30 (SD = 6.68) in the control group. At posttest, the corresponding means were 83.20 (SD = 10.99), 79.35 (SD = 8.79), and 73.45 (SD = 7.88). At the three-month follow-up, mean scores were 83.45 (SD = 8.80), 79.50 (SD = 6.30), and 72.65 (SD = 5.09), respectively.

Assumption testing supported normality and homogeneity of variance. However, the covariance-matrix and sphericity assumptions were violated; therefore, Greenhouse–Geisser correction was applied to the within-subject analysis. Repeated-measures analysis showed a significant main effect of time on quality of life, $F = 21.24$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.27$. The main effect of group was also significant, $F = 5.35$, $p = 0.007$, $\eta p^2 = 0.16$. Importantly, the time × group interaction was significant, $F = 5.98$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.17$, demonstrating that the pattern of quality-of-life change across the three assessment occasions differed between the groups.

Bonferroni-adjusted comparisons indicated that the adjusted mean quality-of-life score was significantly higher in the existential psychotherapy group than in the control group (mean difference = 8.13, $p = 0.007$). The difference between existential psychotherapy and emotion regulation-based therapy was not statistically significant (mean difference = 2.46, $p = 1.000$). The overall difference between emotion regulation-based therapy and the control condition also did not reach statistical significance (mean difference = 5.66, $p = 0.091$). Examination of the interaction showed that existential psychotherapy produced significantly higher quality-of-life scores than the control condition at posttest (mean difference = 9.75, $p = 0.005$) and follow-up (mean difference = 10.80, $p < 0.001$). At follow-up, the emotion regulation-based therapy group also scored significantly higher than the control group (mean difference = 6.85, $p = 0.008$).

Discussion and Conclusion

The findings indicate that both psychological interventions were associated with improvement in quality of life among nursing-home residents, although the pattern of change was not identical. Existential psychotherapy demonstrated a clear improvement immediately after treatment and maintained this advantage at the three-month follow-up. Emotion regulation-based therapy also produced improvement, but its statistically significant superiority to the control condition became most evident at follow-up. These different trajectories may reflect differences in how the two treatments exert their effects.

Existential psychotherapy may influence quality of life relatively directly by addressing issues that are highly salient in institutionalized later life, including mortality, loss, loneliness, personal responsibility, self-

acceptance, and meaning. Helping older adults reinterpret ageing, recognize remaining areas of choice, integrate past experiences, and identify sources of meaning in current life may alter their overall appraisal of well-being. The sustained effect observed at follow-up suggests that existential changes may become incorporated into the individual's broader life perspective rather than remaining dependent on continued therapeutic contact.

Emotion regulation-based therapy may operate through a more gradual process. Learning to identify emotions, modify maladaptive appraisals, reduce rumination, redirect attention, communicate feelings appropriately, and use problem-solving skills may require repeated application in everyday situations before substantial changes in perceived quality of life become apparent. This may explain why the intervention showed a clearer advantage over the control group at follow-up than immediately after treatment.

The absence of a statistically significant difference between the two active treatments is also important. Although existential psychotherapy produced numerically higher quality-of-life scores, the evidence does not support a definitive conclusion that it was superior to emotion regulation-based therapy. Instead, the two approaches may represent different but potentially complementary therapeutic pathways. Emotion regulation-based therapy primarily strengthens the capacity to manage affective experiences and cope with stressful situations, whereas existential psychotherapy primarily helps individuals reconstruct meaning, accept limitations, and relate differently to the fundamental conditions of ageing.

Overall, the study supports the use of structured group psychological interventions for older adults living in nursing homes. Both emotion regulation-based therapy and existential psychotherapy appear capable of improving quality of life, with existential psychotherapy demonstrating a particularly strong and sustained effect relative to no intervention. These findings suggest that long-term care services may benefit from incorporating psychological programs that address not only symptoms and physical needs but also emotional regulation, meaning, autonomy, social connection, and adaptation to the existential realities of later life.

فهرست منابع

References

Davison, T. E., Bhar, S., Wells, Y., Owen, P. J., You, E., Doyle, C., & Flicker, L. (2024). Psychological Therapies for Depression in Older Adults Residing in Long-Term Care Settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013059.pub2

Erling, I., Waltersson, C. A., Waern, M., Tillfors, M., Hed, S., Wiktorsson, S., & Berg, A. I. (2025). Pathways to Change in Existential Group Treatment: Experiences from Older Adults with Psychological Distress in Primary Care. *BMC Geriatrics*, *25*(1), 504. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06157-4

Głowacka, M., Sienkiewicz, Z., Dykowska, G., & Haor, B. (2024). Dimensions of Quality of Life of Older Adults in Relation to Selected Sociodemographic Variables—A Prospective Cohort Study. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1419008. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419008

Gross, J. J., & Ford, B. Q. (2014). *Handbook of Emotion Regulation*.

Hung, C.-M. (2022). Factors Related to Meaning in Life among Residents of Long-Term Care Institutions. *Journal of Nursing Research*, *30*(3), e205.

Isaacowitz, D. M., & English, T. (2024). Beyond Strategies: The When and Why of Emotion Regulation in Aging. *Current opinion in psychology*, *56*, 101763. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101763

Kawashima, A., Jin, X., Komatsu, A., Niwa, S., Shimada, H., Arai, H., & Saito, T. (2025). Individual- and Facility-Level Factors Related to Quality-of-Life Transitions in Older Adults in Residential Facilities: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *26*(8), 105721. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105721

Kazemi, N., Sajjadi, H., & Bahrami, G. (2019). Quality of Life of Iranian Older Adults: A Review Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, *13*(5), 518-533. https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518

Kellehear, A., & Garrido, M. (2023). Existential Ageing and Dying: A Scoping Review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *104*, 104798. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104798

Lin, C. L., Chen, R., Kustanti, C. Y., Chu, H., Lee, C. K., Banda, K. J., & Chou, K. R. (2024). The Effectiveness of Emotion-Oriented Approaches on Psychological Outcomes and Cognitive Function in Older Adults: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Journal of global health*, *14*, 04123. https://doi.org/10.7189/jogh.14.04123

Mohammadi, A., Abdollahi, M. H., Nouri, R., Hashemi Razini, H., & Shahgholian, M. (2022). Predicting Psychological Well-Being Based on Cognitive Failures and Negative Affect with the Mediation of Coping Self-Efficacy and Social Support in Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, *17*(4), 536-555. https://doi.org/10.32598/sija.2022.3286.1

Ngamwongwiwat, B., Kongsuwan, V., & Songwathana, P. (2023). Interventions for Improving Mental Health and Quality of Life of Older Adults with Mental Illness in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *27*(4), 671-693. https://doi.org/10.60099/prijnr.2023.261505

Raciti, A., Lyons, A., & Yu-Ping, C. (2022). Interventions Targeting Loneliness and Isolation among Long-Term Care Residents: A Systematic Review. *Innovation in Aging*, *6*, 707-708. https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.2587

Rahja, M., Laver, K., Whitehead, C., Pietsch, A., Oliver, E., & Crotty, M. (2022). A Systematic Review and Meta-Analysis of Reablement Interventions for People in Permanent Residential Aged Care Homes. *Age and Ageing*, *51*(10), afac208. https://doi.org/10.1093/ageing/afac208

Rodríguez-Martínez, A., De-la-Fuente-Robles, Y. M., Martín-Cano, M. D. C., & Jiménez-Delgado, J. J. (2023). Quality of Life and Well-Being of Older Adults in Nursing Homes: Systematic Review. *Social Sciences*, *12*(7), 418. https://doi.org/10.3390/socsci12070418

Sardella, A., Lenzo, V., Basile, G., Martino, G., & Quattropani, M. C. (2023). Emotion Regulation Strategies and Difficulties in Older Adults: A Systematic Review. *Clinical Gerontologist*, *46*(3), 280-301. https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2128706

Sotoudehnia, M., & Mahmoudi Meymand, H. (2026). *The Effectiveness of Spiritually Oriented Therapy on Increasing Life Expectancy in Older Adults Residing in Nursing Homes* 26th International Conference on Psychology, Counseling and Educational Sciences,

Uceda Portillo, C., Calvo Arenillas, J. I., & Moruno Miralles, P. (2023). Occupational Therapy Interventions for the Improvement of the Quality of Life of Healthy Older Adults Living in Nursing Homes: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, *37*(5), 698-704. https://doi.org/10.1177/08901171221145159

Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential Therapies: A Meta-Analysis of Their Effects on Psychological Outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, *83*(1), 115. https://doi.org/10.1037/a0037167

Whitmoyer, P., Fisher, M. E., Duraney, E. J., Manzler, C., Isaacowitz, D. M., Andridge, R., & Prakash, R. S. (2024). Age Differences in Emotion Regulation Strategy Use and Flexibility in Daily Life. *Aging & mental health*, *28*(2), 330-343. https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2256245