

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment based Therapy on Depression, Psychological Health and Life Expectancy in the Elderly with Nonclinical Depression

Soroush Golestanifar   
Islamic Azad University, Ahvaz

Zahra Dasht Bozorgi    
Islamic Azad University, Ahvaz

Receive: 27.09.2020

Acceptance: 03.10.2020

Keywords: Acceptance and commitment based therapy, depression, psychological health, life expectancy

How to cite this article:  
Golestanifar, S., & Dasht Bozorgi, Z. (2020). The Effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Aging Psychology*, 6(3), 191-203.

### Abstract

Elderly seems to be one of the challenging periods of life due to a decrease of physical and psychological functions and the elderly with nonclinical depression face many problems including an increase of depression and a decrease of health and life expectancy. Therefore, the current research aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. This study was a quasi-experimental with pretest and posttest with control group design. The research population included all the elderly with non-clinical depression referring to the psychological service centers and clinics in Ahvaz, Iran in the spring of 2020. The sample included 50 people selected according to including and excluding criteria, using purposive sampling method and were randomly assigned into two equal groups. The experimental group received 10 sessions of 90 minutes acceptance and commitment therapy and the control group was in a waiting list for training. The research tools were the geriatric depression scale (Yasavage & Sheikh), psychological health scale (Najjarian & Davodi) and life expectancy scale (Snyder et. al.). Data were analyzed using ANCOVA in SPSS-19. The findings indicated that the experimental group was significantly different in terms of all three variables of depression, psychological health and life expectancy. In the other words, acceptance and commitment therapy led to a reduction in depression and an improvement of psychological health and life expectancy in the elderly with nonclinical depression ( $P < 0.05$ ). According to the results of the present study, therapists and health professionals can take advantages of acceptance and commitment therapy in health-related interventions, especially to reduce depression and improve psychological health and life expectancy.

Soroush Golestanifar, MA Student of General Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Zahra DashtBozorgi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

✉ Correspondence concerning this article should be addressed to Zahra DashtBozorgi, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: zahradb2000@yahoo.com



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی

✉ id زهرا دشت‌بزرگی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

id سروش گلستانی‌فر

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

### چکیده

دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۶

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۲

سالمندی به دلیل کاهش عملکردهای جسمانی و روان‌شناختی یکی از دوران چالش‌انگیز زندگی است و سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی با مشکلات زیادی از جمله افزایش افسردگی و کاهش سلامت و امید به زندگی مواجه هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی انجام شد. این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به مراکز و درمانگاه‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز در فصل بهار سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه پژوهش ۵۰ نفر بودند که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. ابزار پژوهش مقیاس‌های افسردگی سالمندان یساویچ و شیخ، سلامت روان‌شناختی نجاریان و داودی و امید به زندگی اسنایدر و همکاران بودند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که گروه آزمایش از نظر هر سه متغیر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی تفاوت معنی‌داری داشتند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی شد ( $P < 0/05$ ). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مداخله‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه برای کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، سلامت روان‌شناختی، امید به زندگی، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

گلستانی‌فر، س.، و دشت‌بزرگی، ز.، (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۳)، ۱۹۱-۲۰۳.

سروش گلستانی‌فر، دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛ زهرا دشت‌بزرگی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به زهرا دشت‌بزرگی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران باشد. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

پست الکترونیکی: zahradb2000@yahoo.com

سالمندی از سن ۶۵ سالگی شروع و شامل مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب جسمانی و روان‌شناختی است که با افزایش سن افزایش می‌یابد (اسماعیلی‌شاد، ۱۳۹۹). یکی از مشکلات دوران سالمندی، افزایش افسردگی<sup>۱</sup> است که اختلالی شایع، ناتوان‌کننده و مهم‌ترین اختلال خلقی به‌شمار می‌رود که پس از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین عامل تهدیدکننده سلامت محسوب می‌شود (شرستا و همکاران، ۲۰۲۰). در این مطالعه منظور از افسردگی، افسردگی غیربالینی<sup>۲</sup> بود که شیوع آن در جمعیت عمومی حدود ۵ الی ۲۰ درصد است (ژیانگ و همکاران، ۲۰۱۸) و افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی، تغییر در الگوی خواب، تغذیه و سطح انرژی اطلاق که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود (هرهاوس و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون افزایش نقص‌های شناختی (عجمی و همکاران، ۲۰۲۰)، کاهش تاب‌آوری (ژائو و همکاران، ۲۰۱۸) و افت کیفیت زندگی (یوسفی افراشته و شریفی، ۱۳۹۴) رابطه مستقیم دارد. افسردگی به طور معمول با کاهش سلامت روان‌شناختی<sup>۳</sup> همراه است (لیو و همکاران، ۲۰۱۵).

سالمندی به معنای رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است؛ به‌طوری که این جنبه‌ها تأثیر متقابل داشته باشند (پاتر و همکاران، ۲۰۱۹) و سلامت روانی به معنای قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی است (نیمبی و همکاران، ۲۰۲۰). سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (جوی و همکاران، ۲۰۱۹). طبق مطالعات، ارتقای سلامت روانی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون افزایش کیفیت زندگی (یوان و همکاران، ۲۰۲۰)، افت اضطراب مرگ (تابع بردبار و همکاران، ۱۳۹۸) و کاهش سرمایه اجتماعی (نگهبان و همکاران، ۱۳۹۴) رابطه مستقیم دارد. افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی،

عاطفی و شخصیتی کمتری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امید به زندگی<sup>۴</sup> بیشتری دارند (کی و وو، ۲۰۱۸). یکی از مشکلات مبتلایان به افسردگی، افت امید به زندگی است (جیا و همکاران، ۲۰۱۸). امید نیرویی هیجانی است که به افراد انرژی می‌دهد تا در مسیر تحقق اهداف خود گام بردارند (گراپن و همکاران، ۲۰۱۹). امید به زندگی یک شاخص آماری نشان‌دهنده متوسط طول عمر یک جامعه است که نشان می‌دهد هر عضو چند سال می‌تواند انتظار داشته باشد که زنده است و زندگی می‌کند (چیسامپا و ادیمیگوو، ۲۰۱۸) و این سازه باعث افزایش انعطاف‌پذیری، نشاط، توانمندی‌رهایی از چالش‌ها، تحمل ناکامی و مقابله با مشکلات می‌شود (ساگنا و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که امید به زندگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون افزایش رضایت از زندگی (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸)، بهزیستی روان‌شناختی (نظام‌دوست سدهی و همکاران، ۱۳۹۷) و کیفیت زندگی (پورعبدل و همکاران، ۱۳۹۴) رابطه مستقیم دارد.

درمان‌های زیادی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی (درمان ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره) برای بهبود افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی در سالمندان به کار رفته است که از میان آنها می‌توان به درمان ذهن‌آگاهی برای افسردگی (رینگسینگ و همکاران، ۲۰۲۰)، نگرانی، اضطراب و افسردگی (فرانکو و همکاران، ۲۰۱۷)، افسردگی، اضطراب مرگ و امید به زندگی (خدابخش پیرکلانی و همکاران، ۱۳۹۷) و سلامت روان‌شناختی (عالمی و همکاران، ۱۳۹۸) اشاره کرد. اما، درمان استفاده شده در این مطالعه که برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۵</sup> می‌باشد. این شیوه درمانی یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به افسردگی است (کوئو-لسمس و همکاران، ۲۰۲۰) که یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد. انعطاف‌پذیری روانی به معنای ایجاد و ارتقای انتخاب راهکاری که بین راهکارهای موجود مناسب‌تر است، نه راهکاری که باعث اجتناب از

<sup>1</sup> depression

<sup>2</sup> nonclinical depression

<sup>3</sup> psychological health

<sup>4</sup> life expectancy

<sup>5</sup> acceptance and commitment based therapy

تعهد از ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند) باعث افزایش امید به زندگی سالمندان شد.

آمار مبتلایان به افسردگی غیربالینی بالا و به نظر می‌رسد که این میزان در سالمندان به دلایل افت عملکردهای جسمانی و روان‌شناختی نیز بالاتر از جمعیت عادی غیرسالمند باشد و سالمندان با مشکلات بسیاری به‌ویژه در زمینه افسردگی، سلامت و امید به زندگی مواجه هستند، بنابراین انجام مداخله‌های روان‌شناختی برای بهبود آنها ضروری است که یکی از روش‌های مناسب برگرفته از موج سوم روان‌درمانی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی آنان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. همچنین، پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان انجام شده و نتایج این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌های دارای سالمند، مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و سراهای سالمندی تلویحات کاربردی داشته باشد. آنان بر اساس نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه می‌توانند برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی سالمندان، آنان را در کارگاه‌های آموزشی و درمانی پذیرش و تعهد ثبت‌نام نمایند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی انجام شد. در نتیجه، فرضیه‌های پژوهش عبارتند از اینکه (۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی مؤثر است، (۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سلامت روان‌شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی مؤثر است و (۳) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی مؤثر است.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی مراجعه‌کننده به مراکز و درمانگاه‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز در فصل بهار سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه با توجه به معادله زیر محاسبه شد. بر اساس نتایج پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۸)  $\sigma = 4/12$  (انحراف معیار)،  $d^2 = 4/507$  (سطح اطمینان)،

افکار، احساس‌ها، تمایل‌ها و خاطره‌های آشفته‌کننده می‌شود (وارتون و همکاران، ۲۰۱۹). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (فلوجاس کانتیراس و گومز، ۲۰۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس‌ها تأکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند (فانگ و دینگ، ۲۰۲۰). این شیوه به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح درباره آنها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل و همکاران، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان انجام شده است. برای مثال نتایج پژوهش بانیاثیکان و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که برنامه درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم افسردگی در سالمندان مبتلا به افسردگی اساسی شد. دیویسون و همکاران (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی در سالمندان شد. در پژوهشی دیگر اصغری و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کردند که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی سالمندان شد، اما اثر معناداری بر سلامت جسمی آنان نداشت. همچنین، مهریار (۱۳۹۸) به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن شامل افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و کارکرد اجتماعی در سالمندان شد. در پژوهشی دیگر پیرحیاتی و برقی ایرانی (۱۳۹۵) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن از جمله کاهش افسردگی در سالمندان شد. علاوه بر آن، رستمی و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان و ابعاد آن از جمله سلامت فیزیکی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و محیط فیزیکی شد. سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۸) گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و

یا بالینی است. یساویج و شیخ روایی همگرایی ابزار را با فرم بلند ۳۰ گویه‌ای آن تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. اصغری و همکاران (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق محاسبه ضریب همبستگی گویه‌ها ۰/۹۱ بدست آمد.

**مقیاس سلامت روان‌شناختی<sup>۲</sup>.** مقیاس سلامت روان‌شناختی توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) ساخته شد. این ابزار دارای ۲۵ گویه و نه مؤلفه جسمانی‌سازی، وسواس- اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، اندیشه‌پردازی پارانوئید و روان‌گسسته‌گرایی است که به صورت پنج درجه‌ای لیکرت (صفر=هیچ تا ۴=به‌شدت) نمره‌گذاری می‌شود، بنابراین دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی کمتر می‌باشد. نجاریان و داودی روایی همگرایی ابزار را با فرم بلند ۹۰ گویه‌ای آن تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ با محاسبه ضریب همبستگی گویه‌ها ۰/۹ بود.

**مقیاس امید به زندگی<sup>۳</sup>.** مقیاس امید به زندگی توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه و دو مؤلفه تفکر عامل و مسیره‌ها است و گویه‌ها به صورت چهار درجه‌ای لیکرت (۱=به‌طور کامل غلط تا ۴=به‌طور کامل درست) نمره‌گذاری می‌شود، بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده امید به زندگی کمتر می‌باشد. اسنایدر و همکاران روایی واگرایی ابزار را با پرسش‌نامه افسردگی بک و کلارک (۱۹۸۸) برابر با ۰/۴۴- و پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران، ایزدپناه کاخک، ثمری و توزنده‌جانی (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ از طریق محاسبه ضریب همبستگی گویه‌ها ۰/۸۶ بدست آمد.

**پروتکل درمانی.** محتوای پذیرش و تعهد بر مبنای نظریه فورمن و هربرت (۲۰۰۸) توسط عباسی و همکاران (۱۳۹۵) برای ۱۰ جلسه ساخته شد که محتوای آن در جدول ۱ ارائه شد.

Power=۰/۹۰ (توان آزمون) و  $\alpha=۰/۰۵$  (آلفا) حجم نمونه برای هر گروه ۲۰/۹۳ محاسبه گردید که برای اطمینان از حجم نمونه، حجم نمونه برای هر گروه ۲۵ در نظر گرفته شد. بنابراین، ۵۰ نفر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2 * 2.12^2 (10.4976)}{4.507} = 20/93$$

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) ابتلاء به افسردگی غیربالینی (کسب نمره ۵ تا ۹ در مقیاس افسردگی سالمندان)، (۲) سن بالاتر از ۶۵ سال، (۳) حداقل تحصیلات سبک و (۴) عدم وقوع رخداد‌های تنش‌زا مانند مرگ نزدیکان در سه ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از (۱) داشتن افسردگی بالینی، (۲) مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله ضد اضطراب و ضد افسردگی، (۳) سابقه دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. در گروه آزمایش جنسیت ۹ مرد (۳۶ درصد) و ۱۶ نفر زن (۶۴ درصد) و در گروه کنترل جنسیت ۱۱ مرد (۴۴ درصد) و ۱۴ زن (۵۶ درصد) بود. در گروه آزمایش سن ۸ نفر ۶۶-۶۸ سال (۳۲ درصد)، ۶ نفر ۶۹-۷۱ سال (۲۴ درصد)، ۷ نفر ۷۲-۷۳ سال (۲۸ درصد) و ۴ نفر ۷۵-۷۷ سال (۱۶ درصد) و در گروه کنترل سن ۹ نفر ۶۶-۶۸ سال (۳۶ درصد)، ۶ نفر ۶۹-۷۱ سال (۲۴ درصد)، ۶ نفر ۷۲-۷۳ سال (۲۴ درصد) و ۴ نفر ۷۵-۷۷ سال (۱۶ درصد) بود. همچنین، در گروه آزمایش تحصیلات ۱۲ سبک (۴۸ درصد)، ۹ دیپلم (۳۶ درصد) و ۴ دانشگاهی (۱۶ درصد) و در گروه کنترل تحصیلات ۱۱ سبک (۴۴ درصد)، ۸ دیپلم (۳۲ درصد) و ۶ دانشگاهی (۲۴ درصد) بود.

## ابزار

**مقیاس افسردگی سالمندان<sup>۱</sup>.** مقیاس افسردگی سالمندان توسط یساویج و شیخ (۱۹۸۶) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۵ گویه است که به صورت بله و خیر نمره‌گذاری می‌شود، بنابراین دامنه نمرات بین صفر تا ۱۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر می‌باشد. نمره صفر تا ۴ به معنای نداشتن افسردگی، ۵ تا ۹ افسردگی متوسط یا غیربالینی و ۱۰ تا ۱۵ افسردگی شدید

<sup>2</sup> psychological health scale

<sup>3</sup> life expectancy scale

<sup>1</sup> geriatric depression scale

## روش اجرا

پس از هماهنگی با مسئولان مراکز و درمانگاه‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز از آنان خواسته شد تا سالمندان مبتلا به افسردگی را به پژوهشگر معرفی کنند. در مجموع تعداد ۵۰ سالمند پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری جایگزین شدند. همچنین، معیارهای غیبت دو جلسه و بیشتر و انصراف از ادامه همکاری بودند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در یکی از مراکز خدمات روان‌شناخت شهر اهواز به صورت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. با اینکه نمونه‌گیری

در فصل بهار سال ۱۳۹۹ انجام، اما مداخله به دلیل شیوع کرونا در هفته آخر ماه مرداد و ماه شهریور توسط یک متخصص بالینی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و حفظ فاصله فیزیکی توسط یک متخصص روان‌شناسی سلامت دارای مدرک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی به مدت ۱۰ جلسه (دو جلسه در هفته) انجام شد و هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی ارزیابی و ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از گروه‌ها اتفاق نیفتاد. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

## جدول ۱

محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات

جلسه	محتوا
اول	معارفه و باین اهداف و قوانین جلسات، معرفی کلی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان، آماده‌سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با اصول و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه
چهارم و پنجم	آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آنها
ششم و هفتم	آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی روانی، نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک‌زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آنها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یکدیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آنها
هشتم	آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پای‌بندی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر
نهم	آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آنها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف و باین خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره) و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

## یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مطالعه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

## جدول ۲

میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
افسردگی	۷/۰۸۰ (۱/۳۸۲)	۴/۸۰۰ (۱/۳۵۴)	۷/۲۴۰ (۱/۳۰۰)	۷/۳۲۰ (۱/۲۸۱)
سلامت روان‌شناختی	۳۶/۵۶۰ (۶/۲۳۲)	۳۰/۶۰۰ (۵/۶۷۸)	۳۵/۶۸۰ (۴/۸۷۱)	۳۶/۰۸۰ (۵/۱۰۶)
امید به زندگی	۱۶/۳۶۰ (۲/۸۸۵)	۲۱/۲۴۰ (۳/۰۴۵)	۱۷/۴۰۰ (۴/۹۷۴)	۱۶/۶۸۰ (۸/۹۸۰)

همچنین، جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون لوین استفاده شد. نتایج در مورد افسردگی [ $F_{(۱,۳۴۸)}=۰/۴۹۰ P=۰/۴۸۷>۰/۰۵$ ]، سلامت روان‌شناختی [ $F_{(۱,۳۴۸)}=۱/۳۴۲ P=۰/۲۵۲>۰/۰۵$ ] و امید به زندگی [ $F_{(۱,۳۴۸)}=۰/۰۱۳ P=۰/۹۱۰>۰/۰۵$ ] به لحاظ آماری معنی‌دار نبودند. بنابراین، فرض همگنی واریانس‌ها برای هر سه متغیر تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس همگنی ضرایب رگرسیون است که از طریق بررسی اثر تعامل متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد و نتایج معنی‌دار بودن مقدار F برای افسردگی [ $F=۲۴۴/۲۹۳ P=۰/۰۰۱<۰/۰۵$ ]، سلامت روان‌شناختی [ $F=۵۷۱/۰۱۱ P=۰/۰۰۱<۰/۰۵$ ] و امید به زندگی [ $F=۲۸۶/۵۹۸ P=۰/۰۰۱<۰/۰۵$ ] در سطح ۰/۰۵ را نشان داد. تاباخنیک و فیدل (۲۰۰۱) چند روش را برای این شرایط پیشنهاد کرده‌اند که حاکی از تغییر سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ به ۰/۰۲۵ یا از ۰/۰۵ به ۰/۰۱ است که در این پژوهش سطح معنی‌داری برای هر سه متغیر به جای ۰/۰۵، ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. با توجه به نتایج ذکر شده شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مجاز است. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی در جدول ۳ گزارش شده است که در زیر قابل مشاهده است.

طبق نتایج جدول ۲ در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است. این بهبود در متغیرهای افسردگی و سلامت روان‌شناختی شامل کاهش میانگین و در متغیر امید به زندگی شامل افزایش میانگین بود، در حالی که در گروه کنترل از نظر افسردگی و سلامت روان‌شناختی افزایش ناچیز و از نظر امید به زندگی کاهش ناچیز مشاهده شد. بنابراین، چنانچه ملاحظه می‌شود تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است.

برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که برای افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۴۷ ( $P=۱۷۰$ ) و ۰/۱۷۲ ( $P=۰۵۴$ ) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۱۶۱ ( $P=۰۹۶$ ) و ۰/۱۶۸ ( $P=۰۶۵$ )، برای سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۰۹۴ ( $P=۲۰۰$ ) و ۰/۱۱۰ ( $P=۲۰۰$ ) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۰۷۸ ( $P=۲۰۰$ ) و ۰/۱۰۱ ( $P=۲۰۰$ ) و برای امید به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش به ترتیب ۰/۱۵۹ ( $P=۱۰۵$ ) و ۰/۱۵۹ ( $P=۱۰۶$ ) و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب ۰/۱۳۴ ( $P=۲۰۰$ ) و ۰/۱۵۴ ( $P=۱۲۷$ ) بود. در آزمون انجام شده سطح معنی‌داری  $P<۰/۰۱$  در نظر گرفته شد که حاکی از نرمال بودن توزیع جامعه است.

### جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرها در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۶۰/۲۶۵	۱	۶۰/۲۶۵	۲۵۵/۲۷۹	$P<۰/۰۰۱$	۰/۸۵۰	۱/۰۰۰
	گروه	۶۹/۹۷۶	۱	۶۹/۹۷۶	۲۹۶/۴۱۳	$P<۰/۰۰۱$	۰/۸۶۸	۱/۰۰۰
	خطا	۱۰/۶۲۳	۴۵	۰/۲۳۶				
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۲۱۶/۱۷۱	۱	۱۲۱۶/۱۷۱	۷۲۸/۹۸۳	$P<۰/۰۰۱$	۰/۹۴۲	۱/۰۰۰
	گروه	۴۷۰/۶۴۶	۱	۴۷۰/۶۴۶	۲۸۲/۱۰۹	$P<۰/۰۰۱$	۰/۸۶۲	۱/۰۰۰
	خطا	۷۵/۰۷۴	۴۵	۱/۶۶۸				
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۷۴۲/۱۷۴	۱	۷۴۲/۱۷۴	۵۸۰/۷۵۳	$P<۰/۰۰۱$	۰/۹۲۸	۱/۰۰۰
	گروه	۳۷۸/۸۵۸	۱	۳۷۸/۸۵۸	۲۹۶/۴۵۷	$P<۰/۰۰۱$	۰/۸۶۸	۱/۰۰۰
	خطا	۵۷/۵۰۸	۴۵	۱/۲۷۸				

مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر اتفاق می‌افتد. این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی نامؤثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آنها بپذیرند. در نتیجه، این شیوه از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی داشته باشد.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان‌شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی تأیید شد. این یافته با یافته پژوهش‌های رستمی و همکاران (۲۰۱۹)، مهریار (۱۳۹۸)، پیرحیاتی و برقی ایرانی (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان‌شناختی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی بر مبنای پژوهش رستمی و همکاران (۲۰۱۹) می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای نادیده‌گرفتن هیجان‌ها و تجربه‌های درونی با هدایت سالمندان به سوی آگاهی از احساس‌ها، تجربه‌های هیجانی، پذیرش و استفاده مناسب از آنها باعث می‌شود که فرد با موقعیت‌ها و تعامل‌های خود ارتباط مناسبی برقرار سازد و با نگاه جدید به آنها بنگرد. علاوه بر آن، شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پای‌بندی به درمان می‌دهد. این شیوه به سالمندان کمک می‌کند تا افکار و احساس‌های آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر و احساس تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی راهبردها و برنامه‌های فعلی خود آگاه باشند و به جای پاسخ به آنها به انجام آنچه در زندگی برای آنان مهم و در جهت ارزش‌هایشان است، بپردازند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق آموزش جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، مشاهده افکار و احساس‌ها و عدم قضاوت آنها، جداکردن خود از افکار و احساس‌ها، اولویت‌بندی ارزش‌ها، پذیرش مسائل و چالش‌ها و پای‌بندی و تعهد به درمان باعث کاهش تنش‌ها و افزایش سلامت روان‌شناختی می‌شود.

طبق نتایج جدول ۳ و با توجه به آماره F متغیرهای افسردگی ۲۹۶/۴۱۳، سلامت روان‌شناختی ۲۸۲/۱۰۹ و امید به زندگی ۲۹۶/۴۵۷ همه متغیرها در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر سه متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های جدول ۲ این نتیجه حاکی از آن است که میانگین گروه آزمایش در افسردگی و سلامت روان‌شناختی به‌صورت معنی‌دار کمتر و در امید به زندگی به‌صورت معنی‌دار بیشتر از میانگین همین گروه نسبت به مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به این یافته‌ها فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شوند و می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی شده است. اندازه اثر ۸/۸۶ برای افسردگی، ۲/۸۶ برای سلامت روان‌شناختی و ۸/۸۶ برای امید به زندگی نیز نشان می‌دهند که این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آمار بالای مبتلایان به افسردگی و مشکلات سالمندی که به آن اضافه می‌شود، سالمندان مبتلا به افسردگی با مشکلات و چالش‌ها و مشکلات بسیاری مواجه هستند. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی انجام شد.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی تأیید شد. این یافته با یافته پژوهش‌های بانیاثیکان و همکاران (۲۰۲۰)، دیویسون و همکاران (۲۰۱۷)، اصغری و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی بر مبنای پژوهش بانیاثیکان و همکاران (۲۰۲۰) می‌توان گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد از جمله سالمندان است. انعطاف‌پذیری روانی، توانایی برای ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در جهت تحقق اهداف متناسب با ارزش‌های فرد است که این امر از طریق فرایندهای اصلی درمان



انعطاف‌پذیری روانی از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه نقش موثری در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت از جمله کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی دارد. در نتیجه، ضروری است تا از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مداخله‌های مرتبط با سلامت در گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله سالمندان مبتلا به افسردگی استفاده شود. بنابراین، متخصصان سلامت و درمانگران می‌توانند از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌ها برای کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی در سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی استفاده نمایند و ویژگی‌های مرتبط با سلامت آنان را بهبود بخشند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، عدم بررسی نتایج به تفکیک جنسیت، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده، نتایج به تفکیک جنسیت بررسی، از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده و نتایج در مراحل پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت بررسی شود. به‌عنوان آخرین پیشنهاد می‌توان به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی از جمله شفقت درمانی، درمان ذهن‌آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره اشاره کرد.

### سپاس‌گزاری

بدین‌وسیله از مسئولان درمانگاه‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز جهت همکاری با پژوهشگران و از سالمندان شرکت‌کننده به دلیل مشارکت فعال تشکر می‌شود.

### منابع

اسماعیلی‌شاد، ب. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و قند خون در سالمندان فاقد رفتارهای خودمراقبتی. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۱-۱۱.

اصغری، ن.، مداحی، م. ا.، کراسکیان موجمناری، آ. و صحاف، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند. *نشریه آموزش پرستاری*، ۱(۳)، ۶۲-۷۰.

فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی تأیید شد. این یافته با یافته پژوهش سیدجعفری و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی بر مبنای پژوهش مهریار و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. این شیوه درمانی از طریق گسلش شناختی به دنبال آن است که به سالمندان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل موثر با دنیا بیابند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد نوع دیگری از خود به نام خود به‌عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) را به سالمندان معرفی می‌کند که منظور از آن، معنا و حسی از خود به‌صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی رخ می‌دهد. علاوه بر آن، این روش مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجربه‌ها در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن آنها را می‌سازد. پس برای هر فرد ارزش‌ها، حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و مراجع ارزش‌ها، هدف‌ها و رفتاری خاص مربوط به حوزه‌های مهم زندگی خود را تعریف و موانع احتمالی در تحقق آنها را شناسایی و تشویق می‌شود تا برای تغییر رفتارشان متعهد شود. در نتیجه، این عوامل می‌توانند از طریق بهبود سلامت و کیفیت زندگی نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی داشته باشند.

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی بود. به عبارت دیگر، این شیوه درمانی باعث کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی آنان شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با افزایش

نظام‌دوست سدهی، م.، برجلی، ا.، پورشریفی، ح.، و کراسکیان موجمباری، آ.، و صیرفی، م. (۱۳۹۷). رابطه امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان: نقش میانجی نگرش به مرگ. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۱۷۹-۱۹۵.

نگهبان، ز.، عرب، م.، تاجور، م.، رحیمی فروشانی، ع.، و رشیدیان، آ. (۱۳۹۴). بررسی سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنها. *فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان*، ۶(۱)، ۷۹-۸۸.

یوسفی افراشته، م.، و شریفی، ک. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی، تنیدگی ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۲)، ۱-۱۰.

## References

Abbasi, M., Khazan, K., Pirani, Z., & Ghasemi Jobaneh, R. (2016). Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 8(4), 203-208. [Persian]

Aajami, Z., Kazazi, L., Toroski, M., Bahrami, M., & Borhaninejad, V. (2020). Relationship between depression and cognitive impairment among elderly: A cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences*, 9(3), 148-153. [Persian]

Alemi S, Malihialzackerini S, Abolmaali Alhoseini K, Khabiri M. Comparison of the effectiveness of mindfulness training and massage-aromatherapy on rising psychological health of elderly women with chronic pain. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(4), 359-370. [Persian]

Asghari, N., Maddahi, M. E., Kraskian Mojemari, A., & Sahaf, R. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on physical and psychological symptoms of elderly women. *Journal of Nursing Education*, 8(3), 62-70. [Persian]

Beck, A. T., & Clarck, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Journal of Anxiety Research*, 1(1), 23-36.

Bunyathikan, T., Soonthornchaiya, R., & Charenboon, T. (2020). The effects of an acceptance and commitment therapy program on the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric*

ایزدپناه کاخک، م.، ثمری، ع.، و توزنده‌جانی، ح. (۱۳۹۸). بررسی نقش احساس تنهایی و فراهیجان مثبت در پیش‌بینی امید به زندگی مردان سالمند. *نشریه روان‌پرستاری*، ۷(۴)، ۲۵-۳۱.

پورعبدل، س.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، و عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۵۷-۶۵.

پیرحیاتی، ز.، و برقی ایرانی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن. *روان‌شناسی پیری*، ۳(۲)، ۱۳۷-۱۴۶.

تابع بردبار، ف.، اسماعیلی، م.، و اسدی، ر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اضطراب مرگ در سالمندان بر اساس تیپ‌های شخصیتی و سلامت روان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۳)، ۲۳۹-۲۴۹.

خدابخش پیرکلانی، ر.، رمضان ساعتچی، ل.، و ملکی مجد، م. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ و امید به زندگی در زنان سالمند. *مجله سالمندشناسی*، ۳(۲)، ۱۱-۲۰.

سیدجعفری، ج.، جدی، م.، موسوی جشنی، ر.، حسینی، ع.، و شکیب‌مهر، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۲)، ۱۶۸-۱۵۷.

عالمی، س.، ملیحی‌الذاکرینی، س.، ابوالمعالی الحسینی، خ.، و خبیری، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و ماساژ-آروماتراپی بر سلامت روان‌شناختی زنان سالمند مبتلا به درد مزمن. *مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۴)، ۳۵۹-۳۷۰.

عباسی، م.، خزان، ک.، پیرانی، ذ.، و قاسمی جوینه، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای شناختی - هیجانی جانبازان. *فصلنامه طب جانباز*، ۸(۴)، ۲۰۳-۲۰۸.

مرادی، آ.، حاتمیان، ع.، حاتمیان، پ.، و مروتی، ف. (۱۳۹۸). رابطه عمل به باورهای دینی و امید با رضایت از زندگی سالمندان. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۱)، ۱۹۰-۱۸۳.

مهریار، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سالمند. *نشریه سالمندشناسی*، ۴(۳)، ۲۹-۲۱.

نجاریان، ب.، و داودی، ا. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی (فرم کوتاه‌شده (SCL-90-R)). *مجله روان‌شناسی*، ۵(۲)، ۱۴۹-۱۳۶.

- Nursing and Mental Health*, 34(2), 118-131.
- Chisumpa, V. H., & Odimegwu, C. O. (2018). Decomposition of age- and cause-specific adult mortality contributions to the gender gap in life expectancy from census and survey data in Zambia. *SSM - Population Health*, 5, 218-226.
- Coto-Lesmes, R., Fernandez-Rodriguez, C., & Gonzalez-Fernandez, S. (2020). Acceptance and commitment therapy in-group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging and Mental Health*, 21(7), 766-773.
- Esmailishad, B. (2020). The effectiveness of self-care training on quality of life, self-care behaviors and blood sugar in elderly lacking self-care behaviors. *Journal of Aging Psychology*, 6(1), 1-11. [Persian]
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143.
- Flujas-Contreras, J. M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies*. In: O'donohue O, Fisher JE, editors. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*. (2<sup>nd</sup> edition), Hoboken, NJ: Wiley Publisher.
- Franco, C., Amutio, A., & Manas, I., Gazquez, J. J., & Perez-Fuentes, M. D. (2017). Reducing anxiety, geriatric depression and worry in a sample of older adults through a mindfulness-training program. *Terapia Psicológica*, 35(1), 71-79.
- Gruppen, E. G., Connelly, M. A., Sluiter, W. J., Bakker, S. J. L., & Dullaart, R. P. F. (2019). Higher plasma GlycA, a novel pro-inflammatory glycoprotein biomarker, is associated with reduced life expectancy: The prevend study. *Clinica Chimica Acta*, 488, 7-12.
- Herhaus, B., Kersting, A., Brahler, E., & Petrowski, K. (2020). Depression, anxiety and health status across different BMI classes: A representative study in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 276, 45-52.
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144-152.
- Izadpanah Kakhak M, Samari A, Tozandehjani H. (2019). The role of loneliness and positive meta-emotion in predicting life expectancy of elderly men. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(4), 25-31. [Persian]
- Jia, H., Zack, M. M., Gottesman, I. I., & Thompson, W. W. (2018). Associations of smoking, physical inactivity, heavy drinking, and obesity with quality-adjusted life expectancy among US adults with depression. *Value in Health*, 21(3), 364-371.
- Joe, G. W., Lehman, W. E. K., Rowan, G. A., Knight, K., & Flynn, P. M. (2019). The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 102, 23-32.
- Khodabakhsh Pirkalani R, Ramezan Saatchi L, Maleki Majd M. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, death anxiety and life expectancy in elderly women. *Journal of Gerontology*, 3(2), 11-20. [Persian]
- Liu, J., Chang, L., Wu, S., & Tsai, P. (2015). Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1846-1853.
- Mehryar, M. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on promoting mental health and quality of life in elderly women. *Journal of Gerontology*, 4(3), 21-29. [Persian]

- Moradi, A., Hatamian, A., Hatamian, P., & Morvvati, F. (2019). The relationship between practice religious beliefs and hope with elderly life satisfaction. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 8(1), 183-190. [Persian]
- Najarian, B., & Davodi, I. (2001). Development and reliability of SCL-25 (short form of SCL-90-R). *Journal of Psychology*, 5(2), 136-49. [Persian]
- Negahban, Z., Arab, M., Tajvar, M., Rahimi Foroshani, A., & Rashidian, A. (2015). A study of the mental health of the elderly in Tehran and its relationship with their social capital. *Journal of Healthcare Management*, 6(1), 79-88. [Persian]
- Nezamdoust Sedehi, M., Borjali, A., Poursharifi, H., Kraskian Mujembari, A., & Seirafi, M. (2018). The relationship between hope and sense of coherence with psychosocial well-being among older people: Mediating role of attitude toward death. *Journal of Aging Psychology*, 4(3), 179-195. [Persian]
- Nimbi, F. M., Rossi, V., Tripodi, F., Luria, M., Flinchum, M., Tambelli, R., & Simonelli, C. (2020). Genital pain and sexual functioning: Effects on sexual experience, psychological health, and quality of life. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 771-783.
- Pirhayati, Z., & Barghi Irani, Z. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on mental health and cognitive function in elderly people with age-related Macula degradation. *Journal of Aging Psychology*, 3(2), 137-146. [Persian]
- Potter, R., O'Keeffe, V., Leka, S., Webber, M., & Dollard, M. (2019). Analytical review of the Australian policy context for work-related psychological health and psychosocial risks. *Safety Science*, 111, 37-48.
- Pourabdol, S., Abbasi, M., Pirani, Z., & Abbasi, M. (2015). The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 1(1), 57-65. [Persian]
- Qi, D., & Wu, Y. (2018). Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 205, 26-36.
- Reangsing, C., Rittiwong, T., & Schneider, J. K. (2020). Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 15, 1-10.
- Rostami, M., Rasouli, M., & Kasaei, A. (2019). Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 9(1), 87-110.
- Sagna, A. O., Kemp, M. L. S., DiNitto, D. M., & Choi, N. G. (2020). Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. *Public Health*, 179, 76-83.
- Seyyedjafari, J., Jeddi, M., Mousavi, R., Hoseyni, E., & Shakimbahr, M. (2019). The effectiveness of compassion-focused therapy on elderly life expectancy. *Journal of Aging Psychology*, 5(2), 157-168. [Persian]
- Shrestha, K., Ojha, S. P., Dhungana, S., & Shrestha, S. (2020). Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 38, 1-4.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, L. P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. (5<sup>th</sup> edition), Boston: Pearson Education Inc.
- Tabatabaee, F., Banisi, P., & Asadi, R. (2019). The prediction of death anxiety in the elderly based on personality types and mental health. *Journal of Aging Psychology*, 5(3), 239-249. [Persian]
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 55-64.
- Xiang, X., Danilovich, M. K., Tomasino, K. N., & Jordan, N. (2018). Depression

- prevalence and treatment among older home health services users in the United States. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 151-157.
- Yesavage, J. A., & Sheikh, J. I. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Journal of Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
- Yousefi Afrashteh, M., & Sharifi, K. (2015). The relationship between depression, perceived stress and social support with quality of life in elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Psychology*, 1(2), 1-10. [Persian]
- Yuan, Y., Li, J., Jing, Z., Yu, C., Zhao, D., Hao, W., Zhou, C. (2020). The role of mental health and physical activity in the association between sleep quality and quality of life among rural elderly in China: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 273, 462-467.
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J., & Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143-151.