



The Effectiveness of Commitment and Acceptance-Based Enrichment Training on Emotional Alexithymia, Psychological Flexibility, and Sleep Disorders in Older Adults with Suicidal Thoughts in Nursing Homes

Akram Malekzadeh^{1*} , Soriya chalesh¹  and Somayeh Negahdari² 

¹ Dept. of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

² Dept. of Educational Science, Payame Noor University, Tehran, Iran

Article Info

Article History

Received: 26.11.2025

Revised: 22.05.2026

Accepted: 25.06.2026

ePublished: 26.06.2026

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, alexithymia, cognitive flexibility, older adults, suicidal ideation

How to cite this article

Malekzadeh, A., chalesh, S., & Negahdari, S. (2026). The Effectiveness of commitment and acceptance-based enrichment training on emotional alexithymia, psychological flexibility, and sleep disorders in older adults with suicidal thoughts in nursing homes. *Aging Psychology*, 12(2), 213-234.

*Corresponding Author

Akram Malekzadeh

Email

akrammalekzadeh@pnu.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Background: Given the growing older adult population and the increasing rate of suicide deaths in this age group, along with their substantial individual and societal consequences, investigating psychological factors associated with suicidal ideation among older adults is of considerable importance. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on alexithymia, cognitive flexibility, and sleep disturbances in older adults with suicidal ideation.

Method: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of older adults with suicidal ideation residing in a nursing home in Bandar Abbas, Iran, during the Iranian year 1404 (2025–2026), with a mean age of 68.94 years. A total of 32 participants (18 women and 14 men) were selected through convenience sampling based on the inclusion and exclusion criteria and were subsequently randomly assigned to either the intervention group (n=16) or the control group (n=16). Data were collected using the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) developed by Dennis and Vander Wal, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) developed by Taylor et al., the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) developed by Buysse et al., and the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI). Participants in the intervention group received ten 90-minute sessions of Acceptance and Commitment Therapy based on the protocol developed by Eifert et al., whereas the control group received no intervention. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS version 27.

Results: The findings indicated that, at posttest, there were significant differences between the intervention and control groups in cognitive flexibility, alexithymia, and sleep disturbances ($p < .05$).

Conclusion: The findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy may be an effective intervention for enhancing cognitive flexibility and reducing alexithymia and sleep problems among older adults with suicidal ideation. Therefore, ACT may be considered a complementary intervention for improving psychological factors associated with suicidal ideation in older adults.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Aging is a major stage of the life course in which physical, psychological, and social changes may affect mental health, adjustment, and quality of life. As the older adult population grows rapidly, greater attention is being directed toward psychological difficulties in this age group and the factors that contribute to mental health. Older adults may be particularly vulnerable to psychological distress and suicidal ideation because of chronic illness, bereavement, loss of social roles, loneliness, and reduced social support. Among the psychological factors associated with suicidal ideation in later life, alexithymia, reduced cognitive flexibility, and sleep disturbances are particularly important because they may impair emotional processing, adaptive coping, and adjustment to age-related stressors. Given the complex and multifactorial nature of suicidal ideation, interventions that target several related psychological processes simultaneously may be especially useful. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), through acceptance, mindfulness, cognitive defusion, values clarification, and committed action, provides a process-based framework for improving responses to distressing internal experiences. However, the effects of ACT-based enrichment training on alexithymia, cognitive flexibility, and sleep disturbances in older adults with suicidal ideation have received limited attention. Therefore, this study

examined the effectiveness of ACT-based enrichment training on these outcomes in older adults with suicidal ideation.

Method

This quasi-experimental study used a pretest–posttest control-group design with a three-month follow-up. The population comprised older adults with suicidal ideation residing in a nursing home in Bandar Abbas, Iran, in the Iranian year 1404 (2025–2026). Thirty-two participants (18 women and 14 men) were selected through convenience sampling and randomly assigned to the intervention and control groups ($n = 16$ each). Mean age was 68.94 years in the intervention group and 69.31 years in the control group. Inclusion criteria were willingness to participate, informed consent, ability to read and write, age 65–75 years, and a score of ≥ 3 on the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI). Exclusion criteria included severe physical, cognitive, or motor disability, memory problems, substance dependence, psychotropic medication use, and concurrent participation in another therapeutic or counseling program. The BSSI was used to determine eligibility. Outcomes were assessed using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Cognitive Flexibility Inventory (CFI), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The intervention group received ten 90-minute group sessions of ACT-based enrichment training, delivered twice weekly and adapted from the psychological flexibility model of Hayes et al. and the treatment structure of Eifert et al. The control group received no intervention

during the study period. Outcome measures were administered at pretest, posttest, and three-month follow-up. After examination of statistical assumptions, separate univariate ANCOVAs were conducted for posttest and follow-up outcomes, controlling for baseline scores. Analyses were performed in SPSS version 22 at $\alpha = .05$.

Results

Before the main analyses, the assumptions underlying ANCOVA were examined. Levene's tests for alexithymia, cognitive flexibility, and sleep disturbances were nonsignificant, indicating that the homogeneity-of-variance assumption was satisfied. The interaction effects examined to assess the homogeneity of regression slopes were also nonsignificant, and the Shapiro-Wilk tests indicated no significant departures from normality. The assumptions required for ANCOVA were therefore considered to have been met.

After controlling for baseline scores, significant between-group differences were found for all three outcomes at posttest. The group effect was significant for alexithymia, $F(1, 27) = 9.984, p = .004$; cognitive flexibility, $F(1, 27) = 11.900, p = .002$; and sleep disturbances, $F(1, 27) = 7.573, p = .010$. Descriptive findings showed that, compared with the control group, participants who received ACT-based enrichment training had lower alexithymia and sleep-disturbance scores and higher cognitive-flexibility scores at posttest.

Significant differences between the intervention and control groups were

also maintained at the three-month follow-up. The group effect remained significant for alexithymia, $F(1, 27) = 8.963, p = .006$; cognitive flexibility, $F(1, 27) = 8.791, p = .006$; and sleep disturbances, $F(1, 27) = 6.124, p = .020$. Across the three assessment points, the intervention group demonstrated improvement from pretest to posttest that remained evident at follow-up, whereas changes in the control group were comparatively small. Specifically, alexithymia and sleep-disturbance scores decreased, whereas cognitive-flexibility scores increased following the intervention. Overall, the findings indicate that ACT-based enrichment training was effective in improving the emotional, cognitive, and sleep-related outcomes examined among older adults with suicidal ideation and that these improvements persisted for at least three months after the intervention.

Conclusion

The findings can be interpreted in terms of the core processes of Acceptance and Commitment Therapy. ACT encourages individuals to approach unpleasant thoughts and emotions with greater openness while reducing experiential avoidance and rigid attempts to control internal experiences. Mindfulness and present-moment awareness may improve the recognition and processing of emotional experiences, thereby reducing alexithymia. Cognitive defusion, acceptance, and values-based action may weaken rigid thinking patterns and promote more flexible responses to age-related losses and stressful life changes. Reducing struggle with intrusive thoughts and improving emotional

regulation may also contribute to better sleep. Among older adults with suicidal ideation, these processes may support adjustment by strengthening emotional awareness, adaptive coping, and engagement in meaningful activities. The persistence of significant group differences at the three-month follow-up suggests that the benefits extended beyond the immediate post-intervention period. Nevertheless, convenience sampling, reliance on self-report measures, recruitment from a geographically restricted institutional population, and limited control over social support, socioeconomic conditions, and family support restrict generalizability. Future studies should include larger and more diverse samples, multimethod assessments, and additional short- and long-term follow-up periods. ACT-based enrichment training may therefore be considered a useful complementary intervention for older adults with suicidal ideation.

Ethical Consideration

Ethical Code

The study protocol was approved under the ethics code IR.PNU.REC.1404.235 and registered in the national research ethics system.

Funding

This study received no external funding.

Authors' Contributions

A.M.: Conceptualization, methodology, data management, and writing of the manuscript; S.N.: Software, validation, and review and editing of the manuscript; S.N.: Statistical analysis and data collection.

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the older adult participants and the administrators of the nursing home in Bandar Abbas for their cooperation and support throughout the study.



اثربخشی آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی سرای سالمندان

اکرم ملک زاده*^۱ ID، ثریا چالشی^۱ ID و سمیه نگهداری^۲ ID

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲ گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

زمینه: با توجه به روند رو به رشد سالمندی جمعیت و افزایش میزان مرگ ناشی از خودکشی در این گروه سنی و پیامدهای گسترده فردی و اجتماعی آن، بررسی عوامل روان‌شناختی مرتبط با افکار خودکشی در سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل سالمندان دارای افکار خودکشی ساکن در سرای سالمندان شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۴ با میانگین سنی ۹۴/۶۸ سال بود. از میان آنان، ۳۳ نفر (۱۸ زن و ۱۴ مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۶ نفر) و گواه (۱۶ نفر) گمارده شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو تیلور و همکاران، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بویس و همکاران و مقیاس افکار خودکشی بک بود. شرکت‌کنندگان گروه مداخله طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس پروتکل ایفرت و همکاران دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، بین گروه‌های مداخله و گواه از نظر انعطاف‌پذیری شناختی، ناگویی هیجانی و اختلالات خواب تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش ناگویی هیجانی و مشکلات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی باشد. از این رو، این رویکرد می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل برای بهبود عوامل روان‌شناختی مرتبط با افکار خودکشی در سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۵

اصلاح: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۴

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۵/۰۴/۰۵

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی، اختلالات خواب، سالمندان، افکار خودکشی

نحوه ارجاع به مقاله

ملک زاده، الف، چالشی، س. و نگهداری، س. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۲(۲)، ۲۱۳-۲۳۳.

*نویسنده مسئول

اکرم ملک زاده

پست الکترونیکی

akrammalekzadeh@pnu.ac.ir

مؤثر داشته باشد. در این زمینه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی و جسمانی مختلفی می‌تواند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند؛ به‌طوری‌که می‌توان افکار خودکشی را با دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها، کاهش انعطاف‌پذیری شناختی (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹) و اختلالات خواب پیش‌بینی کرد (سادک و همکاران، ۲۰۲۴).

از آنجا که سالمندی همراه با تغییرات استرس‌زا مانند بازنشستگی، فقدان همسر و بیماری‌های مزمن جسمی و ذهنی است؛ توانایی سالمند در بیان احساسات و تنظیم هیجانات منفی که به دنبال این تغییرات رخ می‌دهد؛ اهمیت بسزایی در سطح سلامت روان فرد دارد. در صورتیکه سالمند، نتواند هیجانات منفی را پردازش کرده و آنها را تنظیم کند. در بیان، نامیدن و یا تنظیم هیجانات با مشکل مواجه شده و ناگویی هیجانی^۳ را تجربه می‌نماید. ناگویی هیجانی به‌عنوان نوعی دشواری در تنظیم هیجان، منعکس‌کننده نقص‌های شناختی در پردازش هیجانات است؛ که تأثیر قابل‌توجهی بر افکار و رفتارهای خودکشی دارد (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس نظریه پردازش عاطفه تیلور و باگی (۱۹۹۷)، ناگویی هیجانی نوعی اختلال در پردازش و تنظیم هیجان محسوب می‌شود که با ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها، فشار بدنی و عاطفی را افزایش داده و سازگاری فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را مختل می‌کند. با توجه به اینکه ناگویی هیجانی با عدم توانایی در پردازش رویدادهای تهدیدآمیز و مدیریت هیجانات منفی مرتبط است؛ پیش‌بینی‌کننده مشکلات اساسی سالمندی است. پژوهش‌ها نشان داده است که ناگویی هیجانی آسیب‌پذیری فرد را در برابر افکار خودکشی افزایش می‌دهد (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین ناگویی هیجانی با افسردگی و احساس تنهایی (یو و همکاران، ۲۰۲۱) و اختلالات روان‌تنی (لومینت، ۲۰۲۱) دوران سالمندی رابطه مثبت و با رضایت از زندگی (مارکوئیز، ۲۰۲۴) و معنای زندگی (لی و همکاران، ۲۰۲۴) رابطه منفی دارد. از آنجا که مشکلات روان‌شناختی ناگویی هیجانی به‌طور طبیعی کاهش نمی‌یابد توجه به پیشگیری و درمان این مشکل ضروری است.

سالمندی^۱ یکی از مراحل طبیعی چرخه زندگی است که با مجموعه‌ای از تغییرات جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است و این تغییرات می‌توانند بر سلامت، استقلال عملکردی و کیفیت زندگی افراد تأثیر قابل‌توجهی بگذارند (پالایس و همکاران، ۲۰۲۳). هم‌زمان با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری، جمعیت سالمندان در سراسر جهان با شتاب در حال افزایش است؛ به‌گونه‌ای که بر اساس گزارش چشم‌انداز جمعیت جهان سازمان ملل متحد، پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد ۶۵ سال و بالاتر تا سال ۲۰۵۰ بیش از دو برابر شود و سهم این گروه سنی از جمعیت جهان به‌طور چشمگیری افزایش یابد. ایران نیز از این روند مستثنا نیست و در سال‌های اخیر وارد مرحله گذار به سالمندی جمعیت شده است؛ به‌طوری‌که مطالعات جمعیت‌شناختی، افزایش سریع نسبت سالمندان و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی ناشی از آن را در دهه‌های آینده پیش‌بینی کرده‌اند (مهری و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل عواملی مانند بیماری‌های مزمن، کاهش عملکرد جسمانی، تنهایی، از دست دادن همسر یا نقش‌های اجتماعی، افسردگی و انزوای اجتماعی، بیش از سایر گروه‌های سنی در معرض مشکلات سلامت روان و افکار خودکشی^۲ قرار دارند (سادک و همکاران، ۲۰۲۴).

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که با تغییرات گسترده جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است و برخی سالمندان در این مرحله، ممکن است با مشکلاتی مانند کاهش حمایت‌های اجتماعی، احساس تنهایی، فقدان نقش‌های پیشین و کاهش سازگاری روان‌شناختی مواجه شوند. این شرایط می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات هیجانی و افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی در این گروه شود. یکی از پیامدهای مهم این آسیب‌پذیری، شکل‌گیری افکار خودکشی است که به‌عنوان یکی از نگرانی‌های مهم سلامت روان سالمندان، نیازمند شناسایی عوامل مرتبط و طراحی مداخلات پیشگیرانه است (ملک‌زاده، ۱۴۰۲). با وجود اهمیت پیشگیری از خودکشی، پیش‌بینی این رفتار به دلیل ماهیت پیچیده و چندعاملی آن همچنان یک چالش اساسی در حوزه سلامت روان محسوب می‌شود. از این‌رو، شناسایی زود هنگام افکار خودکشی و بررسی عوامل مرتبط با آن می‌تواند نقش مهمی در ارزیابی خطر و ارائه مداخلات

¹ older adulthood

² suicidal ideation

³ alexithymia

انطباق با شرایط سالمندی نه تنها مستلزم تنظیم هیجان است؛ بلکه نیازمند تغییر در باورها و بازنگری در دیدگاه‌ها است. اما تفسیر سختگیرانه و ناکارآمد که ناشی از عدم انعطاف‌پذیری شناختی است؛ روبرو شدن با تغییرات سالمندی را دشوارتر می‌کند انعطاف‌پذیری شناختی^۱ به معنای توانایی تغییر بین فرایندهای ذهنی، راهبردهای فکری یا نمایه‌های شناختی مختلف به‌منظور تطبیق رفتار با شرایط متغیر محیطی یا اهداف جدید است (دنيس و وندر، ۲۰۱۰). بر اساس نظریه ناامیدی بک (۱۹۹۰) زمانی که افراد موقعیت‌های خود را غیرقابل تغییر و فاقد راه‌حل مؤثر ادراک می‌کنند، احساس ناامیدی در آنها افزایش می‌یابد و این ناامیدی یکی از عوامل مهم خطر خودکشی محسوب می‌شود. بنابراین کاهش انعطاف‌پذیری می‌تواند پیش‌بینی کننده مشکلات اساسی سالمندی باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد کاهش انعطاف‌پذیری، مشکلات روان‌شناختی و ناسازگاری را افزایش داده (پلیس و همکاران، ۲۰۲۳)، و با اضطراب مرگ (الکانتارا و همکاران، ۲۰۲۵) و درد مزمن (دینگ و ژنگ، ۲۰۲۲) رابطه مثبت دارد. همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سازگاری با تغییرات زندگی و روابط اجتماعی (پلیس و همکاران، ۲۰۲۳)، حمایت اجتماعی ادراک شده و پیری موفق (پالیس و همکاران، ۲۰۲۲) رابطه مثبت و با اضطراب مرگ و افسردگی رابطه منفی دارد (دیناروند، ۱۴۰۱). بنابراین مداخلاتی که بتواند به به افزایش انعطاف پیری سالمندان منجر شود ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

در کنار نقش ناگویی هیجانی و انعطاف‌ناپذیری شناختی، اختلالات خواب^۲ نیز به‌عنوان یکی از برجسته‌ترین عوامل خطر در شکل‌گیری و تداوم افکار خودکشی در سالمندان شناخته شده‌اند. چراکه به نظر می‌رسد با دگرگونی‌های زیستی و روان‌شناختی قابل توجه دوران سالمندی یکی از نخستین حوزه‌هایی که تحت تأثیر این تغییرات قرار می‌گیرد، چرخه خواب-بیداری است. اختلال خواب، نه‌تنها کارکردهای جسمی و بلکه کارکردهای ذهنی و روانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (سادک، ۲۰۲۴). اختلالات خواب در سالمندان می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی، اختلال در تنظیم هیجان و افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی همراه باشد. با توجه به اینکه

سالمندان، بیشتر در معرض مشکلات هیجانی و اختلالات خواب قرار دارند، توجه به مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای بهبود کیفیت خواب و ارتقای تنظیم هیجان آنان اهمیت زیادی دارد. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تجارب درونی می‌توانند در بهبود پیامدهای هیجانی و کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشند (اسبقی و همکاران، ۱۴۰۴). همچنین اختلالات خواب بر کارکردهای روانی مانند تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی اثر منفی دارد (سادک، ۲۰۲۴). و کیفیت زندگی و فعالیت بدنی را کاهش داده و با افسردگی رابطه مثبت دارد (زکی و همکاران، ۲۰۲۱). و باعث افزایش حساسیت هیجانی، کاهش توانایی مدیریت هیجان‌های منفی و در نهایت تقویت افکار بدبینانه می‌شود، که می‌تواند زمینه‌ساز خودکشی شود (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۸).

در سال‌های اخیر روش‌های درمانی متعددی از جمله طرحواره درمانی (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۸)، شفقت درمانی و درمان هیجان‌مدار (ایزدی و همکاران، ۱۴۰۴) و درمان فراتشخیصی یکپارچه (بیرانوند و رضایی، ۱۴۰۴)، برای کاهش ناگویی عاطفی و درمان مثبت اندیشی (اعظمی و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (زارع، ۱۳۹۶)، درمان مبتنی بر مدیریت استرس و روش دیالتیکی (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۵) و روان‌پوشی کوتاه مدت (امین رستم‌کلایی و صادقی، ۱۴۰۳) برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و برای درمان اختلالات خواب، درمان مبتنی بر شفقت (آقامحمدی و همکاران، ۱۴۰۴)، درمان شناختی- رفتاری (عرب شقایق و محمدی، ۱۴۰۲) انجام شده است.

در سال‌های اخیر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برای سالمندان دارای افکار خودکشی، مداخلات فرایندمحور مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهمیت ویژه‌ای دارند؛ زیرا صرف کاهش علائم در این گروه کافی نیست و باید بر فرایندهای زیربنایی مانند تنظیم هیجان، کارکردهای شناختی و خواب تمرکز شود (سادک و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین پژوهش‌هایی که رابطه ناگویی هیجانی و افکار خودکشی را تأیید کرده، بر ضرورت مداخله‌هایی که پردازش هیجان را تقویت می‌کنند تأکید می‌کند (همینگ و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های تازه نیز نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری شناختی نقش محافظتی در برابر افکار

¹ cognitive flexibility

² sleep disorders

کمک کرد (مارسیا و روگه، ۲۰۲۴). بنابراین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به دلیل ساختار فرایندی و یکپارچه خود، ظرفیت مداخله‌ای گسترده برای مشکلاتی چون ناگویی هیجانی، انعطاف‌ناپذیری شناختی و اختلال خواب دارد. و چون در گروه سالمندان و بالأخص سالمندان دارای افکار خودکشی انجام نشده است می‌تواند ضرورت انجام پژوهش حاضر را برجسته‌تر سازد.

پژوهش حاضر

افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر، توجه به سلامت روان این گروه را به یکی از اولویت‌های نظام سلامت تبدیل کرده است. در میان مشکلات روان‌شناختی سالمندان، افکار خودکشی از مهم‌ترین و نگران‌کننده‌ترین مسائل به شمار می‌رود؛ زیرا علاوه بر تهدید جان فرد، پیامدهای گسترده‌ای برای خانواده، مراکز نگهداری و نظام مراقبت از سالمندان به همراه دارد. سالمندان ساکن مراکز نگهداری به دلیل تجربه عواملی مانند تنهایی، بیماری‌های مزمن، کاهش استقلال، از دست دادن نقش‌های اجتماعی و محدود شدن روابط عاطفی، بیش از سایر سالمندان در معرض مشکلات روان‌شناختی قرار دارند. از این رو، شناسایی و به‌کارگیری مداخلاتی که بتوانند عوامل زمینه‌ساز افکار خودکشی را کاهش دهند، ضرورتی انکارناپذیر است.

ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب از جمله عواملی هستند که نقش مهمی در سلامت روان سالمندان دارند. ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها، کاهش توانایی سازگاری با شرایط دشوار زندگی و اختلال در خواب، هر یک می‌توانند زمینه تداوم آشفتگی‌های روان‌شناختی و تشدید افکار خودکشی را فراهم کنند. از این رو، توجه هم‌زمان به این متغیرها می‌تواند درک دقیق‌تری از وضعیت روان‌شناختی سالمندان دارای افکار خودکشی فراهم آورد و زمینه طراحی مداخلات مؤثرتر را مهیا سازد. اگرچه در سال‌های اخیر از رویکردهای درمانی مختلف برای بهبود مشکلات روان‌شناختی سالمندان استفاده شده است، اما آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش، به دلیل تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و حرکت در مسیر ارزش‌های فردی، ظرفیت مناسبی برای کمک به سالمندان دارای افکار خودکشی دارد. با وجود این، بررسی هم‌زمان اثربخشی این برنامه بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب در سالمندان

خودآسیب‌رسان دارد و کاهش آن، سالمندان را آسیب‌پذیرتر می‌کند (پلیس و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات پذیرش‌محور، از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توانند انعطاف‌پذیری و تنظیم هیجان (خانجانی و همکاران، ۲۰۲۱، فرنادرز و همکاران، ۲۰۲۱) را افزایش داده و کیفیت خواب (سالاری و همکاران، ۲۰۲۲) را بهبود بخشد و در نتیجه از شدت عوامل خطر، چون بی‌خوابی و درماندگی روان‌شناختی بکاهند (زکیئی و همکاران، ۲۰۲۱). مجموع این داده‌ها نشان می‌دهد که بررسی اثربخشی پذیرش و تعهد در سالمندان دارای افکار خودکشی، به‌ویژه بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و مشکلات خواب، یک ضرورت پژوهشی مهم و کمتر مطالعه‌شده است.

همچنین درمان غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های اخیر مورد توجه روزافزون قرار گرفته است و برای درمان ناگویی هیجانی (نظری و ۲۰۲۴؛ رستمی و دشت بزرگی، ۲۰۱۹)، اختلالات خواب (موشر و همکاران، ۲۰۱۸؛ روئان و همکاران، ۲۰۲۲؛)، افسردگی (آبیار و همکاران، ۱۳۹۷) انعطاف‌پذیری و همجوشی (زارع، ۱۳۹۶) پذیرش درد (حسین پور و سمیعی، ۱۳۹۹)، مسئولیت‌پذیری و شادکامی (البرزی و همکاران، ۱۴۰۰)، سرمایه روان‌شناختی و درمان چاقی (تولایی و همکاران، ۱۴۰۳) انجام شده. اما اثربخشی این روش بر سه متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ناگویی هیجانی و اختلالات خواب سالمندان دارای افکار خودکشی بررسی نشده است. نسخه غنی‌سازی‌شده درمان پذیرش و تعهد یک مداخله چندوجهی است؛ که به‌دلیل بهره‌گیری هم‌زمان از مؤلفه‌هایی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، گسستگی شناختی، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، می‌تواند بر طیف متنوعی از مشکلات اثر بگذارد. این فرایندها از یک‌سو به بهبود ناگویی هیجانی کمک می‌کنند، زیرا پذیرش تجربه‌های درونی و تماس با لحظه حال می‌تواند پردازش و بیان هیجان را تقویت کند (هیز و کینگ، ۲۰۲۴). مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از جمله گسستگی شناختی، پذیرش و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با کاهش الگوهای فکری انعطاف‌ناپذیر و افزایش توانایی سازگاری شناختی همراه هستند. همچنین، این فرایندها از طریق کاهش درگیری با افکار مزاحم و تنظیم بهتر هیجان‌ها می‌توانند به بهبود مشکلات مرتبط با خواب

دارای افکار خودکشی ساکن در سرای سالمندان، در پژوهش‌های داخلی مورد توجه قرار نگرفته است. بر این اساس، انجام پژوهش حاضر علاوه بر کمک به توسعه دانش موجود، می‌تواند شواهدی کاربردی برای متخصصان سلامت روان، روان‌شناسان و مسئولان سرای سالمندان فراهم آورد تا در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای از آن بهره بگیرند. همچنین، نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه استفاده از آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش را به عنوان یک مداخله مکمل در ارتقای سلامت روان سالمندان دارای افکار خودکشی فراهم سازد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی سرای سالمندان است. فرضیه‌های این مطالعه عبارت بودند از اینکه (۱) آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناگویی هیجانی سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. (۲) آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. (۳) آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلالات خواب سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گواه بود. جامعه آماری، شامل کلیه سالمندان دارای افکار خودکشی در سال ۱۴۰۴ که در سرای سالمندان بندرعباس ساکن بودند را تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش حدود ۳۲ نفر از سالمندان دارای افکار خودکشی بودند که بصورت نمونه‌گیری در دسترس (۱۸ زن و ۱۴ نفر مرد) و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش شرکت کردند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند (هر گروه ۱۶ نفر). از بین ۱۸ زن ۹ زن به‌صورت تصادفی در گروه گواه و ۹ زن بر حسب تصادف در گروه آزمایش قرار گرفتند و از ۱۴ مرد، ۷ مرد بر حسب تصادف در گروه گواه و ۷ مرد در گروه آزمایش قرار گرفتند. در یک مطالعه تجربی، برای اطمینان از معنادار بودن نمونه، ۱۵ نفر برای گروه گواه و ۱۵ نفر برای گروه آزمایش انتخاب می‌شوند (دلاور، ۱۳۹۶). با این حال، با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر، از سالمندان تشکیل شده بود و خطر ریزش (خطر مرگ سالمندان، عدم

همکاری و مشارکت) وجود داشت، در هر گروه ۱۶ شرکت‌کننده جهت شرکت در جلسات مداخله، انتخاب شدند. همچنین میانگین سنی نمونه‌های گروه آزمایش (۶۸/۹۴) سال و میانگین سنی نمونه‌های گروه گواه (۶۹/۳۱) سال بود و بین دو گروه از نظر میانگین سنی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ($p > 0.05$). ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل (۱) داشتن تمایل به شرکت در پژوهش (۲) تکمیل فرم رضایت آگاهانه (۳) سطح تحصیلات خواندن و نوشتن، (۴) کسب نمره ۳ یا بیشتر در آزمون بک (۵) دامنه سنی ۷۵-۶۵ بودند. معیارهای خروج شامل نیز (۱) معلولیت جسمی، ذهنی و حرکتی، (۲) شرکت همزمان در دوره‌های دیگر مداخله یا مشاوره، (۳) داشتن مشکلات حافظه، و (۴) اعتیاد و مصرف داروهای روان‌گردان بود.

ابزار

پرسش‌نامه اختلالات خواب^۱. پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتربورگ که توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ تدوین شده است، یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش کیفیت خواب در پژوهش‌های بالینی و غیربالینی به شمار می‌رود. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ آیم است که بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و هفت مؤلفه اصلی کیفیت خواب را ارزیابی می‌کنند. شامل: کیفیت ذهنی خواب (به‌طور کلی کیفیت خواب خود را در طول یک ماه گذشته چگونه ارزیابی می‌کنید؟)، تأخیر در به خواب رفتن (در یک ماه گذشته چند بار در طول شب از خواب بیدار شدید و مشکل در دوباره خوابیدن داشتید؟)، مدت زمان خواب (به‌طور متوسط در یک شب چند ساعت واقعاً خواب هستید؟)، کارایی خواب (معمولاً چند ساعت از زمانی که در رختخواب هستید واقعاً خواب می‌باشید؟)، اختلالات خواب (چند بار در ماه گذشته بدون دلیل مشخص در نیمه شب بیدار شده‌اید؟)، مصرف داروهای خواب‌آور (چند بار در ماه گذشته قرص یا داروهای خواب‌آور مصرف کرده‌اید؟) و اختلال عملکرد روزانه (در طول یک ماه گذشته چند بار مشکل داشتید که برای انجام فعالیت‌های روزانه انگیزه کافی داشته باشید؟). نمره کل پرسش‌نامه از جمع نمرات هفت مؤلفه به‌دست می‌آید و در دامنه صفر تا ۲۱ قرار دارد که نمره ۶ و بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب نامطلوب است. بویس و همکاران (۱۹۸۹) انسجام درونی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت خواب

¹ Pittsburgh sleep quality index (PSQI)

پیتزبورگ توسط فرحی مقدم و همکاران (۲۰۱۲) ترجمه و از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی در ایران بررسی شد. در این مطالعه، نسخه فارسی پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی و ترجمه مجدد به انگلیسی برای اطمینان از صحت مفهومی، بر روی ۱۲۵ بیمار روان‌پزشکی (شامل مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی و بی‌خوابی اولیه) و ۱۳۳ فرد سالم اجرا شد. نتایج نشان داد که نسخه فارسی از همسان درونی قابل قبول برخوردار است از نظر روایی سازه و روایی ملاکی (تشخیصی) بررسی شد؛ به‌طوری‌که همبستگی معناداری بین نمرات این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۱۲) مشاهده شد ($r=0/54$)، حساسیت و ویژگی ابزار برای نقطه برش ۶، به‌ترتیب ۸۵ درصد و ۸۴ درصد گزارش شد که نشان‌دهنده روایی قابل قبول آن است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل نمونه ۰/۷۷، گروه سالم ۰/۷۸ گزارش شد (فرحی مقدم و همکاران، ۲۰۱۲). آلفای کرونباخ در پژوهش ۰/۷۵ است.

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری^۱ پرسش‌نامه استاندارد انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و واندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۰ سؤال می‌باشد (وقتی با مشکلی روبه‌رو می‌شوم، معمولاً می‌توانم از دیدگاه‌های مختلف به آن نگاه کنم) و برای ارزیابی تغییرات فرد در ایجاد و افزایش تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه از نوع لیکرتی است و دارای ۵ گزینه است که از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) طبقه‌بندی شده است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر اساس امتیازی است که از پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه بدست می‌آید. در این راستا پاسخ‌دهنده به سؤالات، نمره‌ای از یک تا ۵ می‌دهد. نمره بدست آمده بین ۲۰ تا ۹۵ است. نمره کمتر از ۳۸ به معنی انعطاف‌پذیری شناختی پایین است، نمره بین ۳۹ تا ۷۶ به معنی انعطاف‌پذیری شناختی متوسط است؛ نمره بیشتر از ۷۷ به معنی انعطاف‌پذیری شناختی بالا است. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسش‌نامه را با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در پژوهش کهندانی و

ابوالعالی الحسینی (۱۳۹۶) در نمونه ایرانی بررسی شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد که پرسش‌نامه در نسخه فارسی دارای دو عامل اصلی شامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری است که به‌ترتیب ۱۳ و ۶ گویه را شامل می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و برای دو عامل اصلی بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار است. همچنین روایی همزمان ابزار با پرسش‌نامه افسردگی بک بررسی شد و همبستگی معکوس و معناداری بین نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی (حدود ۰/۶۶-) به‌دست آمد که بیانگر تأیید روایی سازه در جامعه آماری ایرانی است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسش‌نامه افکار خودکشی^۲ این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط آرون بک و همکاران ساخته شده است. این پرسش‌نامه به بررسی میزان افکار خودکشی و شدت آنها می‌پردازد. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ سؤال و جواب است. پرسش‌نامه افکار خودکشی بک دارای ۳ مؤلفه است که عبارتند از: تمایل به مرگ (۵ سؤال) (گاهی احساس می‌کنم زندگی ارزش ادامه دادن ندارد و ترجیح می‌دهم زنده نباشم)، آمادگی برای خودکشی (۷ سؤال) (گاهی درباره روش‌های ممکن برای پایان دادن به زندگی‌ام فکر می‌کنم)، تمایل به خودکشی واقعی (۴ سؤال) (در بعضی مواقع احساس کرده‌ام احتمال دارد به‌طورجدی برای پایان دادن به زندگی‌ام اقدام کنم). این پرسش‌نامه، بر اساس یک مقیاس ۳ درجه نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است؛ نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ قرار دارد. و نقطه برش، که نشان‌دهنده افکار خودکشی است ۳ می‌باشد. پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده است همچنین ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمون، ۰/۵۴ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). مقیاس افکار خودکشی بک در ایران از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی بررسی شده و نتایج نشان داده است که این ابزار از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است. این پرسش‌نامه در ایران توسط انیسی و همکاران (۱۳۸۴)، مورد هنجاریابی قرار گرفته است و آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

¹ acceptance and action questionnaire - II (AAQ-II)

² cognitive flexibility inventory (CFI)

پروتکل درمانی

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر بر اساس مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هیز و همکاران (۲۰۱۱) و ساختار پروتکل درمانی ایفرت و همکاران (۲۰۰۹) تنظیم شد. انتخاب این رویکرد به دلیل تمرکز آن بر فرآیندهای اساسی مانند پذیرش هیجان‌ها و افکار ناخوشایند، فاصله گرفتن از افکار، توجه به لحظه حال، شناخت ارزش‌های فردی و حرکت در مسیر اهداف ارزشمند زندگی انجام گرفت. این مؤلفه‌ها با برخی از چالش‌های روان‌شناختی سالمندان،

جدول ۱

پروتکل درمانی تعهد و پذیرش بر اساس مدل هیز و همکاران (۲۰۱۱) و ساختار درمانی ایفرت و همکاران (۲۰۰۹)

ردیف	هدف جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی با درمان و شناسایی الگوهای مشکل‌ساز	در این جلسه رابطه درمانی برقرار شد، روند درمان توضیح داده شد و از فرد خواسته شد مشکلات اصلی، افکار و رفتارهای مرتبط با آنها را شناسایی و ثبت کند.
۲	ایجاد ناامیدی خلاقانه و کاهش کنترل‌گری ناکارآمد	از فرد خواسته شد راهبردهای قبلی خود برای کنترل مشکلات را بررسی کند و پیامدهای ناکارآمد تلاش برای حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند را موردتوجه قرار دهد.
۳	افزایش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار	تمرین‌هایی برای مشاهده افکار بدون درگیری با آنها انجام شد و از مشارکت‌کننده خواسته شد افکار خود را به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند، نه واقعیت‌های قطعی.
۴	کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش	از فرد خواسته شد تجربه‌های ناخوشایند هیجانی خود را بدون اجتناب یا تلاش برای تغییر آنها بررسی کند و پذیرش هیجان‌ها را تمرین نماید.
۵	روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد جهت زندگی	در این جلسه حوزه‌های مهم زندگی بررسی شد و فرد ارزش‌های شخصی خود را شناسایی کرد و ارتباط آنها با انتخاب‌ها و رفتارهای روزمره مورد بحث قرار گرفت.
۶	افزایش تماس با لحظه اکنون و آگاهی از تجربه‌های درونی	تمرین‌های ذهن‌آگاهی شامل توجه به تنفس، مشاهده احساسات بدنی و تمرکز بر لحظه حال انجام شد و فرد برای تمرین روزانه هدایت گردید.
۷	تقویت اقدام متعهدانه و رفتارهای ارزش‌محور	از فرد خواسته شد ارزش‌های شناسایی‌شده را به اهداف عملی تبدیل کند و گام‌های کوچک و قابل اجرا برای حرکت در مسیر ارزش‌ها تعیین نماید.
۸	بهبود خواب از طریق پذیرش و ذهن‌آگاهی	افکار و هیجان‌های مرتبط با مشکلات خواب بررسی شد و مشارکت‌کننده یاد گرفت به جای مقابله با افکار مزاحم، آنها را بپذیرد و با آرامش بیشتری با تجربه خواب مواجه شود.
۹	افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	مهارت‌های درمانی مرور شد و از فرد خواسته شد آنها را در موقعیت‌های روزمره به کار گیرد و پاسخ‌های هماهنگ با ارزش‌های خود را جایگزین واکنش‌های خودکار کند.
۱۰	تثبیت دستاوردهای درمان و پیشگیری از بازگشت مشکلات	در جلسه پایانی پیشرفت‌های حاصل‌شده بررسی شد، مهارت‌های اصلی مرور گردید و برنامه‌ای برای ادامه تمرین‌ها و حفظ تغییرات تدوین شد.

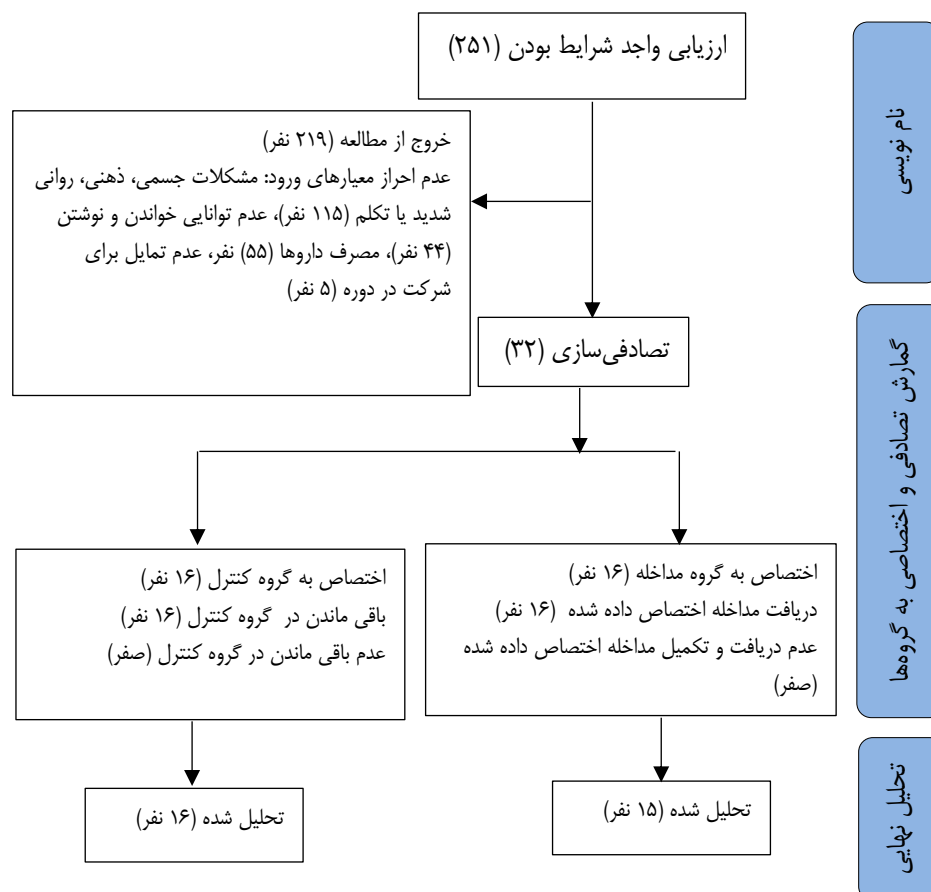
روش اجرا

قبل از مداخله، پژوهشگر به مراکز نگهداری از سالمندان مراجع نمود و مجوزهای لازم ارائه گردید سپس پرونده‌های سالمندان شهر بندرعباس بررسی شد و به افرادی که حائز ملاک‌های ورود بودند پرسش‌نامه افسردگی بک ارائه گردید در این مرحله مجدداً افرادی که نمره ۳ یا بیشتر در آزمون بک کسب کرده بودند به آنها جهت شرکت در مداخلات، اطلاعات لازم ارائه گردید اطلاعات در مورد

اهداف پژوهشی جهت همکاری به مسئولین ارائه شد. تعداد کل سالمندانی که در این مراکز نگهداری می‌شدند ۲۵۱ نفر بود. با مراجعه به واحد مشاوره مرکز، معیارهای ورود و خروج پژوهش شرح داده شد که در این مرحله مشخص شد که ۱۱۵ نفر به دلیل مشکلات شدید جسمی-حرکتی، تکلم و مشکلات ذهنی از فرایند پژوهش کنار گذاشته شدند و ۴۴ نفر فاقد توانایی خواندن و نوشتن برای شرکت در پژوهش بودند. ۵۵ نفر به دلیل مصرف داروها از فرایند

رعایت شد. پیش از آغاز مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت گردید و اهداف، روش اجرا و نحوه مشارکت در پژوهش به‌طور کامل برای آنان توضیح داده شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی و پاسخ‌های آنان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد. علاوه بر این، شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و افراد در هر مرحله از مطالعه، بدون هیچ‌گونه پیامد یا محدودیتی، حق انصراف از ادامه همکاری را داشتند. همچنین کد اخلاق با شناسه IR.PNU.REC.1404.235 از دانشگاه پیام نور دریافت و در سامانه ملی اخلاق در پژوهش ثبت گردید لازم به ذکر است همه مشارکت‌کنندگان با علاقه در جلسات شرکت کردند. همچنین افراد دیگر از مرکز، که قبلاً اعلام آمادگی کرده بودند با توجه به معیارهای ورود و خروج کنار گذاشته‌شده بودند، می‌توانستند در جلسات، حضور پیدا کنند. اما در تحلیل وارد نمی‌شدند. پس از اتمام دوره، برای سالمندان گروه گواه آموزش‌های مربوط به ارائه گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ شد.

پژوهش کنار گذاشته شدند. سپس پرسش‌نامه افسردگی ارائه شد که در این مرحله از ۵۲ نفر ۴۱ نفر نمره بالای ۳ گرفتند و از این تعداد فقط ۵ نفر علاقه‌ای به شرکت در دوره را نداشتند. از ۳۶ نفر باقیمانده برخی افراد به دلایلی مانند رفتن به خانه فرزندان و یا عدم هماهنگ شدن با سایرین در خصوص ساعت شرکت در جلسات کنار گذاشته شدند و در نهایت ۳۲ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب‌شده و سپس گروه آزمایش به مدت دو ماه، هر هفته دو روز توسط پژوهشگر به‌صورت گروهی در مرکز سرای سالمندان بندرعباس تحت درمان قرار گرفتند. مدت‌زمان شرکت در جلسه ۹۰ دقیقه بود که برای جلوگیری از خستگی و کاهش دقت و تمرکز ۴۵ دقیقه، آموزش ارائه می‌شد (۱۰:۴۵ تا ۱۰:۱۰) و ۳۰ دقیقه استراحت و مجدداً ۴۵ دقیقه (۱۲ تا ۱۱:۱۵) آموزش ارائه می‌گردید. در صورتیکه مشارکت‌کننده‌ای بیش از دو جلسه غیبت داشت از فرایند تحلیل کنار گذاشته می‌شد. بعد از گذشته ۳ ماه از اتمام جلسه‌های درمانی، ابزار پژوهش مجدداً دو گروه تکمیل شد (پیگیری) تا تفاوت احتمالی مورد بررسی قرار گیرد. در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول پژوهش



شکل ۱. فلورچارت روند نمونه‌گیری و شرکت در مطالعه

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آورده شده است

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)	میانگین (م.ا)
ناگویی هیجانی	۱۲/۳۰	۷۸/۹۴	۷۰/۳۸	۷۳/۵۶	۸۱/۰۶	۸۰/۱۹
انعطاف‌پذیری	۵۳/۸۸	۶۵/۱۳	۵۸/۶۳	۵۳/۹۴	۵۵/۶۳	۵۵/۴۴
اختلالات خواب	۱۰/۰۶	۷/۸۸	۹/۴۴	۹/۹۴	۱۱/۳۱	۱۱/۸۱

طبق جدول ۲، در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پیگیری بهبود یافته است. این بهبود در متغیر اختلالات خواب و ناگویی هیجانی شامل کاهش میانگین و در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی شامل افزایش میانگین گروه آزمایش بود. در گروه کنترل تغییرات اندک بود و در متغیر اختلال خواب حتی افزایش میانگین مشاهده شد، در حالی که در گروه آزمایش کاهش ناگویی هیجانی و اختلالات خواب و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مشاهده شد. بنابراین چنانچه ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به نفع گروه آزمایش است.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر ناگویی هیجانی پیش‌آزمون $[F(1,28)=0.961, P=0.335 > 0.05]$ ، پس‌آزمون $[F(1,28)=1.134, P=0.296 > 0.05]$ ، پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری، پیش‌آزمون $[F(1,28)=0.583 > 0.05]$ ، پس‌آزمون $[F(1,28)=0.390, P=0.537 > 0.05]$ ، پیش‌آزمون اختلال خواب $[F(1,28)=0.271, P=0.607 > 0.05]$ ، پس‌آزمون $[F(1,28)=0.21, P=0.885 > 0.05]$ ، به لحاظ آماری معنادار نبود. و اختلاف معناداری بین واریانس‌های دو گروه مشاهده نشد. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پیگیری، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد.

نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر ناگویی هیجانی پیش‌آزمون $[F(1,28)=0.852, P=0.311 > 0.05]$ ، پس‌آزمون $[F(1,28)=1.04, P=0.244 > 0.05]$ ، پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری، پیش‌آزمون $[F(1,28)=0.329, P=0.595 > 0.05]$ ، پس‌آزمون $[F(1,28)=0.213, P=0.713 > 0.05]$ ، به لحاظ آماری معنادار نبود. و اختلاف معناداری بین واریانس‌های دو گروه مشاهده نشد. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد.

همچنین مفروضه مهم همگنی شیب رگرسیون، که یکی دیگر از پیش‌فرض‌های اساسی تحلیل کوواریانس است، از طریق بررسی اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون ارزیابی شد. نتایج نشان حاکمی از معنادار نبودن میزان F بود. ناگویی هیجانی $[F=0.423, P=0.51 > 0.05]$ ، انعطاف‌پذیری $[F=0.99, P=0.756 > 0.05]$ ، اختلالات خواب $[F=0.24, P=0.88 > 0.05]$ ، در سطح 0.05 معنادار نبود؛ بنابراین، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد. همگنی شیب رگرسیون، از طریق بررسی اثر تعاملی گروه و نمرات مرحله پیگیری ارزیابی شد. نتایج نشان حاکمی از معنادار نبودن میزان F بود. ناگویی هیجانی $[F=3.11, P=0.09 > 0.05]$ ، انعطاف‌پذیری شناختی $[F=0.863, P=0.639 > 0.05]$ ، اختلالات خواب

[$F=2/762$ ، $P=0/11>0/05$]، در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون، توزیع نرمال در متغیرها برقرار بود؛ زیرا مقدار به‌دست‌آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. از آنجا

که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس فراهم شده بود، برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳

کوواریانس تک‌متغیری تفاوت دو گروه در نمرات ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در پس‌آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۹/۱۵۴	۱	۱۹/۱۵۴	۰/۲۳۲	۰/۶۳۴	۰/۰۰۹
	گروه	۸۲۳/۹۱۹	۱	۸۲۳/۹۱۹	۹/۹۸۴	۰/۰۰۴	۰/۲۷
	خطا	۲۲۸/۱۷۹	۲۷	۸۲/۵۲۵			
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۴۰/۱۵۸	۱	۱۴۰/۱۵۸	۱/۸۰۰	۰/۱۹۱	۰/۰۶۳
	گروه	۹۲۶/۳۹۵	۱	۹۲۶/۳۹۵	۱۱/۹۰۰	۰/۰۰۲	۰/۳۰
	خطا	۲۱۰۱/۹۷۶	۲۷	۷۷/۸۵۱			
اختلالات خواب	پیش‌آزمون	۹/۸۴۹	۱	۹/۸۴۹	۰/۸۱۳	۰/۳۷۵	۰/۰۲۹
	گروه	۹۱/۷۸۱	۱	۹۱/۷۸۱	۷/۵۷۳	۰/۰۱	۰/۴۰
	خطا	۳۲۷/۲۱۸	۲۷	۱۲/۱۱۹			

جدول ۴

کوواریانس تک‌متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در پیگیری

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۱/۶۸	۱	۲۱/۶۸	۰/۲۶۴	۰/۶۱۲	۰/۹۱
	گروه	۷۴۲/۳۱۵	۱	۷۴۲/۳۱۵	۸/۹۶۳	۰/۰۰۶	۰/۲۴
	خطا	۲۲۳۵/۷۴۲	۲۷	۸۲/۸۰۵			
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۳۲/۷۴۶	۱	۱۳۲/۷۴۶	۱/۶۹۴	۰/۲۰۴	۰/۰۶۳
	گروه	۶۸۸/۵۲۹	۱	۶۸۸/۵۲۹	۸/۷۹۱	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	خطا	۲۱۱۴/۳۶۵	۲۷	۷۸/۳۱۰			
اختلالات خواب	پیش‌آزمون	۱۱/۴۲۶	۱	۱۱/۴۲۶	۰/۹۴۲	۰/۳۴۱	۰/۰۲۹
	گروه	۷۴/۲۱۸	۱	۷۴/۲۱۸	۶/۱۲۴	۰/۰۲۰	۰/۳۵
	خطا	۳۲۷/۹۰۴	۲۷	۱۲/۱۴۵			

با توجه به جدول فوق، آماره F ناگویی هیجانی در پس‌آزمون ۹/۹۸۴ و F انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پس‌آزمون ۱۱/۹۰۰ و F اختلالات خواب در پس‌آزمون ۷/۵۷۳ است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان ناگویی هیجانی،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۲ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین‌های گروه آزمایش در ناگویی هیجانی و اختلال خواب، به صورت معنی دار کمتر از میانگین همین گروه نسبت به

مرحله پیش‌آزمون و میانگین گروه آزمایش اثر ویژگی‌های انعطاف‌پذیری شناختی به صورت معنی‌دار بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شود. و می‌توان گفت که آموزش غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش ناگویی هیجانی و اختلالات خواب و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. اندازه اثر ۰/۲۷، ۰/۳۰، ۰/۴۰ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه مطلوب قابل توجه است.

با توجه به جدول ۴، آماره F ناگویی هیجانی در پس‌آزمون ۸/۹۶۳ و F انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پس‌آزمون ۸/۷۹۱ و F اختلالات خواب در پس‌آزمون ۶/۱۲۴ است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اختلالات خواب تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۲ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین‌های گروه آزمایش در ناگویی هیجانی و اختلال خواب، به صورت معنی‌دار کمتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون و میانگین گروه آزمایش در ویژگی‌های انعطاف‌پذیری شناختی به صورت معنی‌دار بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته‌ها فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شود. اندازه اثر ۰/۲۴، ۰/۲۷، ۰/۳۵ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه مطلوب و قابل توجه است

بحث و نتیجه‌گیری

افکار خودکشی در سالمندان به‌عنوان مهم‌ترین و اولین نشانه از خودکشی محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد ازجمله عوامل مؤثر بر افکار خودکشی، که به دلیل بحران‌های متعدد سالمندی بوجود می‌آید؛ تحت تأثیر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناگویی هیجانی، انعطاف‌پذیری شناختی و اختلالات خواب در سالمندان دارای افکار خودکشی سرای سالمندان بندرعباس عباس انجام شد.

فرضیه نخست پژوهش مبنی بر تأثیر غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی سالمندان دارای افکار خودکشی تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های نظری و همکاران (۲۰۲۴)، رستمی و دشت بزرگی (۲۰۱۹)،

هیز و کینگ (۲۰۲۴) و همسو است. این مطالعات نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش تجربه‌های هیجانی، تقویت آگاهی از حالات درونی و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به بهبود پردازش هیجان‌ها و کاهش ۲۰۵ ناگویی هیجانی کمک می‌کند. سالمندی با چالش‌هایی مانند بازنشستگی، کاهش نقش‌های اجتماعی، فقدان عزیزان، بیماری‌های جسمانی و محدود شدن حمایت اجتماعی همراه است. در چنین شرایطی، ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها می‌تواند آشفتگی روانی را تشدید کرده و سازگاری فرد را کاهش دهد. بر اساس دیدگاه تیلور و باگی (۱۹۹۷)، افرادی که در پردازش هیجان‌های خود مشکل دارند، بیشتر به سرکوب یا اجتناب از احساسات روی می‌آورند که این امر فشار روانی را افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد به جای اجتناب از هیجان‌های ناخوشایند، آنها را بپذیرند و با استفاده از ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی و اقدام متعهدانه، رابطه سالم‌تری با افکار و احساسات خود برقرار کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). این فرایند موجب افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب تجربی و بهبود تنظیم هیجان می‌شود. همچنین، تأکید این رویکرد بر شناسایی ارزش‌های فردی و حرکت در مسیر آنها، احساس معنا و هدفمندی را تقویت می‌کند؛ عاملی که می‌تواند در سالمندان دارای افکار خودکشی نقش محافظتی داشته باشد. بنابراین، غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش آگاهی هیجانی، به کاهش ناگویی هیجانی سالمندان کمک می‌کند.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های زارع (۱۳۹۶)، خانجانی و همکاران (۲۰۲۱)، فرناندز-خیمنز و همکاران (۲۰۲۱) و مارسیا و روگه (۲۰۲۴) همسو و هماهنگ است. نتایج نشان داد که بین گروه دریافت‌کننده آموزش غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه گواه از نظر انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت سالمندی با تغییرات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی متعددی همراه است و سازگاری با این تغییرات، مستلزم برخورداری از انعطاف‌پذیری شناختی است. افرادی که از این ویژگی برخوردارند، بهتر می‌توانند محدودیت‌ها و فقدان‌های این دوره را بپذیرند، راه‌حل‌های جایگزین پیدا کنند و خود را با شرایط جدید سازگار سازند. در مقابل، کاهش انعطاف‌پذیری

می‌کند تا به‌جای مبارزه با افکار و هیجان‌های ناخوشایند، رابطه سازگاران‌تری با آنها برقرار کنند (زارع، ۱۳۹۶). در سالمندان دارای افکار خودکشی، وجود مشکلات خواب در کنار عواملی مانند ناامیدی، مشکلات تنظیم هیجان و کاهش توانایی سازگاری می‌تواند آسیب‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد. بنابراین، مداخله‌هایی که بتوانند در کاهش مشکلات خواب مؤثر باشد حائز اهمیت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون مختلف، مانند تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش افکار و هیجان‌ها به‌جای تلاش برای حذف افکار منفی، به فرد می‌آموزد که چگونه رابطه متفاوتی با این افکار برقرار کند. این فرایند موجب کاهش درگیری ذهنی می‌شود و می‌تواند زمینه را برای تجربه خواب آرام‌تر فراهم سازد (اسبقی و همکاران، ۱۳۹۸). علاوه بر این، سالمندان دارای افکار خودکشی ممکن است به دلیل تجربه فقدان‌ها، محدودیت‌های جسمانی، احساس تنهایی و نگرانی نسبت به آینده، بیشتر در معرض افکار منفی و آشفتگی‌های هیجانی قرار داشته باشند. در این شرایط، اختلال خواب می‌تواند چرخه‌ای از خستگی، کاهش توانایی مقابله با مشکلات و تشدید پریشانی روان‌شناختی ایجاد کند. بنابراین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با افزایش پذیرش و آموزش شیوه‌های سازگاران‌ه مواجهه با مشکلات، می‌تواند به کاهش اختلالات خواب و بهبود سازگاری روانی سالمندان کمک کند.

تولیحات مطالعه

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با افکار خودکشی سالمندان موردتوجه قرار گیرد. شناسایی عوامل مؤثر بر افکار خودکشی سالمندان می‌تواند برای روان‌شناسان، مشاوران و متخصصان حوزه سالمندی این امکان را فراهم کند که برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی هدفمندتری طراحی و اجرا کنند. درمان غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها، کاهش درگیری با افکار منفی و تقویت رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های فردی، می‌تواند به سالمندان کمک کند تا در مواجهه با مشکلات زندگی، احساس کنترل و معنا بیشتری را تجربه کنند. درنتیجه، این تغییرات می‌تواند موجب کاهش ناامیدی، کاهش شدت افکار خودکشی و افزایش انگیزه برای ادامه زندگی در سالمندان شود. با توجه به اهمیت پیشگیری از خودکشی در سالمندان، استفاده از مداخلات مبتنی بر پذیرش

می‌تواند به تثبیت نگرش‌های منفی، احساس درماندگی و ناتوانی در حل مسئله منجر شود. همچنین، انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد در تغییر دیدگاه و به‌کارگیری راهبردهای شناختی متناسب با شرایط مختلف اشاره دارد (کهندانی و ابوالمعالی‌الحسینی، ۱۳۹۶). بر اساس نظریه ناامیدی بک، زمانی که فرد آینده را غیرقابل تغییر و فاقد چشم‌انداز مثبت ارزیابی می‌کند، احساس ناامیدی افزایش یافته و احتمال شکل‌گیری افکار خودکشی بیشتر می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۹۰). ازاین‌رو، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان عاملی محافظت‌کننده، از تثبیت این الگوهای شناختی منفی جلوگیری کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، به سالمندان کمک می‌کند به‌جای درگیر شدن با افکار و هیجان‌های ناخوشایند، رابطه سازگاران‌تری با آنها برقرار کنند و رفتار خود را در مسیر ارزش‌های شخصی هدایت نمایند (زارع، ۱۳۹۶). همچنین، شواهد نشان می‌دهد این رویکرد با تقویت انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی افراد را برای مقابله با فشارهای روانی افزایش می‌دهد (اسبقی و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین، به نظر می‌رسد غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش با کاهش الگوهای شناختی خشک، زمینه سازگاری بیشتر سالمندان با چالش‌های این دوره و درنتیجه کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی را فراهم می‌کند (آذربیک و هارون رشیدی، ۱۴۰۵).

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر این‌که غنی‌سازی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلالات خواب سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات همسو و هماهنگ است. یافته حاضر با نتایج پژوهش اسبقی و همکاران (۱۳۹۸)، روئن و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق هدف قرار دادن فرایندهای شناختی و هیجانی مؤثر در مشکلات خواب، می‌تواند به بهبود کیفیت خواب افراد کمک کند. افراد دارای اختلالات خواب معمولاً درگیر نگرانی‌های مداوم، تلاش برای کنترل افکار ناخوشایند، نشخوار فکری و ارزیابی‌های منفی درباره خواب هستند که این فرایندها موجب افزایش برانگیختگی شناختی و تداوم مشکلات خواب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب تجربی، توجه به لحظه حال و شفاف‌سازی ارزش‌ها، به افراد کمک

و تعهد در مراکز خدمات روان‌شناختی، خانه‌های سالمندان، مراکز بهزیستی و کلینیک‌های سلامت روان توصیه می‌شود. اجرای کارگاه‌های گروهی مبتنی بر این رویکرد می‌تواند فرصتی برای سالمندان فراهم کند تا مهارت‌های لازم برای مدیریت هیجان‌های دشوار، انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات، بهبود کیفیت خواب و مقابله با افکار آسیب‌رسان را فراگیرند. همچنین، این مداخلات می‌توانند به متخصصان کمک کنند تا با شناسایی نشانه‌های خطر خودکشی، اقدامات پیشگیرانه مناسب‌تری را در مراحل اولیه انجام دهند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در افزایش آگاهی سیاست‌گذاران، خانواده‌ها و مراقبان سالمندان درباره اهمیت شناسایی و مداخله زودهنگام در زمینه افکار خودکشی مورداستفاده قرار گیرد. توجه به سلامت روان سالمندان و توسعه خدمات تخصصی برای این گروه، علاوه بر کاهش پیامدهای فردی و خانوادگی خودکشی، می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های روانی و اجتماعی ناشی از این آسیب شود. همچنین، نتایج این پژوهش می‌تواند به توسعه پروتکل‌های درمانی مؤثرتر برای سالمندان در معرض خطر خودکشی کمک کند و زمینه درک بهتر سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با کاهش افکار خودکشی از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را فراهم آورد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان غنی‌سازی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی عاطفی، کاهش انعطاف‌ناپذیری شناختی و بهبود اختلالات خواب سالمندان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. بنابراین، از نظر کاربردی، آموزش و اجرای مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای سالمندان دارای افکار خودکشی توصیه می‌شود. همچنین آموزش مهارت‌های پذیرش، تعهد، تنظیم هیجان و فاصله گرفتن از افکار منفی می‌تواند به‌عنوان یک برنامه پیشگیرانه، نقش مؤثری در کاهش خطر خودکشی، افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایفا کند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان در این مطالعه، نخست، استفاده از پرسش‌نامه خودگزارشی برای سنجش اثربخشی متغیر مستقل ممکن است منجر به ارائه پاسخ‌های غیردقیق یا غیرواقعی از سوی برخی شرکت‌کنندگان شده باشد. دوم، تفاوت‌های فردی در سطح انگیزه، شرایط خانوادگی (ازجمله مشکلات اجتماعی و اقتصادی) و بهره‌هوشی مشارکت‌کنندگان نیز ازجمله عواملی بودند که کنترل آنها امکان‌پذیر نبود و بر روند مطالعه تأثیر گذاشتند. سوم، تمرکز

پژوهش بر جامعه خاصی مانند ساکنان یک منطقه جغرافیایی مشخص، باعث محدود شدن دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها شد. علاوه بر این، محدودیت‌های مربوط به ابزارهای پژوهش و عدم کنترل بر متغیرهای مداخله‌گر نیز قابل‌توجه است. درنهایت، با توجه به پیچیدگی متغیرهای موردبررسی، کنترل برخی عوامل مانند سطح حمایت اجتماعی، وضعیت معیشتی و حمایت خانوادگی امکان‌پذیر نبود که این امر نیز به‌عنوان یک محدودیت مهم در نظر گرفته می‌شود. پیشنهاد می‌شود در جلسات مشاوره بال‌آخص جهت کاهش افکار خودکشی، افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش ناگویی هیجانی و اختلالات خواب، از پروتکل تعهد و پذیرش استفاده شود. پژوهش‌های آینده باید از روش‌های ترکیبی (خودگزارشی، مصاحبه و مشاهده) برای کاهش سوگیری استفاده کنند. توصیه می‌شود مطالعات با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر اجتماعی فرهنگی انجام شود و پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای ارزیابی پایداری اثرات درمانی صورت گیرد. انجام مطالعات طولی برای شناسایی زودهنگام عوامل خطر مربوط به خودکشی در سالمندان ضروری است. همچنین باید به تفاوت‌های فرهنگی-اقتصادی در طراحی مداخلات توجه شود و اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با سایر روش‌ها مقایسه گردد. در بخش کاربردی، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی برای کادر درمانی برگزار شود، از پروتکل‌های کوتاه‌مدت گروهی استفاده گردد و روان‌شناسان به‌صورت مستمر در خانه‌های سالمندان حضور داشته باشند تا خدمات مشاوره‌ای ارائه دهند.

سپاس‌گزاری

از سالمندان و مسئولین سرای سالمندان شهر بندرعباس جهت همراهی در انجام و اتمام پژوهش حاضر، قدردانی می‌شود.

منابع

- آقامحمدی، ن.، عبدی، ح.، و رضائی، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال خواب، سلامت روان و استرس والدین کودکان دارای اختلال یادگیری. *نشریه علمی روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۲)، ۱-۱۰.
- آیبار، د.، مکوندی، ب.، بختیارپور، س.، نادری، ف.، و حافظی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، و ترکیبی (ذهن آگاهی، تعهد و پذیرش) بر افسردگی. *سلامت روان کودک*، ۵(۴)، ۳۸-۲۷.
- آذریک، ن.، و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، احساس تنهایی و

دارای اختلال اضطراب اجتماعی، روان‌شناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۷ (۲)، ۸۵-۹۸.

تولائی، م.، حصارکی شرق، م.، سیحون، م.، تحویلان، ن. و حسین‌زاده، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روان‌شناختی، وزن و توده چربی در زنان مبتلا به چاق. *طلوع بهداشت*، ۲۳ (۴)، ۳۰-۱۵.

حسین‌پور، م.، و سمیعی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد در بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *مجله بیهوشی و درد*، ۱۱ (۴)، ۴۰-۳۰.

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. *شناخت اجتماعی*، ۱۶ (۱)، ۱۳۴-۱۲۵.

سمیعی، ا. و حسین‌پور، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۱۱ (۴)، ۴۰-۳۰.

دلاور، ع. (۱۳۹۶). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات رشد.

عرب، ش. و محمدی، ا. (۱۴۰۲). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال خواب و اضطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۹ (۱)، ۸۹-۱۰۲.

کهندانی، م. و ابوالعالی‌الحسینی، خ. (۱۳۹۶). بررسی روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی. *نشریه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲۹ (۸)، ۷۰-۵۳.

ملک زاده، ا. (۱۴۰۲). رابطه مقایسه‌های اجتماعی با افکار خودکشی در سالمندان: نقش میانجی سبک‌های تصمیم‌گیری. *روان‌شناسی پیری*، ۹ (۴)، ۳۲۵-۳۴۱.

References

- Alcântara, L., Figueiredo, T., Midão, L., Costa, E., & Paúl, C. (2025). Psychological and behavioural responses to death anxiety in older adults with chronic illnesses: A systematic integrative review. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1684385. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1684385>
- Abyar, Z., Makvandi, B., Bakhtyarpour, S., Naderi, F., & Hafezi, F. (2019). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, mindfulness training, and combined method (mindfulness-based and Acceptance and Commitment) on depression. *Journal of Child Mental Health*, 5(4), 27-38. <https://sid.ir/paper/258261/en> [Persian]

نشخوارفکری زنان سالمند مجرد. *روان‌شناسی پیری*، ۱۲ (۱)، ۱-۲۲.

اسبقی، ب.، پوررجیم، ر.، و اکبری‌نژاد، ه. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان سالمند مبتلا به مولتیپل اسکروز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۹ (۱)، ۳۶۳-۳۵۱.

آقامحمدی، نیلوفر، عبدی، ح.، و رضائی، ا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال خواب، سلامت روان و استرس والدین کودکان دارای اختلال یادگیری. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲ (۲)، ۱۴-۱.

اعظمی، م.، صافی، م.، و بهجتی اردکانی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی روی تنیدگی، انعطاف‌پذیری شناختی و استحکام روانی مادران دارای فرزند با اختلالات یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۲۲ (۳)، ۳۷-۱۲.

البرزی، ز.، بنیسی، پ.، و زمردی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مسئولیت‌پذیری و شادکامی دانشجویان علم و صنعت. *رویکردی نو بر آموزش کودکان*، ۱۳ (۱)، ۱۹-۱۲.

امین رستمکلائی، س.، و صادقی، ج. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان روان‌پوشی کوتاه مدت بر خودمدیریت روانی و انعطاف‌پذیری شناختی. *بویایی روان‌شناختی در اختلال‌های خلقی*، ۳ (۵)، ۱۱۷-۱۰۱.

انیسی، ج.، فتحی آشتیانی، ع.، سلیمی، ح.، و احمدی نوده، خدابخش. (۱۳۸۴). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۱۷ (۱)، ۳۷-۳۳.

ایزدی، ا.، جاجرمی، م.، و بخشی‌پو، ا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر با مشکلات روان‌تنی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۴ (۱۴۸)، ۱۴۸-۱۲۱.

ایزدی، ف.، اشرفی، عماد، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش طرح‌واره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه‌های بدنی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۲)، ۲۴۳-۲۳۲.

بهرامی، ز.، ابوالقاسمی، ع. و کافی، م. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی مواجهه‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس و رفتاردرمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در افرادی با نشانه‌های صدمه‌پذیری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۹ (۱)، ۹۳-۱۰۹.

بیرانوند، ن. و رضایی، م. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشانگان افسردگی و ناگویی هیجانی نوجوانان

- Alborzi, Z., Banisi, P., & Zomorrody, S. (2021). The effect of commitment and acceptance education effectiveness on responsibility and happiness of married students of Science and Technology University. *Journal of New Approaches in Educational Sciences (JNAES) Original Article*, 3(1).
- Amini Rostamkalayi, S., & Sadeghi, J. (2024). The effectiveness of short-term psychodynamic therapy on psychological self-management and cognitive flexibility. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(5), 101-117. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.5.9> [Persian]
- Anisi, J., Fathi Ashtiani, A., Salimi, S., & Ahmadi Noudeh, K. (2005). Validity and reliability of Beck Suicide Scale Ideation among soldiers. *Journal of Military Medicine*, 7(1), 33-37. <https://sid.ir/paper/62015/en> [Persian]
- Arab, S., & Mohammadi, A. (2023). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Disorder and Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*, 9(1), 102-89. <https://org.doi:10.22126/jap.2023.8770.1687> [Persian]
- Asbaghi, B., Pourrahim, R., & Smkhani Akbarinejhad, H. (2025). *Impact of Acceptance & Commitment Therapy on emotion regulation and sleep quality of older women with multiple sclerosis*. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 19(1), 351-363. <http://journal.muq.ac.ir/article-1-3983-fa.html> [Persian]
- Azami, M., Safi, M., & Behjati Ardakani, F. (2023). The effectiveness of positive thinking skills training on stress, cognitive flexibility, and psychological hardness among mothers of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(3), 22-37. <https://doi.org/10.22098/jld.2023.12196.2062> [Persian]
- Azarbik, N., & Haroon Rashidi, H. (2026). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on death anxiety, loneliness, and rumination in single older women. *Journal of Aging Psychology*, 12(1), 1-22. <https://doi.org/10.22126/jap.2026.13176.1893> [Persian]
- Bahrami, Z., Abolghasemi, A., & Kafi, M. (2026). Comparing the effectiveness of stress management-based exposure therapy and dialectical behavior therapy on cognitive flexibility and impulsivity in individuals with symptoms of misophonia. *Mashhad University of Medical Sciences Journal*, 69(1), 93-109. <https://doi.org/10.22038/mjms.2025.92154.5160> [Persian]
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. <https://doi.org/10.1176/foc.4.2.291>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6)
- Beiranvand, N., & Rezaei, M. (2025). The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on depressive symptoms and alexithymia in adolescents with social anxiety disorder. *Clinical Psychology: Innovations in Research and Practice*, 17(2), 85-98. <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36758.3116> [Persian]
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., III, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Delavar, A. (2017). *Research methods in psychology and educational sciences*. Roshd Publications. [Persian]
- Dinarvand, N., Barghi Irani, Z., & Forsnima, S. (2022). Comparing the effectiveness of positive psychology therapy and Acceptance and Commitment Therapy on

- death anxiety and depression among elderly nursing home residents. *Journal of Aging Psychology*, 8(2), 189-203. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.7763.1623> [Persian]
- Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations between six core processes of psychological flexibility and functioning for chronic pain patients: A three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 893150. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.893150>
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J. J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Three Case Studies Exemplifying a Unified Treatment Protocol. Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Eizadi E., jajarmi M., Bakhshipour A. (2025). Comparing the effectiveness of compassion therapy (cft) and emotion-focused therapy (eft) on fear of loneliness and negative evaluation and dyslexia of teenage girls with psychosomatic problems. *Journal of Psychological Science*. 24(148), 211-227. <http://doi.org/10.61186/jps.24.148.211>
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). *The effectiveness of emotional schema therapy on reducing negative emotional schemas, alexithymia, and symptoms in patients with somatic symptoms. Research in Behavioral Sciences*, 17(2), 232-243. <https://doi.org/10.52547/rbs.17.2.232>
- Fernández-Jiménez, E., Vidal-Bermejo, E., Torrea-Araiz, I., Castellanos-Villaverde, T., Navarro-Oliver, G., & Hospital-Moreno, A. (2021). On gender and cognitive flexibility. The REM-ACT study: Acceptance and commitment therapy versus a mindfulness-based emotional regulation intervention in anxiety disorders: A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 64(S1), S786-S787. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2080>
- Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and Commitment Therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hemming, L., Taylor, P. J., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 254, 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013>
- Hosseinpour, M. R., & Samiei, L. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance in female patients with multiple sclerosis (Persian). *Journal of Anesthesia and Pain*, 11(4), 30-40. <https://www.magiran.com/paper/2217096> [Persian]
- Kohandani, M., & Abolmaali Alhosseini, K. (2017). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Models and Methods*, 8(29), 53-70. <http://doi:20.1001.1.22285516.1396.8.29.3.2> [Persian]
- Kandi, M., Farokhzad, P., & Taheri, A. (2023). Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and mindfulness therapy on chronic pain in people with drug addiction. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(3), 119-133. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1813-en.html> [Persian]
- Khanjani, M. S., Kazemi, J., Younesi, J., Dadkhah, A., Biglarian, A., & Ebrahimi Barmi, B. (2021). *The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and emotional regulation in patients with spinal cord injuries: A randomized controlled trial. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(2), e105378. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.105378>
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (Eds.). (2018). *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge

- University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108241595>
- Marquez, D. X., Gothe, N. P., Aguiñaga, S., Drollette, E. S., Booth, F. W., & McAuley, E. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. *The Gerontologist*, 64(11), Article gnae128.<https://doi.org/10.1093/geront/gnae128>
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). *Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in Acceptance and Commitment Therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. Clinical Psychology Review*, 110, Article 102432.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Malekzadeh, A. (2024). The Relationship Between Social Comparisons and Suicidal Ideation in Older Adults: The Mediating Role of Decision-Making Styles. *Aging Psychology*, 9(4), 325-341. <http://doi:10.22126/jap.2024.9502.1725>
- Mehri, N., Messkoub, M., & Kunkel, S. (2020). *Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. Ageing International*, 45(4), 327-343.
<https://doi.org/10.1007/s12126-020-09364-z>
- Mosher, C. E., Secinti, E., Li, R., Hirsh, A. T., Bricker, J. B., Miller, K. D., Schneider, B., Storniolo, A. M., Mina, L., Newton, E. V., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: A pilot randomized trial. Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1993-2004. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4045-0>
- Nazeri, R., Taheri, E., & Talaei, A. (2024). Comparative effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on depression, alexithymia, quality of life, and mental health in women with breast cancer. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 11(6), 65-73.
<https://doi.org/10.61838/ijbmc.v11i6.620>
- Plys, E., Jacobs, M. L., Allen, R. S., & Arch, J. J. (2023). Psychological flexibility in older adulthood: A scoping review. *Aging & Mental Health*, 27(3), 453-465.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2036948>
- Rostami, R., & Dasht Bozorgi, Z. (2019). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Alexithymia of Somatic Symptoms. Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 87-94.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.7.2.87>
- Ruan, J., Chen, S., Liang, J., Mak, Y. W., Yee Ho, F. Y., Chung, K. F., Kwun Tong, A. K., Zhang, X. L., & Yeung, W. F. (2022). Acceptance and commitment therapy for insomnia and sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 139-155.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.09.002>
- Sadek, G., McDonald, L., & Dhingra, M. (2024). Suicide and suicidal behavior in older adults: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1395462>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC neurology*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1>
- Tavallayi, M., Hesarki Shargh, M., Seyhoon, M., Tahvilian, N., & Hosseinzadeh, M. (2024). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on psychological capital, body weight, and fat mass in women with obesity. *Toloo-e Behdasht*, 23(4), 15-30.
<https://doi.org/10.18502/tbj.v23i4.17044> [Persian]
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Wu, X., Chu, A., Zhang, H., & Jiang, Y. (2021). *Mediating effect of loneliness between alexithymia and depression in elderly patients with chronic conditions in the*

- community. *Chinese General Practice*, 24(36), 4563-4568. <https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2021.02.082>
- Zare, H. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. *Social Cognition*, 6(1), 125-134. <http://doi: 0.1001.1.23223782.1396.6.1.8.5> [Persian]
- Zhang, Y., Liu, C., Chen, X., Zhang, Y., Li, Y., & Hu, X. (2024). Effects of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy on Health-Related Outcomes Among Patients With Lung Cancer: A Feasibility Randomized Controlled Trial. *Psycho-Oncology*, 33(12), e70045. <https://doi.org/10.1002/pon.70045>Digital Object Identifier