



## The Comparison of the Effectiveness of Positive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Anxiety and Depression of the Elderly Living in Nursing Homes

Nasrin Dinarvand<sup>1</sup> , Ziba Barghi Irani<sup>1\*</sup>  and Simon Forstmeier<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Dept of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Payame Noor University of Tehran, Iran

<sup>2</sup> Developmental Psychology and Clinical Psychology of the Lifespan, University of Siegen, Siegen, Germany

### Article Info

#### Article History

Received: 03.05.2022

Revised: 01.08.2022

Accepted: 05.08.2022

ePublished: 26.08.2022

#### Keywords

Positive therapy, acceptance and commitment therapy, death anxiety, depression, elderly

#### How to cite this article

Dinarvand, N., Barghi Irani, Z., & Forstmeier, S. (2022). The Comparison of the effectiveness of positive therapy and acceptance and commitment therapy on the anxiety and depression of the elderly living in nursing homes. *Aging Psychology*, 8(2), 189-203.

#### \*Corresponding Author

Ziba Barghi Irani

#### Email

dr.zirani1@gmail.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

### Abstract

Experiencing physical disability, dissidents and loss of relatives, the elderly seems to think more about the death, and if this goes beyond its normal limits, it causes them to feel depressed and helpless. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of positive therapy (PT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on death anxiety and depression in the elderly. This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and follow-up design with a control group. The statistical population of the current study included all the elderly (75-55 years old) living in the nursing homes of Tehran, Iran, among which Kahrizak nursing home was selected by convenience sampling, where 30 people (three groups of 10 individuals) were selected using convenience sampling and according to inclusion and exclusion criteria of the study, and randomly assigned into two experimental and one control groups. The Magyar-Moe's PT and Hayes's ACT were conducted in shape of eight 90-minute sessions (twice a week). The follow-up phase test was performed one month after the post-test phase. Templer's death anxiety and Beck's depression questionnaires were used to collect data. Data were analyzed using univariate analysis of covariance and Bonferroni post-hoc test in SPSS-22 software. The results demonstrated that compare to control group, both PT and ACT groups had lower scores of death anxiety and depression in posttest and follow-up. That is both therapeutic methods resulted in the reduction of death anxiety and depression in the elderly. Besides, the results of post-hoc test revealed that PT is more effective in the reduction of depression in both posttest and follow-up phases. However, this difference did not hold for death anxiety. According to the mentioned results, PT and ACT can be used in order to improve the death anxiety and depression in the elderly living in nursing homes.



## مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان

نسرین دیناروند<sup>۱</sup>، زیبا برقی ایرانی<sup>۱\*</sup> و زیمون فورستیا<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی رشد و بالینی طول عمر، دانشگاه زیگن، زیگن، آلمان

### چکیده

به نظر می‌رسد که سالمندان به دلیل تغییرات جسمی، ناتوانی و از دست دادن عزیزان، بیشتر به مرگ فکر می‌کنند و در صورتی که این موضوع از حد طبیعی خود خارج شود، باعث ایجاد احساس افسردگی و درماندگی در آنها می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان انجام شد. پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان سنین ۶۵-۷۵ سال ساکن سراهای سالمندان شهر تهران بودند که از میان آنها سرای سالمندان کهریزک به صورت در دسترس انتخاب شد و ۳۰ نفر (سه گروه ۱۰ نفره) با روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان حاضر در گروه‌های آزمایشی درمان مثبت‌نگر مگیار-موئه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هائیز را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) دریافت کردند. پس از گذشت یک ماه از پس‌آزمون، آزمون پیگیری به عمل آمد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و افسردگی بک استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که هر دو گروه درمان مثبت‌نگر و مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه نمرات اضطراب مرگ و افسردگی پایین‌تری در پس‌آزمون و پیگیری داشتند. بدین معنی که هر دو روش درمانی موجب کاهش اضطراب مرگ و افسردگی در سالمندان شد. همچنین نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که درمان مثبت‌نگر چه در مرحله پس‌آزمون و چه در مرحله پیگیری تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی داشتند. اما این تفاوت برای اضطراب مرگ صادق نبود. طبق نتایج این مطالعه، می‌توان از درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت بهبود اضطراب مرگ و افسردگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان استفاده کرد.

### اطلاعات مقاله

#### سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۳

اصلاح: ۱۴۰۱/۰۵/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۴

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

#### کلیدواژه‌ها

درمان مثبت‌نگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، افسردگی، سالمندان

#### نحوه ارجاع به مقاله

دیناروند، ن، برقی ایرانی، ز، و فورستیا، ز. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۸(۲)، ۱۸۹-۲۰۳.

#### \* نویسنده مسئول

زیبا برقی ایرانی

#### پست الکترونیکی

dr.zirani1@gmail.com

زندگی قرار می‌گیرد و در غیاب آن حیات انسان به خطر می‌افتد، اما در صورتی که از حد طبیعی خود خارج شود، فرد را مستأصل و درمانده می‌کند (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اضطراب مرگ با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون حساسیت اضطرابی (باقرزاده، ۱۴۰۰) و پدیدآیی بیماری‌های روانی (نوذری، ۱۳۹۸) رابطه دارد.

از میان عوامل مرتبط با اضطراب مرگ در سالمندان، افسردگی<sup>۳</sup> نقش بسیار مهمی دارد. سالمندان به دلیل تحلیل رفتن قوای جسمی و ذهنی، مستعد افسردگی می‌باشند، به طوری که بیش از نیمی از سالمندان دارای علائم افسردگی هستند (سجادی و همکاران، ۱۳۹۲). افسردگی از اساسی‌ترین دلایل ایجاد ناتوانی در جهان می‌باشد (قانعی و همکاران، ۱۳۹۷). افسردگی یک اختلال شایع روانی می‌باشد که با خلق و خوی افسرده، فقدان انرژی جسمانی، از دست دادن انگیزه، اختلال خواب، عدم توانایی در احساس لذت، ناتوانی و بی‌ارزشی، احساس ناامیدی و در نهایت کاهش تمرکز حواس مشخص می‌گردد. علت افسردگی در سالمندان همانند افراد جوان‌تر، علل زیستی اجتماعی است. بیماری‌ها و اختلالات جسمی و همچنین مصرف برخی از داروها از عوامل مؤثر در بروز افسردگی محسوب می‌گردد (مولر و همکاران، ۲۰۱۳). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افسردگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون فاجعه‌سازی درد (وصال، ۱۳۹۳)، بیماری‌های محدودکننده تحرک (ایمران و همکاران، ۲۰۱۴)، بیماری‌های پزشکی و مزمن (کیم و همکاران، ۲۰۰۹) رابطه دارد.

در سال‌های اخیر درمان‌های زیادی برای کاهش اضطراب مرگ و افسردگی به کار رفته است که از میان آنها می‌توان خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر افسردگی (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۳)، معنا درمانی بر اضطراب مرگ (ولایی و زالی پور، ۱۳۹۴)، درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و اضطراب مرگ (هوشیار و همکاران، ۱۳۹۴)، آموزش ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۸) و درمان وجودی بر اضطراب مرگ (صدری دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵) اشاره کرد. اما یکی از درمان‌های ارائه شده در این پژوهش درمان مثبت‌نگر است که به نظر می‌رسد در کاهش اضطراب مرگ و افسردگی

سالمندی یک پدیده زیست‌شناختی ناگزیر و طبیعی به شمار می‌آید. با بهبود روش‌های مختلف کنترل جمعیت و افزایش امید به زندگی و همچنین بهبود روش‌های درمانی، جمعیت جهان در حال پیر شدن است (یعقوبی، ۱۳۹۱). سازمان ملل متحد سن ۶۰ سال یا بالاتر را برای اشاره به افراد سالمند بکار می‌برد، با این حال در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا، سن ۶۵ سال بعنوان نقطه مرجع برای سالمندان استفاده می‌شود و این بدان معنی است که در این سن افراد واجد شرایط برای دریافت مزایای امنیت اجتماعی سالمندان می‌گردند (احمدی و همکاران، ۱۳۸۹). علاوه بر مشکلات فیزیولوژیکی، اختلالات روان‌شناختی نیز از مشکلات شایع دوران سالمندی است که طیف وسیعی از اختلالات دوران سالمندی را به خود اختصاص می‌دهد (سجادی و همکاران، ۱۳۹۲).

بطور کلی اختلالات روانی<sup>۱</sup> سالمندان به عواملی مانند بیماری‌های جسمی حاد و مزمن، مرگ دوستان و عواقب اجتماعی و روانی آن، مشکلات اقتصادی، محدودیت‌های فیزیکی، عدم امکان نگهداری سالمند در محیط زندگی قبلی و ترک خانه، محدود شدن فعالیت جسمی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های اجتماعی بستگی دارد (زندن، ۲۰۱۶). پژوهشگران بیان می‌کنند اختلال شناختی در سالمندان مقیم خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن در منزل می‌باشد (شریفی ساکی و همکاران، ۱۳۹۸). سالمندان به علت تغییرات جسمی، بهداشت ضعیف، ناتوانی و همچنین از دست دادن وابستگان، بیشتر به مرگ فکر و یا در مورد آن صحبت می‌کنند (روشنی، ۱۳۹۱). مرگ هیجان و ترس اجتناب‌ناپذیری دارد و به دلیل اینکه هیچ کس مرگ را تجربه نکرده است، فکر کردن به آن باعث ایجاد اضطراب می‌گردد (مسعودی و همکاران، ۱۳۹۷). اضطراب مرگ<sup>۲</sup> مجموعه نگرش‌هایی به مرگ مانند ترس، نگرانی، تهدید، ناراحتی و دیگر واکنش‌های هیجانی منفی همراه با اضطراب را شامل می‌گردد که بر روی کیفیت زندگی فرد تأثیرگذار است. همچنین اضطراب مرگ ریشه در آگاهی از مرگ دارد و به عنوان یک واکنش عاطفی منفی تعریف می‌شود که با پیش‌بینی مرگ و فقدان شخص برانگیخته می‌گردد. اضطراب مرگ پدیده‌ای طبیعی است که تحت تأثیر رویدادهایی فرهنگی و اجتماعی

<sup>1</sup> psychopathy

<sup>2</sup> death anxiety

<sup>3</sup> depression

علاوه بر این یکی دیگر از راه‌های کاهش اختلالات روان‌شناختی دوره سالمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. اصول زیربنایی این درمان شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا رویدادهای آشفته کننده دیگر بدون اقدام به مهار کردن آنها و همچنین عمل مبتنی بر تعهد یا ارزش توأم با میل به عمل به عنوان اهداف معنادار فردی پیش از حذف کردن تجارب ناخواسته می‌باشد (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۰). هدف اصلی در این روش، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی می‌باشد. یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی که متناسب‌تر باشند، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب کردن از احساسات، افکار، خاطره‌ها و یا تمایلات آشفته‌ساز صورت پذیرد و یا به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۸).

همچنین پژوهش‌های (حسین نظری و همکاران، ۱۴۰۱؛ احمدی و ولی‌زاده، ۱۴۰۰؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۹) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ مؤثر می‌باشد. علاوه بر این پژوهش‌های (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹؛ کبیری‌نسب و عبدالله‌زاده، ۱۳۹۶؛ نظیری و همکاران، ۱۳۹۴) نشان داده است که این درمان در بهبود افسردگی مؤثر است.

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان از یک سو و تأثیر تغییر سبک زندگی نوین و اثر روانی و اجتماعی حاصل از آن بر این گروه سنی از سوی دیگر، پژوهشگر را بر آن داشت تا با استفاده از نسل‌های جدیدتر روان‌درمانی، به دنبال ارائه خدمات روان‌شناختی مناسب برای این دسته از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در محیط‌های خدمت‌رسانی مراقبتی نظیر سراهای سالمندی باشد. از سوی دیگر، به دلیل آنکه اضطراب مرگ و افسردگی متغیرهای کلیدی در زندگی افراد به‌ویژه سالمندان محسوب می‌شود و پژوهش‌های انجام شده تأثیر مداخلات درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر این متغیرها بصورت مستقل در گروه‌های سنی مختلف بررسی کرده است و تاکنون پژوهشی که تأثیر آنها را بر اضطراب مرگ و افسردگی در گروه سالمندان مقایسه کند، صورت نگرفته است، بنابراین انجام مطالعاتی با رویکرد مقایسه تأثیر مداخلات درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک روش پژوهش نیمه آزمایشی جهت مشخص کردن اندازه اثر هر کدام از آنها بر کاهش اضطراب مرگ و افسردگی در دوران سالمندی ضروری بنظر می‌رسید، تا

مؤثر باشد. سلیگمن (۲۰۱۰) معتقد است که روان‌شناسی نباید خود را به دیدگاه آسیب‌شناسانه محدود نماید، بلکه باید به نیمه مثبت انسان نیز توجه کند و از تمام امکانات اجتماعی و فردی برای بهبود سلامت ذهنی انسان استفاده گردد. موضوع درمان مثبت‌نگر مربوط به تجربه‌های مثبت مثل سلامت ذهن، رضایت از زندگی، شادی در حال، شور و شوق، درک کارآمد از آینده و خوش‌بینی، ایمان و امید می‌باشد. روان‌شناسان مثبت‌نگر بر این باور هستند که امید می‌تواند از افراد در برابر رخداد‌های تنش‌زای زندگی حمایت نماید. از این رو در دهه‌های اخیر، نقش امید در درمان انواع بیماری‌های جسمی و روانی بررسی شده است و در نتیجه این پژوهش‌ها، اسنایدر (۲۰۰۰) نظریه‌ای را به نام نظریه امید بیان کرده است. آنها امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع مختلف (تصمیم‌های هدفمند) و مسیرها (روش‌های انتخاب شده برای رسیدن به اهداف) است. از طریق ترکیب مسیرها و منابع، می‌توان به اهداف رسید. اگر هر یک از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف ممکن نیست. امید شامل ادراکات فرد درباره توانایی‌هایش برای تعیین کردن اهداف روشن و واضح، تدوین طرح‌هایی برای نیل به این اهداف (مسیرهای تفکر)، یافتن انرژی و حفظ و انگیزش مورد نیاز برای رفتن به دنبال اهداف و پیگیری کردن آنها (عامل تفکر) می‌باشد (مگیار-مویی، ۲۰۰۹). شواهد مختلف نشان می‌دهد بین بالا بودن میزان امید با موفقیت افراد در بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی، ارتباط وجود دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). امید و امیدواری به زندگی از مفاهیمی می‌باشند که با تطابق، توانمندی و ایمان مرتبط است و از طریق تحمل‌پذیر نمودن شرایط موجود می‌تواند به عنوان یک پاسخ مؤثر به عوامل استرس‌زا در نظر گرفته شود. امیدواری، عملکرد روان‌شناختی و فیزیولوژیک را تقویت نموده، فقدان آن منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌گردد (لوپز و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین پژوهش‌ها (مثل نقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹) و خدابخشی کولایی و همکاران، (۱۳۹۷) نشان داده است درمان مثبت‌نگر در کاهش اضطراب مرگ مؤثر می‌باشد. علاوه بر این پژوهش، تقی‌پور و شهبابی (۱۳۹۸) نشان داده است که این درمان در بهبود افسردگی مؤثر است.

این مقیاس پرسش‌نامه‌ای خود اجرایی و دربرگیرنده ۱۵ گویه است که بصورت بله و خیر پاسخ داده می‌شود. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ بوده و کسب نمره بیشتر معرف درجه بالاتر از اضطراب مرگ در فرد است. مؤلفه‌های این مقیاس عبارتند از اضطراب مرگ صرف، عامل عمومی و ترس از درد و جراحی. بررسی‌های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس را ۰/۸۳ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ به دست آورده است. در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) برای بررسی روایی همگرا مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و پرسش‌نامه اضطراب آشکار استفاده شد که ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ و مقیاس نگرانی مرگ ۰/۴۰ و اضطراب آشکار ۰/۴۳ بدست آمد. همچنین رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) در بررسی پایایی مقیاس اضطراب مرگ، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را گزارش دادند.

**نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک.** نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک که یک ابزار خود گزارش‌دهی است، دارای ۲۱ سؤال می‌باشد. در این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال در مورد احساس فرد در دو هفته گذشته تاکنون پرسیده می‌شود. دامنه کل مقیاس بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. نمره بیشتر، نشان دهنده شدت افسردگی است. این پرسش‌نامه دارای سازه‌های یأس و ناامیدی، عدم اطمینان به آینده، بدبینی، نومییدی از آینده است. حمیدی و همکاران به بررسی روایی و پایایی این پرسش‌نامه در سال (۱۳۹۳) پرداختند و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ محاسبه شد. ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ و توصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمده است. در بررسی روایی همگرا، پرسش‌نامه بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره کل پرسش‌نامه سلامت و نیز با چهار سازه آن تعیین شد که همبستگی عمومی پرسش‌نامه بک با کل نمره پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۸۰ به دست آمده است (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۳).

### روش اجرا

در پژوهش حاضر به دلیل در دسترس بودن، از میان سراهای سالمندان شهر تهران، سرای سالمندان کهریزک انتخاب شد و پس از هماهنگ کردن با مسئولین از آنان خواسته شد تا سالمندان را به پژوهشگر معرفی نماید. در

مشخص شود که کدام یک از این درمان‌ها تأثیر معنادار و پایدارتری در طی زمان بر سالمندان دارد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان می‌باشد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از اینکه (۱) درمان مثبت‌نگر بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیر دارد، (۲) درمان مثبت‌نگر بر افسردگی سالمندان تأثیر دارد، (۳) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیر دارد، (۴) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی سالمندان تأثیر دارد، (۵) بین اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ سالمندان تفاوت وجود دارد، و (۶) بین اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی سالمندان تفاوت وجود دارد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی و از مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان ۶۵-۷۵ سال ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران بود، که از میان آنها به علت در دسترس بودن، سرای سالمندان کهریزک انتخاب و از میان سالمندان ۷۵-۶۵ سال ساکن در آنجا با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش ۵۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد. از بین آنها ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه درمان مثبت‌نگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل گمارش شدند. در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود عبارت بود از (۱) سن بین ۶۵ تا ۷۵ سال، (۲) توانایی برقراری ارتباط، (۳) دارای سواد خواندن و نوشتن و (۴) داشتن رضایت به شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج شامل (۱) عدم توانایی تکمیل پرسش‌نامه و شرکت در جلسات مداخله و (۲) وجود اختلال ذهنی و آلزایمر بود.

### ابزار

**مقیاس اضطراب مرگ<sup>۱</sup>:** مقیاس اضطراب مرگ ساخته شده توسط تمپلر (۱۹۷۰) ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است.

<sup>۱</sup> death anxiety scale



## جدول ۱

جلسات درمان مثبت‌نگر مگیار-موئه (۲۰۰۹)

جلسه	محتوا
اول	معارفه قوانین گروه و تأکید بر اصل رازداری، قضاوت نداشتن و سرزنش نکردن، شفاف‌سازی مفروضه‌ها و نقش‌های درمان مثبت‌نگر؛ بیان مسئولیت‌پذیری و تعهد در قبال جلسات مداخله؛ آشنایی و معرفی مثبت توانمندی‌هایی که در فرد وجود دارد؛ در نهایت ارائه تکلیف برای جلسه بعد
دوم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ شناسایی توانمندی‌های گروهی افراد و تهیه نسخه ابزار توانمندی‌های مثبت برای افراد گروه؛ بیان معرفی مثبت از خود و ارائه تکلیف
سوم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ طرح و اجرای توانمندی‌های فرد، حس تعهد رابطه بین توانمندی‌های مورد استفاده و همچنین هیجان‌های تجربه شده؛ ارائه فنون حسن ذائقه جهت بهبود هیجان‌ها مثبت و تجربه حس امید، خوشبینی، تمرکز و معنا
چهارم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ کمک به فرد جهت درک نقش خاطرات خوب و بد گذشته؛ نقش و تمرکز آن بر نشانه‌های افسردگی که باعث حفظ افسردگی می‌شوند؛ کمک به اجرا و ابزار کردن و نقش خاطرات در حفظ افسردگی افراد؛ ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ اجرای طرح و سازه بخشش به عنوان ابزاری برای از بین بردن خشم و هیجان‌های منفی؛ آموزش فن بخشش برای نوشتن نامه به خود جهت از بین بردن خطا، خودشفقتی؛ انجام شکرگزاری و افزایش سطح شادی در فرد
ششم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ توجه به خاطرات خوب یا بد و بررسی کردن راهکارها برای کاهش افسردگی؛ توجه نمودن به نشانه‌های شکرگزاری و قدردانی برای افزایش سطح عزت نفس و اعتماد به نفس شخص، ارائه تکلیف برای جلسه بعد برای روند جلسات و تأثیرگذاری آن بر رفتار گروه یا فرد
هفتم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ بازخورد افراد نسبت به فرآیند درمان انرژی مثبت‌نگر
هشتم	بررسی تمرین جلسه قبل؛ بحث درباره روش زندگی کامل؛ ارائه دادن پیشنهاد نظرهای جدید برای افزایش کار و ارائه فعالیت و تمرین؛ بررسی فنون مرور نشده و بررسی پیشرفت و دستاوردهایی که در گروه شکل گرفته است و طرز برخورد اعضای گروه؛ انجام دادن پاسخدهی به پرسش‌نامه؛ در نهایت جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

## جدول ۲

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هاینز (۲۰۱۹)

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون و بستن قرارداد درمانی
دوم	بررسی و کشف روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی کردن میزان تأثیر آنها، بحث درباره کم اثر و موقتی بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
سوم	کمک کردن به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و همچنین پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع فردی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد افراد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب کردن از تجارب دردناک و آگاهی از نتایج و پیامدهای آنها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه بعدی به منظور بیان کردن ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی، رفتار قابل مشاهده و بحث کردن درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقرار کردن ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از احساساتی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد کردن انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری طبق ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیگیری، جهت رعایت اصول اخلاقی برنامه‌های درمانی به صورت ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه کنترل نیز اجرا شد و کاربرگ‌ها و جزوات مورد نظر نیز در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی) استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. خلاصه‌ای از جلسات مداخله درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر یافته‌های توصیفی عبارتند از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار، که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ نشان داده شده است.

مجموع پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه، تعداد ۳۰ سالمند ۷۵-۶۰ سال انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. همچنین، معیارهای حذف شرکت‌کنندگان در پژوهش (۱) عدم رضایت فرد به ادامه درمان، (۲) ابتلا به اختلالات شناختی و بیماری‌های جسمی در زمان درمان که مانع شرکت فرد در جلسات شود و (۳) غیبت در حداکثر ۲ جلسه درمانی بود. گروه آزمایش مداخله روان‌شناختی مثبت‌نگر را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل مگیار-موئه (۲۰۰۹) که دارای چهار مؤلفه لذت، تعهد، معنا و زندگی کامل است و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل هایز (۲۰۱۹) در سرای سالمندان کهریزک به صورت جلسات گروهی دریافت نمودند. همچنین گروه کنترل در لیست انتظار برای درمان قرار گرفت. در انتهای آموزش‌ها و پس از جمع‌آوری

### جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مرگ و افسردگی سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

درمان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اضطراب مرگ						
مثبت‌نگر	۵/۱۸	۲۱/۷۴	۴/۰۴	۱۴/۰۱	۲/۸۳	۱۴/۳۸
پذیرش و تعهد	۴/۰۲	۲۲/۸۸	۳/۵۷	۱۴/۲۶	۳/۹۳	۱۴/۵۱
کنترل	۵/۵۷	۲۱/۵۱	۵/۲۴	۲۱/۰۱	۶/۱۸	۲۲/۱۳
افسردگی						
مثبت‌نگر	۳۴/۴۸	۳۳۱/۱۳	۲۵/۵۵	۳۹۰/۱۳	۲۶/۱۵	۳۰۸/۳۸
پذیرش و تعهد	۴۵/۲۳	۳۲۹/۳۸	۳۱/۵۶	۲۷۸/۰۱	۳۴/۵۱	۲۹۴/۲۶
کنترل	۴۳/۷۷	۳۱۹/۱۳	۳۸/۳۳	۳۲۰/۶۳	۳۴/۲۷	۳۱۷/۸۸

مطابق جدول ۳ در کلیه متغیرهای پژوهش، میانگین نمره‌های هر دو گروه درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. این بهبود در متغیرهای اضطراب مرگ و افسردگی شامل کاهش میانگین بود، اما میانگین نمره‌ها در گروه کنترل ثبات تقریبی را از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون اجرا و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن

توزیع داده‌های متغیرهای اضطراب مرگ ( $P < 0/05$ ) و افسردگی ( $P < 0/05$ ) برای انجام تحلیل کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای افسردگی ( $F = 0/12, P = 0/88$ ) و اضطراب مرگ ( $F = 0/37, P = 0/66$ ) برقرار است. پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای افسردگی و اضطراب مرگ به ترتیب ( $F = 3/44, P = 0/06$ ) و ( $F = 0/15, P = 0/72$ ) بود و رابطه خطی بین متغیر همپراش و وابسته در متغیرهای اضطراب مرگ و افسردگی مورد تأیید قرار گرفتند. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، استفاده کردن از این آزمون

مجاز می‌باشد. بنابراین برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد که در

جدول ۴ نتایج به دست آمده از آن بر روی میانگین نمره‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

#### جدول ۴

تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون اضطراب مرگ و افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
اضطراب مرگ						
پیش‌آزمون	۲۰۰/۳۳	۱	۲۰۰/۳۳	۲۰/۵۲	$P < .001$	۰/۵۰
گروه	۲۶۳/۱۸	۲	۱۳۱/۵۹	۱۸/۹۸	$P < .001$	۰/۷۱
خطا	۱۳۸/۶۷	۲۰	۶/۹۴			
افسردگی						
پیش‌آزمون	۱۹۲۷۴/۸۸	۱	۱۵۱/۴۳	۱۹۲۷۴/۸۸	$P < .001$	۰/۸۸
گروه	۱۰۹۷۱/۵۸	۲	۵۴۸۵/۷۸	۵۳/۲۲	$P < .001$	۰/۸۳
خطا	۲۰۶۱/۹۵	۲۰	۱۰۳/۰۸			

می‌توان گفت که متغیرهای اضطراب مرگ و افسردگی در این مطالعه به واسطه اعمال مداخله درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل نشان داشته‌اند. همچنین اندازه اثر بالای ۰/۷ نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها قابل توجه می‌باشد.

مطابق جدول ۴، مقدار آماره F محاسبه شده همه مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ معنادار است، که این امر نشان دهنده این است که بین گروه‌ها تفاوت معناداری برقرار می‌باشد. با توجه به مقادیر میانگین آورده شده

#### جدول ۵

تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیگیری اضطراب مرگ و افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر
اضطراب مرگ						
پیش‌آزمون	۱۶۶/۴۵	۱	۱۶۶/۴۵	۱۲/۵۰	$P < .001$	۰/۵۰
گروه	۴۱۶/۳۲	۲	۲۰۸/۱۶	۱۵/۱۲	$P < .001$	۰/۸۸
خطا	۲۷۵/۵۲	۲۰	۱۳/۷۸			
افسردگی						
پیش‌آزمون	۱۵۲۸۵/۲۳	۱	۱۵۲۸۵/۲۳	۵۰/۴۷	$P < .001$	۰/۷۲
گروه	۵۱۲۲/۱۲	۲	۲۵۶۱/۰۵	۱۱/۳۸	$P < .001$	۰/۸۸
خطا	۴۵۰۴/۹۳	۲۰	۲۲۵/۲۳			

#### جدول ۶

آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه بر اضطراب مرگ و افسردگی در پس‌آزمون

گروه			
کنترل		مثبت‌نگر	
اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
اضطراب مرگ			
مثبت‌نگر	-	-	-
پذیرش و تعهد	۱/۳۷	۰/۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی			
مثبت‌نگر	-	-	-
پذیرش و تعهد	۱۴/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱



## جدول ۷

آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه بر اضطراب مرگ و افسردگی در پیگیری

گروه		اضطراب مرگ		افسردگی	
کنترل	مثبت‌نگر	کنترل	مثبت‌نگر	کنترل	مثبت‌نگر
اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
۰/۰۰۱	۶/۹۸	۰/۰۰۱	۸/۳۷	۰/۰۰۱	۳۶/۵۶
۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱۶/۵۷	۰/۰۳	۰/۰۴
-	-	-	-	-	-
۱/۳۹	۱۹/۹۸	۰/۰۴	۱۹/۹۸	۰/۰۴	۱۹/۹۸

فرضیه اول مطالعه مبنی بر اینکه درمان مثبت‌نگر بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیر دارد تأیید شد که این یافته با پژوهش‌های (نقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۹؛ خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سهم عمده درمان مثبت‌نگر، شرح سیستماتیک نقطه قوت فرد و فضیلت‌های وی است، که به طور کلی در ملل و فرهنگ‌ها و همچنین سیستم‌های باوری مختلف وجود دارد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵).

از ۲۴ نقطه قوت شخصیتی ناشی از نوع‌شناسی، چندین مورد در بررسی و مقابله با اضطراب مرگ مفید می‌باشند. در حالی که استفاده از هر کدام از این نقطه قوت‌ها برای کمک کردن به مقابله با اضطراب مرگ سودمند و مفید هستند، بعضی از آنها مثل کنجکاوی، رغبت، قدردانی و معنویت به طور خاص مناسب کاهش اضطراب مرگ می‌باشند. ویژگی‌های شخصیتی امید و رغبت به عنوان لذت تمام زندگی و حفظ حس اشتیاق و سرزندگی و انرژی در نظر گرفته می‌شود که موجب مدیریت و کاهش اضطراب مرگ می‌گردد. نقطه قوت شخصیتی شکرگزاری و قدردانی به معنای حس نیرومند پاسخ مثبت یا تشکر مشابهی است که شخص دریافت کننده مهربانی، هدیه، کمک یا سایر انواع سخاوتمندی به ارائه دهنده آن سخاوت از خود نشان می‌دهد. در پژوهش کراوس (۲۰۰۶) حس قدردانی از خداوند را در ۱۵۰۰ نفر از بزرگسالان با حداقل سن ۶۶ سال مورد بررسی قرار داد و دریافت که در بین سالمندان، به ویژه زنان، کسانی که سطوح بالاتری از قدردانی را داشتند، سطوح پایین‌تری از استرس و اضطراب را تجربه کردند. نقطه قوت شخصیتی معنویت را می‌توان

طبق جدول ۵، تفاوت میانگین گروه کنترل با دو گروه مداخله درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در متغیر اضطراب مرگ و در مرحله پس‌آزمون معنادار است ( $P < 0/01$ )، به این معنا که هر یک از درمان‌های به کار رفته بر اضطراب مرگ تأثیر گذار بوده‌اند. ولی تفاوت بین گروه درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، معنادار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ ). بنابراین تأثیر این دو درمان بر اضطراب مرگ شرکت‌کنندگان یکسان بوده است. همچنین تفاوت بین میانگین گروه کنترل با دو گروه مداخله درمانی در متغیر افسردگی نیز معنادار شده است ( $P < 0/01$ )، به این معنا که هر یک از دو درمان به کار رفته بر افسردگی تأثیرگذار بوده‌اند. همچنین تفاوت بین دو گروه مداخله درمانی، بر افسردگی معنادار است ( $P < 0/05$ ). بنابراین این دو نوع درمان، اثربخشی متفاوتی بر متغیر افسردگی داشته‌اند و با توجه به تفاوت میانگین نمرات هر یک از این گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری، چنین استنباط می‌شود که تأثیر درمان مثبت‌نگر بر افسردگی بیشتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان بود. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معنادار در کاهش میزان اضطراب مرگ و کاهش میزان افسردگی مؤثر بوده‌اند. همچنین درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری در کاهش اضطراب مرگ نداشتند، اما درمان مثبت‌نگر در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر بیشتری بر کاهش افسردگی داشت.

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب مرگ سالمندان تأثیر دارد تأیید شد که این یافته با پژوهش‌های حسین نظری و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و ولی‌زاده (۱۴۰۰) و عابدی و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایند پذیرش احساسات و افکار مزاحم، ارتباط برقرار کردن با زمان حال و همچنین شناسایی ارزش‌های فرد که ممکن است یکی از این ارزش‌ها، مذهب و معنویت باشد و ترغیب فرد به انجام اعمال مبتنی بر این ارزش‌ها، شرایط لازم را برای ایجاد زندگی ارزشمند و غنی فراهم می‌نماید و در نتیجه باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می‌شود.

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی سالمندان تأیید شد، که این یافته با نتایج پژوهش‌های گلستانی فر و دشت بزرگی (۱۳۹۹)، کبیری‌نسب و عبدالله‌زاده (۱۳۹۶) و نظیری و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف بالا بردن انعطاف‌پذیری روانی از طریق آموزش پذیرش روانی، گسلش شناختی، آگاهی روانی، روشن‌سازی ارزش‌ها و همچنین ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه می‌تواند نقش مؤثری در بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مانند کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان شناختی و همچنین بالا بردن سطح امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی داشته باشد. در نتیجه، لازم است از این روش برای مداخله‌های مرتبط با سلامت در گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان استفاده گردد. بنابراین درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از این روش درمانی در کنار سایر روش‌ها برای کاهش افسردگی و همچنین افزایش سلامت روان شناختی و امید به زندگی در سالمندان استفاده کند و ویژگی‌های مرتبط با سلامت آنان را افزایش دهند.

فرضیه پنجم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب مرگ سالمندان تفاوت وجود دارد تأیید نشد که این امر دلالت بر تأثیر یکسان این دو روش درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان دارد. با توجه به اینکه پیش از این اثربخشی درمان‌های درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر

به عنوان یک نوع تلاش برای یافتن معنای وجودی و همچنین داشتن باورهای منسجم در مورد معنای جهان و جایگاه فرد در آن مفهوم‌پردازی نمود (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴). بنابراین می‌توان گفت که یکی از ارکان اصلی بهبود تصور فرد نسبت به خود و کاهش دید فاجعه‌آمیز که به طور مکرر نارضایتی از وضعیت سلامتی خود را گزارش می‌نمایند، افزایش سطوح خودشفقتی در آنها به واسطه درمان مثبت‌نگر می‌باشد. در درمان مثبت‌نگر، با تغییر دادن دیدگاه فرد نسبت به توانمندی‌های خود و مثبت در نظر گرفتن زندگی و گذشته و با تغییر دادن دیدگاه فرد شخص نسبت به مرگ و همچنین در نظر گرفتن این واقعیت غیرقابل انکار به عنوان یک فرصت، امید، هدیه، زیبایی و غیره، از اضطراب و ترس افراد از ناشناخته‌های پس از مرگ می‌کاهد. پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان مثبت‌نگر باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می‌شود.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه درمان مثبت‌نگر بر افسردگی سالمندان تأثیر دارد تأیید شد که این یافته با پژوهش (تقی‌پور و شهابی، ۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در سالمندان که در سرای سالمندان به سر می‌برند، به دلیل پذیرایی طولانی مدت دچار وابستگی آموخته شده می‌گردند، که به بقای افسردگی منجر می‌شود و درمان مثبت‌نگر با تقویت اعتماد به نفس و توانمندی‌های سالمندان می‌تواند وابستگی آموخته شده و به دنبال آن افسردگی را کاهش بدهد. افرادی که شدیدترین نوع فشارهای روان‌شناختی را تحمل می‌نمایند، در زندگی خود به دنبال امری به مراتب بیشتر از تسکین یافتن از رنج و درد هستند. افراد دارای مشکلات و بیماری در پی خشنودی و لذت و همچنین رضایت‌مندی بیشتری هستند تا صرف کمتر کردن نگرانی. آنها به دنبال ساختن نقاط قوت خود هستند نه اصلاح نقاط ضعف‌شان، همچنین آنها به دنبال زندگی معنادار و دارای هدف و قصد هستند. بدیهی است که این شرایط به سادگی و با رفع ناراحتی و درد حاصل نمی‌شوند. بنابراین می‌توان گفت هدف درمان مثبت‌نگر این است که افراد دیدگاه صادقانه‌ای نسبت به خود بیابند و خود را بپذیرند تا بتوانند بر استرس‌ها و نگرانی‌هایی که در زندگی روزمره وجود دارد، غلبه نمایند. پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان مثبت‌نگر باعث کاهش افسردگی در سالمندان می‌شود.

مثبت‌نگر بر افسردگی بیشتر بوده است. با توجه به اینکه تاکنون اثربخشی این دو درمان بر روی افسردگی مورد مقایسه قرار نگرفته است، نمی‌توان در مورد همسویی و یا عدم همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث کرد. در تبیین اثربخشی بهتر درمان مثبت‌نگر چنین به نظر می‌رسد که در درمان مثبت‌نگر افراد مسئولیت‌های رفتارشان می‌پذیرند و با آگاه شدن از آسیب‌های هیجانی خود، درصد رفع آنها با استفاده از توانمندی‌ها و همچنین نقاط مثبت زندگی خود بر می‌آیند. آموزش درمان مثبت‌نگر با تجویز نمودن تمرین زندگی کردن آگاهانه و آگاهی داشتن از فعالیت‌های روزمره خود، روابط با دیگران و همچنین افکار ناایمن و اولویت‌های شخصی، تمرین پذیرش خود را که شامل شناختن و پذیرفتن بدترین و بهترین بخش‌های خود و ابعادی از خود که همیشه مورد انکار قرار می‌گیرند و همچنین مسئولیت‌پذیری که به معنای پذیرفتن مسئولیت انتخاب‌ها و اعمال خود می‌باشد، به افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد و افزایش بردن سطوح پویایی و سرزندگی او کمک می‌نماید. علاوه بر این با ایجاد حس استقلال، به افزایش عزت نفس فرد کمک بیشتری می‌کند و در نتیجه باعث کاهش افسردگی می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دو مورد اشاره کرد، اول اینکه با توجه به تعداد افراد نمونه، امکان بررسی نتایج پژوهش به تفکیک جنسیت وجود نداشت. همچنین به دلیل اینکه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی با سایر سالمندان متفاوت می‌باشد، در تعمیم‌دهی نتایج پژوهش به سایر سالمندان باید احتیاط لازم صورت پذیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، این پژوهش به تفکیک جنسیت و همچنین به تفکیک محل زندگی سالمندان به صورت مقایسه‌ای انجام گیرد.

### سپاس‌گزاری

از تمامی کارکنان سرای سالمندان کهریزک و همچنین سالمندانی که با تکمیل پرسش‌نامه ما را در انجام این طرح یاری نمودند سپاس‌گزاری می‌نماییم.

### منابع

احمدی، ش.، خانکه، ح. ر.، محمد، ا.، فلاحی خوشکناب، م.، و رضاسلطانی، پ. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان با محدودیت بر احمدی، و.، و ولی‌زاده، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۳.

پذیرش و تعهد در پژوهشی بر روی اضطراب مرگ مقایسه نشده است، نمی‌توان درباره همسویی آن با یافته‌های قبلی بحث کرد و در عوض تبیین اثربخشی یکسانی از دو روش درمانی را مورد بررسی قرار می‌دهیم. در ابتدا می‌توان به تشابه درمان‌های درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ماهیت و تا حدودی در روش اجرا اشاره کرد. هر دو شیوه درمانی، از درمان‌های نسل جدید و نوین می‌باشد و بر خلاف اکثر روش‌های رایج کلاسیک و سنتی روان‌درمانی، به حذف کامل و سرکوب فکر و عوامل مزاحم نمی‌پردازند، بلکه در آنها کنار آمدن و پذیرفتن شرایط سخت، مطرح و آموزش داده می‌شود. هر دوی این مداخلات درمانی تشخیص محور نیستند و اعتقاد چندانی به طبقه‌بندی اختلالات روانی ندارند. درباره عدم تفاوت تأثیر درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش، بر اضطراب مرگ در سالمندان می‌توان بیان نمود که این سالمندان علاوه بر تحمل پریشانی و عدم پذیرش شرایط برآمده از بیماری خود، درگیر بی‌معنایی و پوچی می‌گردند، که این عوامل سبب بروز مشکلات روان‌شناختی زیادی در آنها می‌شود، که یکی از آنها اضطراب مرگ می‌باشد. درمان مثبت‌نگر سبب شده است تا سالمندان در بسیاری از موارد قبول کنند که داشتن بیماری و اختلالات حرکتی لزوماً به معنای مرگ و پایان زندگی نیست. در این نوع درمان ماهیت اثر، پیامدها و همچنین شیوه‌های مقابله با افسردگی، اضطراب و نگرانی‌های سالمندان با آنها مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته و در این نیز زمینه آموزش‌هایی به آنها ارائه شده است. انجام این تکالیف باعث کاهش اضطراب مرگ در آنها شده است. علاوه بر این درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به این افراد به آنها کمک می‌کند تا بیماری و همچنین شرایط برآمده از آن را آگاهانه بپذیرند و در قبال آن، اعمال متعهدانه‌ای انجام دهند تا به معنای جدیدی نسبت به وضعیت و بیماری خود دست یابند. بنابراین هر دوی این رویکردها در بهبود اضطراب مرگ در سالمندان به صورت برابر اثربخش بوده‌اند، اما هر کدام با روش‌های منحصر به فرد خود.

فرضیه ششم این مطالعه مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی سالمندان تفاوت وجود دارد تأیید شد که با توجه به تفاوت میانگین نمره‌های هر یک از این گروه‌ها در پس‌آزمون، چنین استنباط می‌گردد که تأثیر درمان

و نوآوری در روانشناسی، با نگاهی ویژه بر رویکردهای درمانی موج سوم، بابل.

قانعی، ر.، پریراد، ن.، و سیمری، ک. (۱۳۹۵). رابطه افسردگی و سندرم متابولیک: مرور سیستماتیک و مطالعه متاآنالیز، قدم پور، ع.، مرادی زاده، س.، و شاه کرمی، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مرکز صدیق شهر خرم آباد. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۶ (۴)، ۵۳-۴۴.

کبیری نسب، ی.، و عبدالله‌زاده، ح. (۱۳۹۶). آبان. تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، افسردگی مرگ و شرم درونی سالمندان، ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.

کیفیت خواب افراد مسن. مجله سالمند، ۵ (۱۶)، ۷-۱۵.  
گلستانی فر، س.، و دشت بزرگی، 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)، ۲۲۳-۱۹۱.

مسعودی، ش.، حاتمی، ح.، مدرس، غروی، م.، و بنی جمالی، ش. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۹ (۳۹)، ۴۶-۳۷.

مؤمنی، خ. م.، امانی، ر.، مجذوبی، م.، ر.، و محبی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی خاطره پردازي ساختارمند گروهی بر افسردگی و عزت نفس زنان. علوم رفتاری، ۱ (۳)، ۲۹۴-۲۸۷.

نظیری، ق.، بهزادی پور، س. و ادیبی پارسا، ب. (۱۳۹۴). ارزیابی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود افسردگی در سالمندان. نخستین همایش بین‌المللی روانشناسی و مشاوره (چالش‌ها و فرایندها). تهران.

نقی پور، م.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر ایده‌پردازی خودکشی و اضطراب مرگ سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۶ (۴)، ۳۶۷-۳۵۷.

نوذری، س. (۱۳۹۸). پدیدارشناسی اضطراب و مرگ از منظر هایدگر و فروید در پدیدآیی و درمان بیماری‌های روانی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.

وصال، م. (۱۳۹۳). پیش‌بینی افسردگی بر اساس ادراک درد و کیفیت خواب با واسطه‌گری فاجعه‌سازی درد در بیماران

باقرزاده، م. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب مرگ و اضطراب وجودی بر اساس حساسیت اضطرابی در سالمندان در بازده زمانی بیماری کرونا (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان.

برقی ایرانی، م.، عباسی، م.، خانبابایی قلعه‌یی، پ.، و رضایی، ش. (۱۳۹۹). تأثیر درمان مثبت‌نگر بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان. مقاله ارائه شده در چهارمین همایش ملی روانشناسی دانشگاه پیام نور، رشت.

تقی پور، ا.، و شهبابی، م. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر تاب‌آوری و افسردگی گروهی از سالمندان تهرانی مقیم آسایشگاه. نشریه روان‌شناسی فرهنگی، ۱ (۴)، ۹۸-۸۷.

حسین نظری، ن.، نجات، ح.، و صفاریان طوسی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۱ (۱)، ۳۸-۲۵.

حمیدی، ا.، سیفی قزولو، ج.، شریفی، گ.، و لواسانی، م. (۱۳۹۳). رابطه بین ارزش‌های شخصی و اضطراب مرگ در بیماران MS. مجله روانشناسی، ۱۷ (۴)، ۳۸۰-۳۶۵.

خدابخشی کولایی، آ.، حیدری، ف.، و زنگنه مطلق، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی-ترکیبی دعا و روان‌شناسی مثبت‌نگر بر معناجویی و اضطراب مرگ در سالمندان زن معلول جسمی-حرکتی. پژوهش در دین و سلامت، ۴ (۲)، ۱۶-۲۸.

رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۵ (۴)، ۳۴۴-۳۳۱.  
روشنی، خ. (۱۳۹۱). رابطه باورهای مذهبی و رضایت از زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. سالنامه تحقیقات بیولوژیکی، ۳ (۹)، ۴۴۰۵-۴۴۰۰.

سجادی، ح.، محقق کمال، ح.، وامقی، م.، فروزان، ا.، رافعی، ح.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۹۲). بررسی سیستماتیک شیوع و عوامل خطر مرتبط با افسردگی و آن درمان در سالمندان ایرانی. مجله پیری ایران، ۷ (۲۷)، ۷-۱۵.

شریفی ساکی، س.، علی‌پور، ا.، آقاییوسفی، ع.، محمدی، م. ر.، غباری بناب، ب. (۱۳۹۸). سبک‌های دلبستگی به خدا و افسردگی با میانجی‌گری اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. دین و سلامت، ۷ (۲)، ۱۱-۱.

صدری دمیرچی، ا.، و رمضانی، ش. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۲ (۱)، ۱۲-۱.

عابدی، ن.، تاشک، آ.، خضری مقدم، ن.، و ابراهیمی میمند، ح. (۱۳۹۹). فروردین. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی اضطراب مرگ سالمندان، همایش ملی پژوهش

- Ghadmpour, A., Moradizadeh, S., & Shah Karami, M. (2019). Evaluation of the effectiveness of mindfulness training on reducing loneliness and death anxiety in the elderly in Siddiq Center of Khorramabad. *Razi Journal of Medical Sciences*, 26 (4), 44-53. [Persian]
- Ghanei, R., Parizad, N., & Sayehmiri, K. (2016). The relationship between depression and metabolic syndrome: systematic review and meta-analysis study. *Iranian Red Crescent*, 18(6), 243-265. [Persian]
- Golestanifar, S., & Dashtbozorgi, Z. (2019). The Effectiveness of administration based on acceptance and commitment on depression, psychological health and life expectancy with non-final depression. *Aging Psychology*, 6(3), 191-223.
- Hamidi, O., Seifi Ghozlu, J., Sharifi, G., & Lavasani, M. (2013). The relationship between the personal values and death anxiety among MS patients. *Journal of Psychology*, 17(4), 365-380. [Persian]
- Hayes, SC. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-237.
- Hoshyar, F., Hoshyar, J., & Shiri, K. (2015, June). *The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and death anxiety in the elderly of Pasargad*. Paper presented in National Conference on the Third Millennium and Humanities, Shiraz. Retrieved from <https://civilica.com/doc/398833/> [Persian]
- Hossein Nazzari, N., Nejat, H., & Safarian Tusi M. (2022). Comparison of the effectiveness of the treatment of therapy with admission and commitment treatment on the anxiety of the elderly death. *Aging Psychology*, 8 (1), 25-38. [Persian]
- Imran, A., Azidah, A., Asrenee, A., & Rosediani, M. (2014). Prevalence of depression and its associated factors among elderly patients in outpatient clinic of Universiti Sains Malaysia
- میتلا به رماتیسیم مفصلی سالمند (پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه شیراز، شیراز.
- ولایی، ن.، و زالی‌پور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی معنا درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۵(۱)، ۴۹-۵۵.
- هوشیار، ف.، هوشیار، ج.، و شیرینی، ک. (۱۳۹۴، خرداد). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و اضطراب مرگ سالمندان شهرستان پاسارگاد. مقاله ارائه شده در کنفرانس ملی هزاره سوم و علوم انسانی، شیراز.
- یعقوبی، م.، پیمان، ح.، سید محمدی، ع.، و دل‌پیشه، ا. (۱۳۹۱). شیوع بیماری‌های مزمن در افراد مسن در ایلام، *مجله سالمند*، ۶(۴)، ۱۳-۷.

## References

- Abedi, N., Tashk, A., Khezri Moghadam, N, and Ebrahimi, M, (2019, April). *The effectiveness of administration based on acceptance and commitment on the anxiety of the death of the elderly*. Paper presented in the National Conference on Research and Innovation in Psychology, with a special look on the third wave therapies approach, Babylonia. [Persian]
- Ahmadi, V., & Valizadeh, H. (2021). The Effectiveness of adjustment based on admission and commitment on quality of life and anxiety of the elderly death. *Aging Psychology*, 7 (2), 166-153. [Persian]
- Bagherzadeh, M. (2021). Predictive anxiety of death and existential anxiety based on anxiety sensitivity in the elderly in the time of the disease of Corona, Masters of the Art, Islamic Azad University. [Persian]
- Barghi Irani, M., Abbasi, M., Khanbabai Ghaleii, C., and Rezaei, Sh. (2019, September). The effect of a positive treatment on death anxiety and loneliness of the elderly. The article provided in the fourth National Conference on Psychology of Payame Noor University, Rasht. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1126558/> [Persian]
- Forman, E. M., & Here, D. (2008). Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice (2nd ed.). Wiley.



- 64(2),134-139.
- Kabiri Nasab, Yad., & Abdollahzadeh, H. (2017, November). *The Effect of adoption and commitment on quality of life, depression and dimension of the elderly*. Paper presented in Sixth Congress of Iranian Psychology, Tehran. [Persian]
- Khudabakhshi Kolaei, A., Heidari, F., & Zanganeh Motlagh, F. (2018). The effectiveness of group prayer-combination therapy and positivist psychology on semantics and death anxiety in elderly women with physical disabilities. *Research in religion and health, 2*(4), 16-28. [Persian]
- Kim, O., Byeon, Y-S., Kim, J-H., Endo, E., Akahoshi, M., & Ogasawara, H. (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research, 3*(2), 63-70.
- Krause, N. (2006). Gratitude toward God, stress, and health in late life. *Research on Aging, 28* (2), 163-183.
- Lopez, S. J., Snyder, C. R., & Pedrotti, J. T. (2006). Hope: many definitions, many measures. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychological Assessment: A handbook of models and measures* (PP. 91-106). American Psychological Association.
- Magyar Moe, J. L. (2009). *Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions*. Cambridge: Academic Press.
- Masoudi, S. H., Hatami, H., Modares Gharavi, M., & Bani Jamali, Sh. (2016). The Mediating role of early maladaptive schemas in relationship between attachment styles and anxiety of death among cancer patients. *Thought & Behavior in Clinical Psychology, 9*(39), 37-46. [Persian]
- Momeni, K., Amani, R., Majzoobi, M. R., & Mohebi, Z. (2014). The Effectiveness of structured group reminiscence on depression and self-esteem of older women. *International Journal of Behavioral Sciences, 8*(3), 287-294. [Persian]
- Mueller, T. I., Kohn, R., Leventhal, N., Leon, A. C., Solomon, D., Coryell, W. (2013). The course of depression in elderly patients. *Hospital. The Medical Journal of Malaysia, The American journal of geriatric psychiatry, 12*(1), 22-9.
- Naghypour, M., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2020). The effectiveness of positive psychology on suicidal ideation and death anxiety in the elderly. *Psychology of Aging, 6* (4), 367-357. [Persian]
- Naziri, gh., Behzadipour, S., & Adibi Parsa, B. (2015, May). The effectiveness of group treatment and commitment based on the acceptance of the depression in the elderly. *Paper presented in the first international conference of psychology and consulting (challenges and processes)*. <https://www.civilica.com/doc/765780/> [Persian]
- Nozari, S. (2019). Phenomenology of anxiety and death from Heidegger and Freud's perspective in the phenomenon and treatment of psychological diseases, Masters of the Masters, Allameh Tabataba'i University, Faculty of Psychology and Science. [Persian]
- Peterson, C., & Seligman, M, EP. (2004). "Learned helplessness: A thory for the age of person control newyork": oxford university press.
- Roshani, Kh. (2012). Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Annals of Biological Research, 3*(9), 4400-4405. [Persian]
- Sadri Demirchi, A., Mohammadi, N., Ramezani, Sh., & Amanzad, Z. (2018). Evaluation of the effectiveness of group spiritual therapy on happiness and psychological hardiness of elderly women. *Research in Religion and Health, 4*(2), 42-53. [Persian]
- Sajadi, H., Mohaqeqi kamal, H., Vameghi, M., Forozan, A., Rafei, H., & Nosratabadi, M. (2013). Systematic review of prevalence and risk factors associated with depression and its treatment in Iranian elderly. *Iranian Journal of Ageing, 7*(27), 7-15. [Persian]
- Seligman, M. (2010). Authentic happiness: Using the new positive psychology to



- realize your potential for Lasting Fulfilling. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(3), 410-421.
- Sharifi Saki, S., Alipour, A., AghaYousefi, A., Mohammadi, M R., & Ghobari Bonab, B. (2020). Relationship of Attachment Styles to God and Depression with Death Anxiety as a Mediator among Women with Breast Cancer, *Religion and health*, 7(2), 1-11. [Persian]
- Snyder, C. R. (2002). "Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(2), 249-275.
- Snyder, C.R., & Yamhure, L. C. (2000). *Heartland Forgiveness Scale. Unpublished manuscript, University Kansas, Lawrence.*
- Taghipour, O; & Shahabi, M. (2019). The effect of positive education on the resilience and depression group of the elderly of Tehrani residential sites, *the Journal of Cultural Psychology*, 1 (4), 87-98. [Persian]
- Templer, D. I (1970). The construction and validation of a Death Anxiety scale, *Journal of General Psychology*, v. 82, p. 165-177.
- Vesal, M. (2014). Depression prediction based on pain perceptions and sleep quality with the patient's catastrophic interference in patients with elderly articular contemporary, Masters of the Masters, Shiraz University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. [Persian]
- Wilson, KG., Sandoz, EK., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychol Record*, 6(3), 249-72.
- Yaghobi, M., Peiman, H., Seyedmohamadi, A., & Delpisheh A. (2012). *Prevalence of choronic diseases in the elderly in Ilam.* *Salmand*, 6(4), 7-13. [Persian]
- Zenden, V. (2016). Dysthymia and major depression: distinct conditions or different stages along a one-dimensional continuum? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4), 335-346.