



Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Physical and Psychological Symptoms of Elderly Women

Nazanin Asghari¹ , Mohammad Ebrahim Maddahi^{2,*} , Adis Kraskian
Mojemnari³ , Robab Sahaf⁴ 

¹ Department of Psychology, Islamic Azad University, Kish International Branch, Kish, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Ebrahim Maddahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: aliarab@edpsy.usb.ac.ir

Received: 17 Jun 2019

Accepted: 30 Jul 2019

Abstract

Introduction: Elderly people face with many physical and psychological problems and acceptance and commitment treatment is one of the effective therapeutic methods in improving physical and psychological problems and features. Therefore, present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on physical and psychological symptoms of elderly women.

Methods: In a one quasi-experimental research, 24 people of elderly women referred to two Yas Home and Shayan Armans' rehabilitation centers of Tehran city in 2017 year were selected by available sampling method and randomly assigned into two equal groups (each group 12 people). The experimental group trained by acceptance and commitment group therapy method and the control group didn't receive training. The research instruments were the questionnaires of multidimensional performance measures, geriatric depression and psychological well-being. Data were analyzed in the SPSS-22 software by multivariate analysis of covariance method.

Results: The findings showed that the acceptance and commitment group therapy led to improve the activities of daily living, instrumental activities of daily living, depression and psychological well-being of elderly women ($P < 0.05$), but there was no significant effect on their physical health ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the results, it is recommended that used from the acceptance and commitment group therapy method along with other therapeutic methods to interventions in the field of elderly women health, especially for improve their physical and psychological symptoms.

Keywords: Acceptance and Commitment, Physical Symptoms, Psychological Symptoms, Depression, Psychological Well-being, Elderly



اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند

نازنین اصغری^۱، محمدابراهیم مداحی^{۲*}، آدیس کراسکیان مومجمناری^۳، رباب صحاف^۴

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌الملل کیش، کیش، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمدابراهیم مداحی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: memadahi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۷

چکیده

مقدمه: سالمندان با مشکلات جسمی و روانی فراوانی مواجه هستند و درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود مشکلات و ویژگی‌های جسمی و روانی است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند انجام شد.

روش کار: در یک پژوهش نیمه‌تجربی، ۲۴ نفر از زنان سالمند مراجعه‌کننده به دو مرکز توانبخشی خانه یاس و آرمان شایان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. گروه مداخله با روش درمانی پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه شاهد آموزشی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های سنجش عملکرد چندبعدی، افسردگی سالمندان و بهزیستی روان‌شناختی بودند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-22 با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث بهبود فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان سالمند شد ($P < 0.05$)، اما تأثیر معناداری بر سلامت جسمی آنان نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، توصیه می‌شود که از روش گروه-درمانی پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای مداخلات در زمینه سلامت زنان سالمند به‌ویژه بهبود نشانه‌های جسمی و روانی آنان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: تعهد، علائم جسمانی، علائم روانی، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تقسیم‌بندی سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۶۹ سال به‌عنوان سالمند یا سالمند جوان، ۷۰ تا ۷۹ سال به‌عنوان سالمند سالخورده یا سالمند میان‌سال و ۸۰ سال و بالاتر به‌عنوان سالمند سالخورده‌تر یا سالمند بزرگسال تقسیم می‌شوند [۴]. در تعریفی دیگر سالمندی یعنی داشتن سن بیش از ۶۵ سال و به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید [۵]. با شروع سالمندی و بالا رفتن سن به‌تدریج از فعالیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان کاسته می‌شود و بیشتر آنان مشکلات متعددی مانند بی‌تحرکی و فعالیت‌های اندک، وضعیت اجتماعی و اقتصادی

پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسان‌ها گشته و افزایش جمعیت سالمندان یک پدیده جهانی است که به یک بحران تبدیل شده است [۱]. جمعیت سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی دارای سریع‌ترین رشد است و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی نرخ جمعیت سالمندان تا سال ۲۰۲۵ به حدود دو میلیارد نفر خواهد رسید [۲]. کشور ایران نیز از پدیده سالمندی مستثنی نیست و پیش‌بینی می‌شود که جمعیت سالمندان از ۸/۲۴ درصد سال ۱۳۹۰ به ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یابد [۳]. بر اساس مستندات سازمان بهداشت جهانی، افراد ۶۰ سال و بالاتر به‌عنوان افراد سالمند شناخته می‌شوند و براساس این

بررسی نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی [۱۸-۲۱]، افزایش بهزیستی روانشناختی [۲۲-۲۴] و بهبود عملکرد چندبعدی [۲۵-۲۷] است. برای مثال نتایج پژوهش Levin و Twohig نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود [۱۸]. در پژوهشی دیگر Hor و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد [۲۰]. علاوه بر آن Tracey و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی کودکان در معرض خطر شد [۲۲]. در پژوهشی دیگر سیادت و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و نگرش معنوی مادران دارای فرزند اوتیسم شد [۲۳]. همچنین نتایج پژوهش Vaessen و همکاران نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود فعالیت‌های روزانه و ابزاری شد [۲۵]. در پژوهشی دیگر مسعودی و همکاران گزارش کردند که برنامه خودمراقبتی که در آن از روش‌های ارائه اطلاعات درباره بیماری و فعالیت‌های روزانه، نحوه استفاده از وسایل کمکی و تمرین‌های آرام‌سازی (که در روش پذیرش و تعهد هم از آرام‌سازی استفاده می‌شود) باعث کاهش خستگی و بهبود فعالیت‌های روزانه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد [۲۷]. به طور کلی، با این که پژوهش‌های زیادی درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی انجام شده است، اما پژوهش‌ها کمتر به اثربخشی آن بر روی عملکرد چندبعدی پرداختند و جامعه اکثر پژوهش‌های قبلی سالمندان نبوده است و با توجه به متفاوت بودن سالمندان با سایر گروه‌های سنی نمی‌توان نتایج آنها را به سالمندان تعمیم داد.

انجام فعالیت‌های روزانه زندگی توسط سالمندان (به‌ویژه زنان سالمند) بدون کمک گرفتن از دیگران نقش مهمی در استقلال، افزایش سلامت، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی و کاهش افسردگی آنان دارد، اما غالب سالمندان در انجام چنین فعالیت‌هایی با مشکل مواجه هستند. همچنین با توجه به افزایش آمار جمعیت سالمندان ایران از ۸/۲۴ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۰ [۳] و مشکلات جسمی و روانی بسیاری که سالمندان با آن مواجه هستند، نیاز به استفاده از روش‌های درمانی برای بهبود ویژگی‌های آنان مشخص می‌شود. بنابراین، با توجه به مشکلات جسمی و روانی زیاد در سالمندان، آمار بالا و در حال افزایش آنان، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های روانشناختی، پژوهش‌های اندک درباره اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی سالمندان به‌ویژه بر روی عملکرد چندبعدی آنان و لزوم مداخله جهت بهبود ویژگی‌های آنان، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند انجام شد.

روش کار

طراحی مطالعه

مداخله مطالعه حاضر نیمه‌تجربی بود که در سال ۱۳۹۶ در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر تهران انجام شد. آزمودنی‌ها، پژوهشگر جمع‌آوری‌کننده پرسشنامه‌های پژوهش و متخصص آمار از گروه‌بندی بیماران مطلع نبودند. دلیل انتخاب این نوع روش جلوگیری از تورش و عدم تاثیرگذاری حضور پژوهشگر بر رفتار فیزیکی و روانی

نامطلوب، بیماری‌های جسمی، تنهایی، افسردگی و یأس شدید را تجربه می‌کنند [۶].

بنابراین با توجه به افزایش سن و مشکلات سالمندی، اهمیت استقلال افراد و انجام فعالیت‌های جسمی و شناختی مستقل آنان افزایش می‌یابد [۷]. انجام فعالیت‌های زندگی شخصی به سالمندان این امکان را می‌دهد که استقلال خود را حفظ نمایند و مشارکت اجتماعی و سلامت خود را بهبود بخشند [۸]. در نتیجه، یکی از راه‌های مهم ارتقای سلامت سالمندان بررسی سطح فعالیت‌های آنان در زندگی شخصی است که این امر می‌تواند اطلاعات لازم جهت برنامه‌ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار مراقبان سلامتی سالمندان قرار دهد [۹].

سالمندان با مشکلات روانشناختی متعددی از جمله افسردگی بالا [۱۰] و بهزیستی روانشناختی پایینی [۱۱] مواجه هستند. افسردگی یک مساله جهانی و اختلالی شایع در سالمندان است که بار مالی و روانی بسیاری بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحمیل می‌کند [۱۰]. افسردگی شایع‌ترین و مهم‌ترین عامل آسیب‌زا برای سالمندان است که موجب افت عملکرد روانی-اجتماعی آنان می‌گردد [۲]. بسیاری از سالمندان مبتلا به افسردگی کمتر احساس غمگینی و دل‌تنگی ناشی از افسردگی را بروز می‌دهند و به همین دلیل برخی متخصصان افسردگی سالمندان را افسردگی بدون احساس غم می‌نامند؛ در مقابل سالمندان تمایل بسیاری برای بیان شکایت جسمی به صورت دردهای پراکنده در سراسر بدن دارند [۱۲]. همچنین بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک تجربه شناختی به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد هنگام مقایسه وضعیت موجود با وضعیت ایده‌آل خود احساس رضایت کند [۶]. سالمندان برای داشتن بهزیستی روانشناختی باید به‌طور موفقیت‌آمیزی با چالش‌ها، نیازها و مشکلات زندگی خود مقابله نمایند [۱۳]. سالمندان دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا بیشتر هیجان‌های مثبت (مثل شادکامی و امید) و کمتر هیجان‌های منفی (مثل استرس، خشم و افسردگی) را تجربه می‌کنند [۱۱].

برای بهبود مشکلات و ویژگی‌های جسمی و روانی روش‌های زیادی وجود دارد که یکی از روش‌های درمانی مؤثر برگرفته از موج سوم روان‌درمانی، گروه درمانی پذیرش و تعهد است [۱۴]. گروه درمانی به دلیل فراهم کردن تجربه یکسان بودن، الگوگیری از دیگران و حمایت آنان باعث افزایش سازگاری و کاهش مشکلات روانشناختی می‌گردد [۱۵]. درمان پذیرش و تعهد یک درمان رفتاری موج سوم است که از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی (ایجاد توانایی انتخاب عملی مناسب بین گزینه‌های موجود، نه عملی برای اجتناب از افکار و احساس‌های استرس‌زا) است [۱۶]. این شیوه درمانی از طریق شش فرایند گسلس شناختی (Cognitive defusion)، پذیرش (Acceptance)، ارتباط با زمان حال (Being present)، خود به‌عنوان زمینه (Self as context)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه (Committed action) باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود [۱۴]. برتری این روش درمانی به دلیل استفاده از برخی راهبردها مانند ناامیدی خلاق، آگاهی فعال و تعهد رفتاری است که باعث افزایش سازگاری با مشکلات و کاهش پیامدهای منفی آنها می‌گردد [۱۷].

اقتصادی، سلامت روانی، سلامت جسمی و ظرفیت خودمراقبتی ساخته شد. در این مطالعه از ابعاد سلامت جسمی و ظرفیت خودمراقبتی استفاده شد. سلامت جسمی دارای ۱۲ گویه، فعالیت‌های روزانه زندگی دارای ۷ گویه و فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی دارای ۷ گویه است که با استفاده از طیف شش گزینه‌ای لیکرت (۱= بهترین عملکرد تا ۶=بیشترین اختلال در عملکرد) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات هر بعد سلامت جسمی (۶۰-۱۲)، فعالیت‌های روزانه زندگی (۴۲-۷) و فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی (۴۲-۷) و نمره بالاتر در هر یک از ابعاد به معنای استقلال کمتر و نقص بیشتر در عملکرد می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی ابعاد سلامت جسمی ۰/۸۸، فعالیت‌های روزانه زندگی ۰/۸۵ و فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی ۰/۸۲ گزارش شد [۲۹]. در رساله فلاحی علاوه بر تأیید روایی صوری ابزار با نظر متخصصان، روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأیید و بعد ظرفیت خودمراقبتی به دو بخش فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی و فعالیت‌های غیرابزاری روزانه زندگی تقسیم شد. همچنین پایایی با روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمی ۰/۸۹ و برای فعالیت‌های روزانه زندگی ۰/۷۸ محاسبه شد [۳۰]. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمی ۰/۸۶، فعالیت‌های روزانه زندگی ۰/۸۹ و فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی سالمندان

این پرسشنامه توسط Sheikh and Yasavage با ۱۵ گویه ساخته شد که هم برای معیار ورود و هم برای بررسی تغییرات قبل و بعد از مداخله از آن استفاده شد. گویه‌ها به روش بله و خیر نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۱۵-۰ و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر می‌باشد. در گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ به پاسخ بله نمره ۱ و در گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۱۱ و ۱۳ به پاسخ خیر نمره ۱ داده می‌شود. همچنین نقطه برش این ابزار نمره ۸ است (یعنی نیاز به درمان دارند)؛ به طوری نمره ۴-۰ نشان‌دهنده عدم افسردگی، ۸-۵ افسردگی خفیف، ۱۱-۹ افسردگی متوسط و ۱۵-۱۲ افسردگی شدید است. روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی Beck تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد [۳۱]. در ایران روایی با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تصنیف ۰/۸۹ محاسبه شد [۳۲]. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی سالمندان ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی

این پرسشنامه توسط World Health Organization با ۵ گویه ساخته شد. گویه‌ها به روش طیف شش گزینه‌ای لیکرت (۰=هیچ وقت تا ۵=همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۲۵-۰ و نمره بالاتر به معنای بهزیستی روانشناختی بیشتر می‌باشد. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد [۲۲]. در ایران روایی همگرای ابزار با پرسشنامه شادکامی و روایی واگرایی آن با پرسشنامه افسردگی تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و بازآزمایی ۰/۸۲ محاسبه شد [۳۳]. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی روانشناختی ۰/۸۶ بدست آمد.

آزمودنی‌ها به صرف حضور پژوهشگر بود. در خصوص متخصص آماری، چون فرد تحلیل‌گر مطالعه عضوی از تیم پژوهش بود، در تیم پژوهش تصمیم‌گیری شد که ایشان تا نگارش نهایی مطالعه از گروه‌بندی آزمودنی‌ها اطلاعی نداشته باشد.

جامعه و گروه‌های مطالعه

جامعه آماری مطالعه زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی خانه یاس و آرمان شایان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند و در پژوهش حاضر ۲۴ نفر در قالب دو گروه مداخله و شاهد شرکت داشتند. بنابراین، نمونه‌گیری از دو مرکز توانبخشی ذکر شده صورت گرفت، اما مداخله در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی انجام شد.

حجم نمونه:

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1.53)^2(1.96+1.28)^2}{4.507} = \frac{4.6818 \cdot 10.4976}{4.507} = 10.90$$

حجم نمونه برای هر گروه بر اساس فرمول فوق و با توجه $d^2=4/507$ ، $\text{Power}=0/90$ ، $\alpha=0/05$ و انحراف معیار $(\sigma = 1/53)$ پژوهش حبیبی سولا و همکاران [۲۸]، معادل ۱۰/۹۰ محاسبه شد که برای اطمینان از حجم نمونه و ریزش احتمالی ۲۴ نفر در قالب دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۱۲ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری

ابتدا با روش در دسترس تعداد ۲۴ نفر از زنان سالمند سرپایی دو مرکز توانبخشی سالمندان پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس به هر کدام از آنها یک عدد از ۱ تا ۲۴ اختصاص یافت و برگه‌های شماره آنها داخل یک گلدان انداخته شد. پس از آن ۱۲ نفر از آنها به روش تصادفی ساده انتخاب و کدهای آنان یادداشت و به‌عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شد و ۱۲ نفر دیگر به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه

معیارهای ورود به مطالعه شامل زن بودن، تمایل آزمودنی‌ها به شرکت در مطالعه و امضای رضایت‌نامه، مشارکت فعال در فرایند آموزش، داشتن سن بیشتر از ۶۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، کسب نمره بالاتر از نقطه برش (یعنی نمره ۸) در پرسشنامه افسردگی سالمندان Sheikh and Yasavage جهت داشتن حداقل افسردگی متوسط و نیاز داشتن به مداخله بودند.

معیارهای خروج از مطالعه

معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه دریافت درمان پذیرش و تعهد، عدم همکاری آزمودنی، انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از یک جلسه بودند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم ثبت مشخصات فردی سن و تحصیلات و پرسشنامه‌های سنجش عملکرد چندبعدی، افسردگی سالمندان و بهزیستی روانشناختی استفاده شد.

پرسشنامه سنجش عملکرد چندبعدی

(Multidimensional Functional Assessment)

این پرسشنامه توسط Fillenbaun با پنج بعد منابع اجتماعی، منابع

روش اجرا در گروه مداخله

در اجرای مطالعه پژوهشگر پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، مشخصات فردی جمع‌آوری و سپس مداخله توسط یک متخصص روانشناسی سلامت دارای مدرک دوره پذیرش و تعهد در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران در فصل زمستان سال

۱۳۹۶ انجام شد. این مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی برای ۱۲ سالمند گروه مداخله بدون همراهی همراهان با استفاده از روش‌های پرسش‌وپاسخ، بحث گروهی، سخنرانی و تمرین عملی راهکارها در ساعات آموزشی اجرا شد. محتوای مداخله گروه درمانی پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شد [۳۴].

جدول ۱: مداخله گروه درمانی پذیرش و تعهد به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی مداخله
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجعان، بیان قوانین دوره آموزشی، آشنایی با درمان پذیرش و تعهد و ارائه تکلیف (فهرست نمودن پنج نمونه از مهم‌ترین مشکلات سالمندان در زندگی)
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفاهیم پذیرش و تعهد، ایجاد بیش‌نسبت به مشکل، به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی و ارائه تکلیف (تهیه فهرستی از مزایا و معایب شیوه‌های کنترل مشکلات)
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مشکلات ناشی از افکار و احساسات منفی، آموزش امیدواری خلاقانه و ارائه تکلیف (تهیه لیست موارد شیوه‌های ناکارآمد کنترل کنار گذاشته شده توسط سالمندان)
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی برای جداسازی شناخت و هیجان و ارائه تکلیف (تهیه لیست مواردی که سالمند موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجان‌ها شده)
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش زندگی ارزش‌مدار و تشریح اهمیت و تأثیر آنها بر زندگی و ارائه تکلیف (تهیه فهرستی از موانع پیش‌روی تحقق ارزش‌ها)
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش ذهن آگاهی، انتخاب اهداف واقع‌بینانه، آشنایی با نحوه ارزیابی و تشریح اهمیت و موانع آنها و ارائه تکلیف (تهیه لیست مواردی که سالمند قادر به نظاره افکار منطقی با اهداف با استفاده از ذهن آگاهی شده)
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش تصریح ارزش‌ها و اعمال، درگیری در فعالیت‌ها با اشتیاق و تعهد و ارائه تکلیف (تهیه گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و دستاورد جلسات آموزشی)
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش مفهوم بودن، تشریح اهمیت آن و خلاصه و جمع‌بندی جلسات قبل

روش اجرا در گروه شاهد

گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و روند طبیعی زندگی خود را طی نمود. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، بعد از اتمام فرایند و دوره مداخله، پژوهشگر به اعضای گروه شاهد اعلام نمود که در صورت تمایل می‌توانند روش گروه درمانی پذیرش و تعهد آموزش داده شده به گروه مداخله را فرابگیرند. بر این اساس هر ۱۲ نفر اعلام آمادگی کردند و متخصص روانشناسی سلامت به همه آنان گروه درمانی پذیرش و تعهد را آموزش داد.

استفاده شد. در مورد متغیرهای عملکرد چندبعدی، افسردگی و بهزیستی روانشناختی، برای بررسی اثر مداخله (گروه) و تغییرات زمانی لازم بود که اثر اصلی گروه (اثر مداخله) و اثر زمان (تغییرات بعد نسبت به قبل) و اثر متقابل گروه-زمان (این که آیا تغییرات زمانی دو گروه یکسان بوده یا خیر) بررسی شود. برای این منظور و با توجه به خنثی کردن اثر تفاوت پیش‌آزمون‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای تحلیل از نرم‌افزار SPSS-22 با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش با کد IR.IAUKish.REC.1397.147 رسید. قبل از اجرای مداخله پژوهشگر جلسه آشنایی با واحدهای پژوهش در مورد هدف، قوانین و مقررات جلسات و نحوه اجرای مداخله برگزار نمود و فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توسط آنان امضا شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۲۴ زن سالمند در دو گروه ۱۲ نفری بودند که مقایسه تحصیلات، سن و افسردگی آنان به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد در جدول ۲ ارائه شد.

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

به منظور همسانی اطلاعات جمعیت‌شناختی تحصیلات به دلیل داشتن مقیاس رتبه‌ای از آزمون غیرپارامتریک یو-من-وینتی و سن و میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون پارامتریک تی مستقل استفاده شد. به منظور استفاده از آمار استنباطی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف با هدف بررسی نرمال بودن، آزمون M باکس برای بررسی برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها داده‌ها استفاده شد که در مورد داده‌های پژوهش حاضر مقدار معنی‌داری آزمون‌های ذکرشده $P > 0/05$ بودند؛ لذا مفروضه‌های نرمال بودن، برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و برابری واریانس‌ها تأیید شدند و برای تحلیل از آزمون‌های پارامتریک

جدول ۲. مقایسه میانگین سنی، میانگین افسردگی و تحصیلات زنان سالمند به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد

متغیرها	گروه مداخله	گروه شاهد	P Value
تحصیلات			۰/۱۸۴
سیکل	۴ (۳۳/۳۳)	۵ (۴۱/۶۷)	
دیپلم	۵ (۴۱/۶۷)	۶ (۵۰)	
کاردانی	۲ (۱۶/۶۷)	۱ (۸/۳۳)	
کارشناسی	۱ (۸/۳۳)	۰ (۰)	
سن	$71/25 \pm 4/43$	$70/91 \pm 3/75$	۰/۸۴۴
افسردگی	$11/00 \pm 2/12$	$11/18 \pm 2/19$	۰/۶۴۴

اطلاعات در جدول به صورت (درصد) تعداد و یا انحراف معیار \pm میانگین آمده است.

بر اساس نتایج جدول ۲ گروه‌های مداخله و شاهد بر اساس آزمون یو-من-وینتی از نظر تحصیلات و بر اساس آزمون تی مستقل از نظر

بر اساس نتایج جدول ۴ گروه درمانی پذیرش و تعهد حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای پژوهش یعنی سلامت جسمی، فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، افسردگی و بهزیستی روانشناختی در زنان سالمند شد ($P < 0/05$). بنابراین نتایج تحلیلی کوواریانس تک‌متغیره در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر هر یک از نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند در جدول ۵ ارائه شد. طبق نتایج جدول ۵ گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث بهبود فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند شد ($P < 0/05$)، اما تأثیر معناداری بر سلامت جسمی آنان ندارد ($P > 0/05$).

میانگین سنی و میانگین افسردگی قبل از مداخله تفاوت معناداری ندارند ($P > 0/05$). نتایج میانگین و انحراف معیار سلامت جسمی، فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند به تفکیک گروه‌های مداخله و شاهد در مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شد.

بر اساس نتایج جدول ۳ گروه‌های مداخله و شاهد در مرحله پیش‌آزمون بر اساس آزمون تی مستقل از نظر سلامت جسمی، فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی، افسردگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0/05$)، اما گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون بر اساس آزمون تی مستقل از نظر همه متغیرها تفاوت معنی‌داری دارند ($P < 0/05$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های جسمی و روانی زنان سالمند در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سلامت جسمی، فعالیت‌های روزانه، فعالیت‌های ابزاری روزانه، افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند گروه‌ها در مراحل ارزیابی

P Value	گروه شاهد		گروه مداخله		متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
					سلامت جسمی
0/092	4/37	25/58	3/89	23/83	پیش‌آزمون
0/028	4/54	25/41	3/90	22/08	پس‌آزمون
					فعالیت‌های روزانه
0/746	3/15	17/50	3/63	17/75	پیش‌آزمون
0/001	3/83	17/78	2/83	12/33	پس‌آزمون
					فعالیت‌های ابزاری روزانه
0/415	3/10	20/58	3/26	19/75	پیش‌آزمون
0/001	3/06	20/41	2/19	14/58	پس‌آزمون
					افسردگی
0/644	2/19	11/18	2/12	11/00	پیش‌آزمون
0/001	2/24	11/36	1/29	7/16	پس‌آزمون
					بهزیستی روانشناختی
0/237	1/82	7/33	1/09	6/83	پیش‌آزمون
0/001	1/71	7/28	2/75	13/91	پس‌آزمون

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر متغیر مستقل گروه درمانی پذیرش و تعهد

توان آماری	اندازه اثر	P-Value	ضریب F	مقدار	نوع آزمون
0/76	0/53	0/001	12/78	0/68	اثر پیلایی
0/76	0/53	0/001	12/78	0/25	لامبدای ویلکز
0/76	0/53	0/001	12/78	1/23	اثر هاتلینگ
0/76	0/53	0/001	12/78	1/23	بزرگ‌ترین ریشه روی

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیره

توان آماری	اندازه اثر	P-Value	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع اثر	متغیرهای وابسته
0/26	0/08	0/279	1/34	226/72	1	226/72	گروه	سلامت جسمی
0/65	0/41	0/001	11/91	182/19	1	182/19	گروه	فعالیت‌های روزانه
0/42	0/23	0/024	4/28	145/73	1	145/73	گروه	فعالیت‌های ابزاری روزانه
0/88	0/59	0/001	19/87	136/57	1	136/57	گروه	افسردگی
0/61	0/38	0/001	8/45	195/31	1	195/31	گروه	بهزیستی روانشناختی

بحث

جسمی و روانی زنان سالمند انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث بهبود فعالیت‌های روزانه زندگی و فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی زنان سالمند شد، اما باعث بهبود

زنان سالمند با مشکلات جسمی و روانی فراوانی مواجه هستند و برای بهبود آنها نیاز به مداخلات روانشناختی دارند. در نتیجه پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر نشانه‌های

افزایش سطح تحمل، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تعهد برای عمل، پذیرش، گسلس شناختی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مساله که در درمان پذیرش و تعهد گنجانده شده است، می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی باعث کاهش افسردگی سالمندان گردد.

علاوه بر آن همچنین یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان سالمند شد. این یافته با یافته پژوهش‌های Tracey و همکاران [۲۲]، سیادت و همکاران [۲۳] و عیسی‌نژاد و آزادبخت [۲۴] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Barreto و همکاران [۲۶] می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با هدایت کردن افراد به سوی آگاهی از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش و استفاده مناسب از آنها موجب می‌شود که فرد با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کرده و با نگاهی تازه آنها را تجربه کند. همچنین شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. روش درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افکار و احساسات آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی خود آگاه شوند و به جای پاسخ به آنها به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. بنابراین در این روش درمانی افراد با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. در نتیجه این شیوه درمانی از طریق افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان سالمند شود.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کم نمونه‌ها، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده‌ها و عدم پیگیری نتایج با توجه به محدودیت زمانی پژوهشگر بودند، لذا در تعمیم نتایج باید به محدودیت‌های ذکر شده به‌ویژه حجم کم نمونه‌ها احتیاط شود. بنابراین پیشنهادهای می‌شود پژوهشگران محدودیت‌های مطالعه حاضر را در نظر بگیرند و نتایج پژوهش‌ها را پیگیری نمایند و علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی روش گروه درمانی پذیرش و تعهد با سایر روش‌های گروهی موج سوم روان‌درمان مثل روش‌های ذهن‌آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره مقایسه گردد. علاوه بر آن با توجه به عدم اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر سلامت جسمی پیشنهاد می‌شود در یک پژوهش مداخله‌ای، اثربخشی ترکیب گروه درمانی پذیرش و تعهد با تمرین‌های مقاومتی و یا استقامتی بر سلامت جسمی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد در افزایش فعالیت‌های روزانه زندگی، فعالیت‌های ابزاری روزانه زندگی و بهزیستی روانشناختی و کاهش افسردگی در زنان سالمند مؤثر بود، اما در بهبود سلامت جسمی آنان مؤثر نبود. بر اساس نتایج و با توجه به نقش پرستاران و مراقبان در حفظ و ارتقای سلامت سالمندان برگزارای دوره‌های پذیرش و تعهد با هدف کاهش افسردگی و بهبود عملکرد چندبعدی و بهزیستی

سلامت جسمی آنها نشد. این یافته با یافته پژوهش‌های Vaessen و همکاران [۲۵]، کهرآزنی و میرشکار [۲۶] و مسعودی و همکاران [۲۷] همسو بود. احتمالاً گروه درمانی پذیرش و تعهد به این دلیل باعث بهبود سلامت جسمی زنان سالمند نشد که برای بهبود آن علاوه بر درمان‌های روانشناختی مانند گروه درمانی پذیرش و تعهد که نقش مهمی در پذیرش اختلال‌های جسمی و روانی دارد، نیاز به استفاده از ابزارهای فیزیکی مثل عینک برای دیدن بهتر یا سمک برای شنیدن بهتر می‌باشد. در نتیجه سالمندان به دلیل کهولت سنی از نظر بینایی، شنوایی و حرکتی دچار نقص‌های قابل مشاهده هستند و ارزیابی پایینی از سلامت جسمی خود می‌کنند، لذا برای بهبود ارزیابی سلامت جسمی آنها علاوه بر خدمات روانشناختی، نیاز به استفاده از وسایل کمکی برای دیدن، شنیدن و راه رفتن (عصا) و تمرین‌های بدنی برای فعالیت‌های حرکتی دارند. پس شاید بهتر باشد که پس از تهیه ابزارهای فیزیکی برای جبران برخی نقص‌های جسمی، از ترکیب روش پذیرش و تعهد با یک روش دیگر مثل تمرین‌های مقاومتی و استقامتی استفاده شود. در تبیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر فعالیت‌های روزانه زندگی، ابزاری زندگی و عملکرد کلی بر مبنای نظر Vaessen و همکاران [۲۵] می‌توان گفت روش‌های درمانی گروهی باعث می‌شود که افراد دیگر افرادی که شبیه خود هستند و دارای همان مشکلات هستند را ببینند، لذا افراد خود را خیلی متفاوت از دیگران نمی‌پندارند، به جامعه و زندگی اجتماعی برمی‌گردند و فعالیت‌های مستقل زندگی خود را ادامه می‌دهند. علاوه بر آن روش درمان پذیرش و تعهد دارای پشتوانه نظری مستحکمی است و هدف نهایی آن انعطاف‌پذیری روانی است. بنابراین به افراد کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود را بدون قضاوت کردن درباره آنها ببینند و خود را همان طور که واقعاً هستند ببینند و سپس به دنبال راهکارهایی برای افزایش توانایی‌های خود باشند. درمان پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند پذیرش، گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. در نتیجه روش پذیرش و تعهد با توجه به مزایایی که دارد، هنگامی که به صورت گروهی اجرا شود و اعضای گروه با یکدیگر تعامل مثبت و سازنده داشته باشند و باعث بهبود فعالیت‌های روزانه زندگی و فعالیت‌های ابزاری زندگی می‌شوند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی زنان سالمند شد. این یافته با یافته پژوهش‌های Twohig [۱۸] و Kyllonen and Levin [۱۹]، حر و همکاران [۲۰] و مفید و همکاران [۲۱] همسو بود. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Walser و همکاران [۳۵] می‌توان گفت که آموزش تعهد و پذیرش که متضمن اصلاح فرایندهای شناختی در کنار آمدن و حل مشکلات، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بدون قید و شرط مشکل است باعث می‌شود که افراد مهارت‌های شناختی مورد نیاز را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که افراد دارای مشکلات روانشناختی علاوه بر داشتن افکار ناکارآمد، در پذیرش مشکل به‌عنوان یک واقعیت مقاومت کرده و با گسترش اجتناب و ناهمجوشی از یک طرف و کاهش انعطاف‌پذیری و درگیر شدن در گذشته به جای زندگی در زمان حال فرد بر ناامیدی نسبت به آینده متمرکز می‌شود و افسردگی افزایش می‌یابد. آموزش فنون مربوط به اصلاح فرایندهای شناختی در کنار

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل رساله دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش است. نویسندگان بدین وسیله تشکر و قدردانی خود را از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش و مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان شهر تهران و زنان سالمند شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌نمایند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. *J Nurs Edu*. 2015;3(4):19-28.
2. Salman A, Lee YH. Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. *Appl Nurs Res*. 2019;48:68-74. doi: [10.1016/j.apnr.2019.05.018](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.018) pmid: [31266611](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31266611/)
3. Salmabadi M, Rajabi MJ, Safara M. Effectiveness of Training the Review of Life on Life Satisfaction and Sense of Coherence Middle-aged women and elderly nursing home residents in Qazvin. *Salmand*. 2018;13(2):198-209. doi: [10.32598/sija.13.2.198](https://doi.org/10.32598/sija.13.2.198)
4. Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of elder population in Iran over the period 1956 To 2006. *Iran J Agei*. 2007;2(3):326-31.
5. Damirchi ES, Mohammadi N, Ramezani S, Amanzad Z. The Effectiveness of Spirituality Group Therapy on Happiness and Hardiness in Elderly Women. *Mental Health*. 2010;8(3):475-85.
6. Fastame MC, Hitchcott PK, Penna MP, Murino G. Does institutionalization influence perceived metamemory, psychological well-being, and working-memory efficiency in Italian elders? A preliminary study. *J Clin Gerontology Geriatrics*. 2016;7(1):6-11. doi: [10.1016/j.jcgg.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.07.001)
7. Dias EN, da Silva JV, Pais-Ribeiro JL, Martins T. Validation of the advanced activities of daily living scale. *Geriatr Nurs*. 2019;40(1):7-12. doi: [10.1016/j.gerinurse.2018.05.008](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.008) pmid: [29909023](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29909023/)
8. Buskard A, Zalma B, Cherup N, Armitage C, Dent C, Signorile JF. Effects of linear periodization versus daily undulating periodization on neuromuscular performance and activities of daily living in an elderly population. *Exp Gerontol*. 2018;113:199-208. doi: [10.1016/j.exger.2018.09.029](https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.09.029) pmid: [30316811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316811/)
9. Pei L, Zang X-Y, Wang Y, Chai Q-W, Wang J-Y, Sun C-Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3(1):29-34. doi: [10.1016/j.ijnss.2016.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.01.002)
10. Li C, Jiang S, Zhang X. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *J Affect Disord*. 2019;248:73-80. doi: [10.1016/j.jad.2019.01.032](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032) pmid: [30716614](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716614/)
11. Melendez JC, Satorres E, Cujino MA, Reyes MF. Big Five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;82:88-93. doi: [10.1016/j.archger.2019.01.016](https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.016) pmid: [30716683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716683/)
12. Miao J, Wu X, Sun X. Neighborhood, social cohesion, and the Elderly's depression in Shanghai. *Soc Sci Med*. 2019;229:134-43. doi: [10.1016/j.socscimed.2018.08.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.022) pmid: [30194018](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30194018/)
13. Wright MR, Brown SL. Psychological Well-Being among Older Adults: The Role of Partnership Status. *J Marriage Fam*. 2017;79(3):833-49. doi: [10.1111/jomf.12375](https://doi.org/10.1111/jomf.12375) pmid: [28626245](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28626245/)
14. Luciano JV, D'Amico F, Feliu-Soler A, McCracken LM, Aguado J, Penarrubia-Maria MT, et al. Cost-Utility of Group Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia Versus Recommended Drugs: An Economic Analysis Alongside a 6-Month Randomized Controlled Trial Conducted in Spain (EFFIGACT Study). *J Pain*. 2017;18(7):868-80. doi: [10.1016/j.jpain.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.03.001) pmid: [28342891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28342891/)
15. Haynes PL, Kelly M, Warner L, Quan SF, Krakow B, Bootzin RR. Cognitive Behavioral Social Rhythm Group Therapy for Veterans with posttraumatic stress disorder, depression, and sleep disturbance: Results from an open trial. *J Affect Disord*. 2016;192:234-43. doi: [10.1016/j.jad.2015.12.012](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.012) pmid: [26748739](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26748739/)
16. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, et al. Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2019;156(4):935-45 e1. doi: [10.1053/j.gastro.2018.11.030](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.030) pmid: [30452919](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30452919/)
17. Herbert MS, Afari N, Robinson JB, Listvinsky A, Bondi MW, Wetherell JL. Neuropsychological Functioning and Treatment Outcomes in Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *J Pain*. 2018;19(8):852-61. doi: [10.1016/j.jpain.2018.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.008) pmid: [29496638](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29496638/)
18. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):751-70. doi: [10.1016/j.psc.2017.08.009](https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009) pmid: [29080598](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29080598/)
19. Kyllönen HM, Muotka J, Puolakanaho A, Astikainen P, Keinonen K, Lappalainen R. A brief Acceptance and

- Commitment Therapy intervention for depression: A randomized controlled trial with 3-year follow-up for the intervention group. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018;10:55-63. doi: [10.1016/j.jcbs.2018.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.009)
20. 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.
 21. Mofid V, Fatehizadeh M, Dorosti F. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and quality of life of women criminal prisoners in Isfahan city]. *Strategic Res Soc Prob Iran*. 2017;6(3):17-30.
 22. Tracey D, Gray T, Truong S, Ward K. Combining Acceptance and Commitment Therapy With Adventure Therapy to Promote Psychological Wellbeing for Children At-Risk. *Front Psychol*. 2018;9:1565. doi: [10.3389/fpsyg.2018.01565](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01565) pmid: [30210398](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30210398/)
 23. Siyadat S, Khajevand Khoshli A, Akbari H. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and spiritual attitude in mothers with autistic children]. *Iran J Rehab Res Nurs*. 2019;5(4):58-64.
 24. Isanejad O, Azadbakht F. Effectiveness of Two Approaches of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Well-being of Veterans' Wives with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Iran J War Pub Health*. 2017;9(4):217-23. doi: [10.29252/acadpub.b.ijwph.9.4.217](https://doi.org/10.29252/acadpub.b.ijwph.9.4.217)
 25. Vaessen T, Steinhart H, Batink T, Klippel A, Van Nierop M, Reininghaus U, et al. ACT in daily life in early psychosis: an ecological momentary intervention approach. *Psychosis*. 2019;11(2):93-104. doi: [10.1080/17522439.2019.1578401](https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1578401)
 26. Kahrazei F, MirShekar T. Effect of wives group training on activities of daily living and quality of life in male patients with spinal cord injury. *Med Surg Nurs J*. 2015;4(1):54-9.
 27. Masoudi R, Kheiri F, Ahmadi F, Mohammadi I. [The effect of self-care program base on the Orem frame work on fatigue and activity of daily living in multiple sclerosis patients]. *J Rehab*. 2009;10(3):43-52.
 28. Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Health promotion behaviours and level of activities of daily living and instrumental activities of daily living among elderly people in west region of tehran: a cross sectional survey. *Salmand*. 2007;2(5):332-9.
 29. Fillenbaum GG. *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. London: Psychology Press; 2013.
 30. Falahati A, Sahaf R, Akbari Kamrani AA, Abolfathi Momtaz Y, Rassafiani M, Fillenbaum G. Validity and Reliability of OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire in Iranian Elderly. *Iran Rehab J*. 2018;16(2):169-76. doi: [10.32598/irj.16.2.169](https://doi.org/10.32598/irj.16.2.169)
 31. Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontologist*. 2008;5(1-2):165-73. doi: [10.1300/J018v05n01_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
 32. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran]. *Res Med*. 2006;30(4):361-9.
 33. Dehshiri G, S.F. M. [An investigation into psychometric properties of Persian version of World Health Organization five well-being index]. *J Clin Psychol*. 2016;8(2):67-75.
 34. Mousavi M, DashtBozorgi Z. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT) on the Hardness and Perceived Stress Coefficient Among Patients with Type 2 Diabetes. *Iran J Health Edu Health Promot*. 2018;05(04):311-9. doi: [10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.311](https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.311)
 35. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behav Res Ther*. 2015;74:25-31. doi: [10.1016/j.brat.2015.08.012](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012) pmid: [26378720](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26378720/)
 36. Barreto M, Tran TA, Gaynor ST. A Single-Session of Acceptance and Commitment Therapy for Health-Related behavior change: An Open Trial with a nonconcurrent matched comparison group. *J Contextual Behav Sci*. 2019;13:17-26. doi: [10.1016/j.jcbs.2019.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.003)