

## The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer

### ABSTRACT

**Background and Objective:** Aging is a critical period of life and attention to the issues and needs of this stage is a social necessity. In recent years, aging has become one of the most important public health issues. Therefore, the main purpose of the present study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on improving quality of life in elderly with cancer.

**Materials and Methods:** The present study was a quasi-experimental study with pretest-posttest design. In this study, 30 people were selected by convenience sampling. Quality of life questionnaire and mental health questionnaire were used for data collection. After pre-test, the study sample received 8 training sessions. Analysis of the results of covariance analysis was performed in spss23 software.

**Results:** The results showed that treatment of admission and commitment in elderly people significantly increased in comparison with the control group, quality of life and its dimensions (physical, psychological, environmental and social dimensions) ( $p < 0.05$ ). The treatment also significantly increased mental health in the elderly ( $p < 0/05$ ).

**Conclusion:** The results showed that acceptance and commitment training led to an increase in quality of life. Therefore, given the increasing population of elderly in developing societies including Iran and the need to pay attention to the physical and psychological health of this population, this training can be used to improve the quality of life of the elderly.

**Keywords:** Acceptance and Commitment, quality of life, mental health, elderly, Cancer.

**Paper Type:** Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Hashemi Z, Afshari A, EinyS. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. *Iran J Health Educ Health Promot. Spring 2020*;8(2): 160-171. [Persian]x

► **Citation (APA):** Hashemi Z., Afshari A., EinyS. The effectiveness of acceptance and commitment education on improving the mental health and quality of life of elderly people with cancer. (Summer 2020). Conc... . *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 8(2), 160-171. [Persian]

#### Zohreh Hashemi

\* Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of maragheh, maragheh, Iran. (corresponding author):

zhashemi1320@gmail.com

#### Ali Afshari

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of maragheh, maragheh, Iran.

#### Sanaz Einy

PhD in Psychology, Faculty of Humanities, University of Ardabil, Ardabil, Iran

Received: 04 August 2019

Accepted: 22 October 2019

Doi: 10.29252/ijhehp.8.2.5

## اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان

### چکیده

**زمینه و هدف:** سالمندی دوره ای حساس از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورتی اجتماعی به شمار میرود. در سالهای کنونی پیر شدن جمعیت به یکی از مهم ترین مسائل بهداشت عمومی تبدیل شده است. از این رو هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان بود.

**مواد و روش ها:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود. در این پژوهش ۳۰ نفر از طریق نمونه گیری به صورت در دسترس انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت روان استفاده شد. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمون به مدت ۸ جلسه آموزش را دریافت کردند. تجزیه تحلیل نتایج از تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS23 انجام شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد آموزش پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت زندگی و ابعاد آن (بعد جسمانی، روان شناختی، محیطی و اجتماعی) را در سالمندان به طور معناداری افزایش داد ( $P < 0/05$ ). همچنین این آموزش سلامت روان را در سالمندان را به طور معناداری افزایش داد ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج نشان داد آموزش پذیرش و تعهد، افزایش کیفیت زندگی را در پی دارد. از این رو با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جوامع در حال توسعه از جمله ایران و لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی اینقشر میتوان از این آموزش برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان بهره برد.

**کلید واژه:** آموزش پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سلامت روان، سالمندان، سرطان.

**نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.

#### زهره هاشمی

\*استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران. (نویسنده مسئول)  
E-mail: zhashemi1320@gmail.com

#### علی افشاری

استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

#### ساناز عینی

دکترای روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اردبیل اردبیل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۳۰

◀ **استناد (ونکور):** هاشمی زافشاری ع، عینی س. اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۳۹۹؛ ۸(۲): ۱۶۰-۱۷۱.

◀ **استناد (APA):** هاشمی، زهره؛ افشاری، علی؛ عینی، ساناز. (تابستان ۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۸(۲): ۱۶۰-۱۷۱.

## مقدمه

سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگشود (۱)، هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی‌شود، در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده‌شده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیماری می‌شود. بین ۵۲ تا ۱۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم زمان از یک اختلال روان پزشکی رنج می‌برند. تشخیص و درمان سرطان سبب اختلال در الگوی خواب، ایجاد علائم جسمی، اختلال در عملکرد شناخت، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد شده و در نهایت کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌نماید. نوع روش درمانی، بر کیفیت زندگی اثر دارد و درمان‌های سرطان توأم با عوارضی هستند که بطور کوتاه مدت یا طولانی مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد. در این میان هر چه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (۱).

از طرفی سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله، ضرورت اجتماعی به شمار می‌رود. در این دوره سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل، توانایی انسان کاهش می‌یابد و زمینه بسیاری از بیماری‌ها از جمله سرطان ایجاد می‌گردد. این روند موجب افزایش ناتوانی و کاهش تصاعدی و پیش رونده در توانایی حرکتی و عملکرد حافظه، کاهش استقلال و افزایش وابستگی سالمندان به دیگران می‌شود (۲، ۳). سالمندی فرآیندی تدریجی است که با رشد و تکامل مداوم مشخص می‌شود. این فرایند متوقف یا معکوس نمی‌شود، اما با مراقبت صحیح می‌توان روند آن را کند کرد (۴ و ۵). بر این اساس، با در نظر گرفتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که به طور عمده مورد غفلت قرار می‌گیرد (۶).

کیفیت زندگی، شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد فرد را در بر

می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است. مشکلات و مسائل متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تاثیر دارد (۷). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در همه کشورها عمر طولانی، یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است، به شرط آنکه بر کیفیت زندگی و شمار سال‌های عمر توجه بیشتری شود، بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها نیاز دارد و این مقوله فقط از طریق اندازه گیری کیفیت زندگی ممکن است (۸). کیفیت زندگی در پیری شنا سی از دیدگاه‌های نظری مختلف عبارت است از رضایتمندی از زندگی که نتیجه اولیه سالمندی موفق محسوب می‌شود (۹). همچنین متخصصان در زمینه ی پیری شنا سیکیفیت زندگی را توانایی کارکردی می‌دانند و تا حدی آن را به شادکامی، درد، میزان انرژی، کنترل فردی و احترام به خویش برمیگردانند (۱۰)، عده ای نیز معتقدند سالمندی موفق یا کیفیت زندگی در سالمندی شامل شرایط مساعد در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی - اقتصادی و مذهبی است (۱۱).

یافته‌های Chen (۱۲)، Yeung & Fung (۱۳)، و West away و همکاران (۱۴)، Good (۱۵)، و Berg (۱۶) حاکی از آن است که میزان شادکامی و رضایت از زندگی با افزایش سن کاهش می‌یابد. بیشتر مشکلاتی که سالمندان به آن روبرو هستند، مشکلات جسمی و مسائل روحی از جمله ناامیدی و افسردگی است (۱۷). همچنین با افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان، مشکلات مربوط به سلامت روان بیشتر اهمیت می‌یابد (۱۸). سلامت روان به قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب اشاره دارد (۱۹). مشکلات مرتبط با سلامت روان نیز با نشانه‌های جدی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه و زوال عقل، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی، در سالمندی شایع هستند و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد جمعیت سالمندان به آن مبتلا هستند (۲۰). سازمان بهداشت جهانی سلامت را یک حالت از سلامتی کامل

بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی، به این نتایج رسیدند که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تنیدگی ادراک شده مثبت را افزایش‌تندگی ادراک شده منفی را در بیماران قلبی-عروقی کاهش دهد. Wethrell و همکاران (۲۸) به بررسی اثربخشی درمان فردی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی ۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب منتشر پرداختند و انجام مداخله مذکور سبب کاهش نگرانی و افسردگی در افراد سالمند گردید. OConnor ، Davison ، Epping stall ، Runci و (۲۹) به بررسی اثربخشی یک مداخله درمانی بر اساس پذیرش و تعهد برای بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در افراد مسن ساکن در مراکز مراقبت بلند مدت پرداختند. در این پژوهش چهل یک نفر از ساکنان بین ۶۳ تا ۹۷ سال شرکت کردند. برای این افراد ۱۲ جلسه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و بعد از آن یک پیگیری سه ماهه نیز انجام گرفت. نتایج نشان داد که افسردگی این گروه بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل ملاحظه ای پایین تر آمده است. Feros و همکاران (۳۰) در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان تاثیر مثبت و معنی داری دارد. با توجه به اهمیت مسایل سالمندان این پژوهش بر آن است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان مبتلا به تاثیر دارد؟

### روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با در نظر داشتن دو گروه آزمون و کنترل و اجرای پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق، شامل تمام سالمندان زن (۵۵ تا ۶۵ سال) شهر تبریز بود. حجم نمونه پژوهش به تعداد ۳۰ نفر بود که از بین سالمندان زن به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. در راستای اجرای پژوهش مصاحبه بالینی بر مبنای DSM5 برای داوطلبان جهت

اجتماعی، روانی و جسمی، نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی بیان می‌کند (۲۱). سلامت روان به عنوان درک ما از توانایی‌های خودمان، سازگاری با فشارهای عادی زندگی، بهره‌وری شغلی و سهمیم بودن در اجتماع تعریف شده است (۲۲). از نظر فیشرمن Fishman به نقل از Ganji (۲۳) ملاک‌های مهم سلامت روانی عبارتند از: شناخت خود و محیط، استقلال فردی، رفتار بهنجار و منطبق با معیارهای جامعه و یکپارچگی شخصیت. فردی که سالم است قادر به مقابله و تنظیم فشارهای مکرر زندگی روزمره در یک راه قابل قبول است. شواهد بسیاری وجود دارد که وقایع ناگوار ممکن است به کاهش سلامت روانی منجر گردد و اضطراب و افسردگی را افزایش دهد (۲۴).

درمان پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند. در واقع هدف این نوع درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. مراد از انعطاف‌پذیری روانشناختی، توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر درمان تعهد و پذیرش به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (۲۵).

در پژوهش‌های متعددی بر اهمیت و ضرورت کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه از مولفه‌های سلامت روان تأکید شده است از جمله Bohlmeijer و همکاران (۲۶) اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بزرگسالان مبتلا به نشانه‌های افسردگی را نشان دادند. در این بررسی بزرگسالان مبتلا به اختلال خفیف تا متوسط با میانگینسنی ۴۹ سال مورد بررسی قرار گرفتند و بعد از اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پیگیری ۳ ماهه آن، کاهش قابل توجهی در اضطراب و خستگی مشاهده شد. کاکاوند و همکاران (۲۷) در تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی

در درمان‌های روانشناختی دیگر، بروز بیماری میان گروه آزمون و ناتوانی از ادامه آموزش.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که تعداد ۱۵ نفر از افراد آموزش‌های زیر را دریافت کردند: خود توانمند سازی، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن مشکلات، آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد در جلسات اولدر جلسات بعدی آموزش‌هایی در زمینه ناامیدی خلاقانه، گسلش شناختی و کار بر روی ارزش‌ها و ارزیابی اهداف و اعمال صورت گرفت. در جلسه آخر به جمع بندی و رفع موانع عمل متعهدانه پرداخته شد. آموزش‌های انجام شده به تفکیک جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

اطمینان از نبود اختلالات بالینی ناتوان کننده مانند دمانس صورت گرفت. یک گروه، به عنوان گروه آزمون و یک گروه به عنوان گروه کنترل به طور تصادفی انتخاب شدند و در کلینیک هلال احمر تبریز تحت آموزش قرار گرفتند. در این پژوهش دو گروه آزمون و کنترل دوبار مورد اندازه گیری قرار گرفتند. یک بار قبل از شروع آموزش و بار دوم بعد از اتمام آموزش‌ها گروه آزمون، آزمایش مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارائه داده شد، درحالی که به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشد. ملاک‌های ورود: سن بالاتر از ۵۰ سال، نبود اختلالات عصبی-شناختی و مشکلات حسی-حرکتی و داشتن تحصیلات بالاتر از سوم راهنمایی ملاک‌های خروج: شرکت همزمان

### جدول ۱: خلاصه جلسات درمان تعهد و پذیرش

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد اضطراب اجتماعی و خودتوانمندسازی، اجرای پیش آزمون
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در افراد نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، مطرح کردن مفهوم کنترل به عنوان مشکل
جلسه ۳	آموزش نومیادی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکل‌هایی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است.
جلسه ۴	ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف
جلسه ۵	کار روی مفهوم گسلش و تمرین «قدم زدن با افکار» و مفهوم پذیرش و استعاره، آموزش زندگی ارزش مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و تکالیف
جلسه ۶	کار روی مفهوم ارزش‌ها و ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها و فعالیت متعهدانه
جلسه ۷	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد
جلسه ۸	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه و جمع بندی

نمره کل در حد رضایت بخشو بین ۰/۷۲ و ۰/۸۷ متغیر بود (۳۱).

**پرسشنامه کیفیت زندگی.** داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت جمع آوری شد. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. Bonomi و همکاران (۳۲) در بررسی‌های خود پایایی درون آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمودند. این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شده است. استاندارد سازی، ترجمه و روان سنجی‌گونه ایرانی توسط Montazeri & Naine (۳۳) صورت گرفت که مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد و برای روایی محتوایی ابتدا پرسشنامه دو مرتبه به فارسی ترجمه شد. سپس مطالعه آزمایشی

### ابزار تحقیق

**پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ.** این آزمون ۲۸ سوال دارد که چهار زیر مقیاس را در برمی گیرد. زیر مقیاس اول شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است و نشانه‌های بدنی را در برمی گیرد. زیر مقیاس دوم با اضطراب و بیخوابی، زیر مقیاس سوم با توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره و چهارمین زیر مقیاس در برگزیده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط است. سیستم نمره گذاری از صفر تا ۳ را در برمی گیرد. پایایی این پرسشنامه به سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده است که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شده است. همچنین برای مطالعه روایی پرسشنامه با

روایی صوری آن را با اطمینان بالایی تایید کرد این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. اصلا برابر با یک و خیلی زیاد برابر با ۵ است (۳۳).

### یافته‌ها

در این پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی اقداماتی انجام شد. از جمله ی این موارد اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونهی تحقیق از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش بود. همچنین کدهای رایج اخلاق در پژوهش‌های پزشکی بر اساس کدهای ۲۶ گانه مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی شامل ۱۳، ۲ (منافع حاصل از یافته‌ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، ۲۰ (همانگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) و کدهای ۱، ۳، ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها و نماینده قانونی او) در این پژوهش رعایت شده است. پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان انجام گرفت و بادر یافت

رضایت کتبی از شرکت کنندگان انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد همچنین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحقیق جهت تحلیل موارد ذکر شده از نرم افزار آماری SPSS 23 استفاده شد. ۹ از ۳۰ نفر شرکت کننده، ۶۳/۳ درصد از افراد ۵۰الی ۵۵ سال، ۲۰ درصد ۵۶-۶۰ سال، ۱۶/۷ درصد ۶۱-۶۵ سال بودند و سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مقطع راهنمایی ۴۶/۷ درصد، دیپلم ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۲۳/۳ درصد و لیسانس ۳/۳ درصد بود. بر اساس آزمون شیرو-ویلک در تمامی متغیرها با سطح آلفای بزرگتر از ۰/۰۵ بوده و نشان داد که داده‌ها نرمال بودند.

جدول ۲: آزمون میانگین اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سلامت روان

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین			
۱۵	۲/۰۲	۱۲/۷۰	آزمایش	پیش آزمون	افسردگی
۱۵	۲/۶۰	۱۳/۵۵	کنترل		
۱۵	۲/۴۰	۱۲/۸۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۲/۴۰	۶/۸۰	کنترل		
۱۵	۲/۴۴	۱۲/۱۵	آزمایش	پیش آزمون	اضطراب
۱۵	۲/۸۰	۱۳/۲۴	کنترل		
۱۵	۲/۶۰	۱۴/۴۵	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۲/۵۰	۶/۹۰	کنترل		
۱۵	۱/۶۵	۱۱/۲۰	آزمایش	پیش آزمون	شکایات جسمانی
۱۵	۲/۱۸	۱۲/۵۰	کنترل		
۱۵	۱/۸	۱۲/۷۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۱/۹۰	۷/۵۱	کنترل		
۱۵	۱/۸۰	۱۳/۰۰	آزمایش	پیش آزمون	کارکرد اجتماعی
۱۵	۱/۶۰	۱۴/۱۰	کنترل		
۱۵	۱/۴۵	۱۳/۷۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۱/۷۳	۸/۷۰	کنترل		

بر اساس جدول ۲ میانگین اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سلامت روان در پیش آزمون بیشتر از پس آزمون بوده است و گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل با آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از لحاظ سلامت روانی بهبود یافته است.

جدول ۳: آزمون کواریانس اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سلامت روانی

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتای تفکیکی
۱۶۷/۱۰۰	۱	۱۶۷/۱۰۲	۳۴/۶۵۲	۰/۰۰۷	۰/۵۵۰
۳۶۰/۲۵۰	۱	۳۶۰/۲۹۰	۴۹/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
۱۶۳/۹۲۰	۱	۱۶۳/۹۲۳	۵۵/۷۸۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
۱۴۹/۰۷۰	۱	۱۴۹/۰۷۰	۴۵/۲۸۲	۰/۰۰۲	۰/۶۵۰
۹/۰۳۹	۱	۹/۰۴۳	۱/۸۷	۰/۱۵۴	۰/۰۷۰
۶/۳۰۰	۱	۶/۳۵۲	۰/۸۶۰	۰/۳۶۱	۰/۰۳۰
۰/۰۳۲	۱	۰/۰۳۸	۰/۰۱۳	۰/۹۰۸	۰/۰۰۱
۱/۱۶۵	۱	۱/۱۶۶	۰/۳۵۰	۰/۵۵۴	۰/۰۱۳
۱۱۵/۷۰۰	۲۴	۴/۸۲۱			
۱۷۵/۴۰	۲۴	۷/۳۱۱			
۷۰/۵۰۰	۲۴	۲/۹۳			
۷۹/۰۹	۲۴	۳/۲۹			

در جدول ۳ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های سلامت روان در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود اثربخشی درمان معنادار بوده است.

جدول ۴: آزمون میانگین اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین
۱۵	۱/۹۵	۱۲/۹۰
۱۵	۲/۶۰	۱۳/۵۹
۱۵	۲/۵۳	۱۱/۵۲
۱۵	۲/۴۰	۱۹/۸۰
۱۵	۳/۴۹	۹/۹۰
۱۵	۲/۰۸	۱۰/۷۰
۱۵	۲/۱۵	۹/۰۶
۱۵	۲/۴۰	۱۶/۶۹
۱۵	۱/۵۲	۳/۶۰
۱۵	۰/۸۳۰	۲/۶۰
۱۵	۱/۱۰	۳/۱۱
۱۵	۱/۴۰	۵/۰۱
۱۵	۱/۶۰	۱۱/۷۹
۱۵	۱/۷۰	۱۰/۵۹
۱۵	۱/۹۰	۹/۷۰
۱۵	۲/۰۸	۱۳/۲۹۹



بر اساس جدول ۴ میانگین اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در پیش آزمون بیشتر از پس آزمون بوده است و میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در کیفیت

جدول ۵ آزمون کواریانس اثربخشی پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مجموع مربعات آزادی	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتای تفکیکی	
۴۶۰/۴۲۰	۱	۴۶۰/۴۲۱	۷۰/۲۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵	سلامت جسمانی
۳۵۵/۴۲۰	۱	۳۵۵/۴۲۳	۶۸/۱۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰	سلامت روان
۲۳/۸۲۰	۱	۲۳/۸۲۷	۱۲/۷۸۰	۰/۰۰۲	۰/۳۴۰	رابط اجتماعی
۹۴/۲۸۰	۱	۹۴/۲۸۴	۲۴/۰۲۰	۰/۰۰۹	۰/۵۰۰	سلامت محیط
۰/۰۳۵	۱	۰/۰۳۸	۰/۰۰۲	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱	سلامت جسمانی
۷/۴۵۰	۱	۷/۴۵۴	۰/۳۶۰	۰/۵۵۰	۰/۰۱۳	سلامت روان
۰/۷۳۱	۱	۰/۷۳۰	۰/۲۸۰	۰/۵۹۰	۰/۰۱۰	رابط اجتماعی
۰/۵۲۰	۱	۰/۵۲۰	۰/۰۶۵	۰/۷۹۰	۰/۰۰۲	سلامت محیط
۱۵۷/۲۹۵	۲۴	۶/۵۵۰				خطا
۱۲۵/۰۹۶	۲۴	۵/۲۱۲				سلامت روان
۴۴/۷۱۳	۲۴	۱/۸۰				رابط اجتماعی
۹۴/۲۰۰	۲۴	۳/۹۰				سلامت محیط

در جدول ۵ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. اثر اصلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز معنادار است.

در جدول ۵ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. اثر اصلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز معنادار است.

در جدول ۵ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. اثر اصلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز معنادار است.

در جدول ۵ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. اثر اصلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز معنادار است.

در جدول ۵ آزمون کواریانس چند متغیره برای مقایسه زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. جهت بررسی همگنی رگرسیون و فقدان تعامل بین گروه‌ها با نمرات پیش آزمون، مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج این فرض مورد تأیید قرار گرفت. اثر اصلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نیز معنادار است.

### بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان مبتلا به سرطان بوده است و نتایج حاصل از یافته‌ها بدین شرح است: نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های سلامت روان سالمندان مؤثر بوده است و با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله Perehayati (۳۴)، Yazerloo و همکاران



مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل بوده و برای حل مساله اقدام کنند چنین وضعیت به نوبه خود می تواند زمینه بهبود عملکرد را در مسائل روان شناختی فراهم نماید. نتیجه تمام مداخلات روش ACT (پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، زندگی در زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه) افزایش کیفیت زندگی است. آموزش پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانها و تجارب درونی، با هدایت کردن بیمار به سوی آگاه شدن از احساسات تجارب درونی و هیجانی، پذیرش آنها و استفاده مناسب و به جا از آنها، موجب می شود که افراد سالمند با موقعیتها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آنها را تجربه کنند. در مورد پایداری اثر درمان می توان گفت که شفاف سازی ارزشها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می دهد. علاوه بر این، دو فرآیند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می گیرند که هر دو سبب می شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی شان افزایش یابد.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گیری کرد آموزش پذیرش و تعهد، افزایش کیفیت زندگی را در پی دارد. از این رو با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جوامع در حال توسعه از جمله ایران و لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی این قشر می توان از این درمان برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان بهره برد. پژوهش حاضر نیز همانند مطالعات دیگران با محدودیت هایی مواجه بوده است از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به محدودیت زمانی برای اجرای دوره پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان و محدود بودن آزمودنی ها به جنس مونث اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می شود که دوره های پیگیری برای تداوم اثربخشی و استفاده از زنان و مردان سالمند در پژوهش های آتی صورت پذیرد. از پیشنهاد های کاربردی می توان به موارد زیر اشاره کرد: در مراکز درمانی و مراقبت از سالمندان، دوره ی آموزش پذیرش و تعهد برای این سالمندان برگزار گردد، در کنار درمان های

خود استفاده مفید می کند و با دیگران تفاهم دارد و برای احساس و عواطف مردم اهمیت قائل بوده و آنها را محترم می شمارد. چنین فردی می تواند دوست بدارد و محبت بپذیرد، حقایق را قبول کرده و خود را با آنها وفق دهد و با اجتماع سازش کند، در رویکرد پذیرش و تعهد هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد بر تجربه های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش هایشان است بپردازند. مراجعان با جایگزین کردن «خود به عنوان زمینه» توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. همچنین در این درمان هدف ما تغییر نشانه ها و علامت ها نبود، بلکه هدف تغییر رابطه سالمندان با افکار و احساساتشان بود، به نحوی که دیگر آنها را نشانه نبینند. در واقع ما به جای اینکه صرفاً بر کاهش نشانه ها تأکید کنیم، زمینه ای به تغییر داده ایم که این نشانه های فکر مزاحم (نشانه های افسردگی) یا اجتناب (نشانه های اضطراب)، در آن رخ می دهد و سپس به مراجع کمک کردیم به گونه ای عمل کند که با ارزش هایش منطبق تر باشد در نتیجه این رویکرد همانطور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معناداری در مؤلفه های سلامت روان یعنی نشانه های جسمانی، افسردگی، اضطراب و کارکردهای اجتماعی و افزایش سلامت عمومی این بیماران شد.

همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های کیفیت زندگی سالمندان تاثیر معنادار داشت. نتایج حاصل از یافته ها نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های کیفیت زندگی سالمندان مؤثر بوده است و با یافته های پژوهشگرانی از جمله Sari Zadeh و همکاران (۴۵)، Baratian و همکاران (۴۶)، Mohammadi و همکاران (۴۷) همسو بوده است. در تبیین فرضیه حاضر می توان گفت این مداخله موجبات ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان را فراهم آورد زیرا کمک کرد از نظر روان شناختی پذیراتر شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام

با اعضای کم سواد و بی سواد انجام گیرد و علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده گردد.

**تشکر و قدردانی:** بدینوسیله از کلیه شرکت کنندگان و همکاران محترم در هلال احمر تبریز تشکر و قدردانی می‌نمایم.

**تضاد منافع:** در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## References

1. Bagheri moghimi behbadi M, Mazaheri M. Study of Coping Styles and Self-efficacy In Women with Breast Cancer for Women in the General. *Journal of Health Literacy*. 2019;4(3):66-76. [DOI:10.22038/jhl.2019.41165.1061]
2. Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *BMC Public Health*. 2007; 7 (7):261-270 [DOI:10.1186/1471-2458-7-261] [PMID] [PMCID]
3. Estebarsari F, RahimiKhalifeh Kandi Z, Estebarsari K, Mostafaei D. Elderly Friendly City Concepts and Indicators. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(1):5-9. [DOI:10.29252/ijhehp.8.1.5]
4. 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*. 2019;7(4):359-70. [DOI:10.29252/ijhehp.7.4.359]
5. Masoudi R, Soleimani M, Hashemi NA, Qorbani M, Pour Dehkordi A, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):57-64
6. Simonetti JP, Ferreira JC. Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42(1):19-25. [DOI:10.1590/S0080-62342008000100003] [PMID]
7. Young HM, Cochrane BB. Healthy aging for older women. *Nursing clinics of North America*. 2004; 39(1):131-43. [DOI:10.1016/j.cnur.2003.11.008] [PMID]
8. Sajadi H, Biglarian A. Woman aging life quality kahrizak charity hospice. *Payesh*. 2005; 5(2):105-08.
9. Ghahremani L, Kaveh MH, Tehrani H, Orooji A, Jafari A. Assessment of the theory of planned behaviour in predicting potential intention and behaviour of positive thinking among a school-based sample of Iranian adolescents: a path analysis. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*. 1-11. [DOI:10.1017/jgc.2020.13]
10. Frisch MB. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*: John Wiley & Sons; 2005.
11. Akamatsu K, Saito A, Wada T, Ishine M, Roriz-Cruz M, Okumiya K, et al. Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in a residential care home in an urban area in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*. 2005; 5(1):53-58. [DOI:10.1111/j.1447-0594.2005.00270.x]
12. Chen C. Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research*. 2001;54(1):57-79. [DOI:10.1023/A:1007260728792]
13. Yeung GT, Fung HH. Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *European Journal of Ageing*. 2007; 4(4):219-27. [DOI:10.1007/s10433-007-0065-1] [PMID] [PMCID]
14. West away MS, Olorunju SA, Rai LCJ. Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*. 2007; 16(8):1425-438. [DOI:10.1007/s11136-007-9245-x] [PMID]
15. Good GA. Life satisfaction and quality of life of older New Zealanders with and without impaired vision: a descriptive, comparative study. *European Journal of Ageing*. 2008; 5(3):223-31. [DOI:10.1007/s10433-008-0087-3] [PMID] [PMCID]
16. Berg AI, Hassing LB, Thorvaldsson V, Johansson B. Personality and personal control make a difference for life satisfaction in the oldest-old: Findings in a longitudinal population-based study of individuals 80 and older. *European Journal of Ageing*. 2011;8(1):13-20. [DOI:10.1007/s10433-011-0181-9] [PMID] [PMCID]
17. Bailey TC, Snyder C. Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*. 2007; 57(2):233-42. [DOI:10.1007/BF03395574]
18. Brettle A, Hill A. Counseling older people, *Social Work Practice*. 2006; 20(3): 281-297. [DOI:10.1080/02650530600931807]
19. Seyed Ahmadi M, keyvanlou F, koushan M, Mohammadi Raouf M. Comparing the mental health of athlete and

رایج به علائم روانشناختی این بیماران سالمند نیز توجه گردد، پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی بر روی سالمندانی که از لحاظ روحی دچار بیماریهای روانی هستند انجام گردد تا نتایج دقیق حاصل گردد، همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش مؤثرتر در امر انتقال روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برخورد

- non- athlete university students. Journal of Sabzevar University of medical sciences. 2010; 17 (2): 116-122.
20. Mortazavi S, Eftekhari Ardebili H, Mohamad K, Dorali Beni R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. Payesh Health Monit. 2011; 10 (4): 485-92.
  21. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015;14(2):231 [DOI:10.1002/wps.20231] [PMID] [PMCID]
  22. Healy LM. Exploring the history of social work as a human rights profession. International social work. 2008;51(6):735-48. [DOI:10.1177/0020872808095247]
  23. Ganjeh H, Soufi S. Contribution of self-concept, learning strategies, self-determination motivation, and global self-esteem in academic achievement. Psychological Research. 2015;17(2):11-29.
  24. Vallis M., Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinnman B, Rossi R, Edwards L, Rossi J, Prochaska, L. Stages of change for healthy eating in diabetes: Relationships to Demographic, eating related, health care utilization and psychosocial factors. Diabetes Care. 2013; 2626 (5): 1468-74. [DOI:10.2337/diacare.26.5.1468] [PMID]
  25. Hayes, SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy: 2014. 35(4):639-665. [DOI:10.1016/S0005-7894(04)80013-3]
  26. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx, TA, Pietres ME. Efficacy of an early intervention based for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. Behavior research and therapy, 2011; 49(1): 62-67. [DOI:10.1016/j.brat.2010.10.003] [PMID]
  27. Kakavand A, Bagheri M, Shirmohamadi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reduction in Elderly Patient with Heart Disease. Ancient psychology Quarterly. 2015;3:177-185.
  29. Wethrell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, Petkus AJ. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. Behavior therapy, 2011; 42(1): 127-134. [DOI:10.1016/j.beth.2010.07.002] [PMID] [PMCID]
  30. Davison TE, Eppingstall B, Runci S, OConnor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. Aging & mental health, 2016; 21(7): 766-773. [DOI:10.1080/13607863.2016.1156051] [PMID]
  31. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JTA. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the Quality of life of cancer patients: a preliminary study. Psychooncology 2013. 22(2):459-64.
  32. Taghavi M. The validity and validity of the General Health Curriculum, Journal of Psychology, 2011; 20, 398-381.
  33. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology, 2000; 53(1): 19-23. [DOI:10.1016/S0895-4356(99)00121-3]
  35. Montazeri AH, Naine K. The World Health Organization Impact Assessment Questionnaire. School of Public Health and the Institute for Health Research, 2006; 4 (4): 1-12.
  36. Perekhayati V. Effectiveness of commitment and acceptance therapy on mental health and cognitive function in elderly people with age-related macular degeneration, the conference of modern Iranian and world research in psychology and education of law and social sciences: 2017.
  37. Yazerloo, M T Kalantari, M, Mehrabi, H A Treatment Based on Acceptance and Commitment on Mental Health of Police Officers, Journal of Military Medicine 2017; 1, 20-15.
  38. ArazZadeh, M. A Survey on the Meta-Analysis of Effective Factors on Mental Health of the Elderly, Research in Psychological Health, 2015; 2. 53-42.
  39. Bouali B, Heidarizadeh F, Farhadi, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Type II Diabetic Patients, Journal of Health, 2015; 2, 253-235.
  40. Momeni, K, Karimi, H. Comparison of mental health of elderly residents and non-residents of elderly homes in Kermanshah, Journal of Kermanshah University of Medical Sciences, 2009; 4, 3237-329.
  41. Roberts S, Sedley B. Rationale and Case Study of an 89-Year-Old with Depression and Generalized Anxiety Disorder, Aging & mental Health, 2015; 21, 12-25.
  42. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 Diabetes. J Res Behav Sci. 2013; 11(2):121-8[Persian]
  43. Ruiz FJ. A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. Revisit International de Psicología y Terapia Psicológica 2010; 10(1): 125-62.
  44. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational

- frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 2014; 35(4):639-665. [DOI:10.1016/S0005-7894(04)80013-3]
45. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press. 2010.
46. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*.2006; 44(1):1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006] [PMID]
47. Sari Zadeh, M S, Rafiei Nia, P, Sabahi, P, Farhangi, Mohammad Reza. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life in Patients with Hemodialysis, *Medical Journal of Rafsanjan University*. 2018; 17. 251-242.
48. Baratian, A, Kazemi, A S, Khajeh N, Haghani Zemedani, M, Davarnia, R. The Effect of Treatment Based on Adoption and Commitment on the Quality of Life of Maternal Children with Cancer, *Arminjan Danesh, Medical Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 2017;22, 655-637.
49. Mohammadi, R, Davar, B, Rabiei, M, Salimi, S H. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to quality of life for students of a military center, *Journal of Military Medicine*, 2017, 1, 30-21.