رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۴، شماره پیاپی ۷۳، تیر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(4), 2022

اثربخشی درمان گروهی مبتنی پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان

The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation, psychological well-being and quality of life in the elderly

مریم رستمی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
فردین خسروی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
رضا منصوری کریانی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

Maryam Rostami
Master of Clinical Psychology, Mental health expert, Ilam University of Medilam Sciences, Ilam, Iran.
Fardin Khosravi*
Master of Counseling, Department Of Counseling, Faculty of Educaton & Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
fardinkhosravi67@gmail.com
Reza Mansouri Koriani
Master of Clinical Psychology, Mental health expert, Ilam University of Medilam Sciences, Ilam, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه سالمندان شهر ایلام در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۳۲ نفر بود که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱- (CERQ)، بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۲۰۰۲ RSPWB-) و کیفیت زندگی (BREF-WHOQOL, 1996) استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه گواه، هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی پذیرش و تعهد بر کاهش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان و افزایش راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: *بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، درمان مبتنی پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سالمندان*

Abstract

The present research¬ aimed to determine the effectiveness of group acceptance and commitment therapy on the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation, psychological well-being, and quality of life in the elderly. This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and control group design. The statistical population included all the elderly living in Illam city during 2021. For this aim, 32 of the elderly were chosen through a convenience sampling method along with inclusion criteria and placed randomly into two groups experimental and control (with 16 members). In order to collect data, questionnaires on cognitive emotion regulation (Garnefski et al, 2001-CERQ), psychological well-being (Ryff, 2002-RSPWB), and quality questionnaires (BREF-WHOQOL, 1996) were used. The experimental group received treatment based on acceptance and commitment in 8 sessions of 90 minutes and the control group did not receive any therapeutic intervention. Research data were analyzed using the multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results of the analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental group and the control group in terms of dependent variables in the post-test stage (P<0/001). The results showed that group therapy based on acceptance and commitment is effective in reducing, maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies and increasing adaptive Cognitive Emotion Regulation strategies for psychological well-being and quality of life in the elderly.

Keywords: *psychological well-being, cognitive emotion regulation, acceptance and commitment therapy, quality of life, the elderly*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : بهمن ۱۴۰۰** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

مقدمه

سالمندی یک پدیده اجتماعی بسیار پیچیده است زیرا شامل روابط متقابل بین فرآیندهای بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و فرهنگی است (مورگان و کانکل[1]، ۲۰۱۱). دلیلی که بررسی دوره سالمند مورد توجه تحقیقات پژوهشی قرار گرفته است این است که هم نسبت و هم تعداد افراد مسن در جمعیت‌های سراسر جهان به‌طور چشمگیری در حال افزایش است. در سال ۲۰۱۲، ۰/۸ درصد از جمعیت جهان ۶۵ سال یا بیشتر سن داشتند. در ۳ سال بعد، نسبت جمعیت سالمند ۰/۵ واحد درصد افزایش یافت و به ۸/۵. از کل جمعیت در سال ۲۰۱۵ رسید. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مسن به یک میلیارد یا ۰/۱۲ از کل جمعیت برسد؛ و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ افراد مسن ۱۶/۷ درصد از کل جمعیت را تشکیل دهند (دومینکو و وربیک[2]، ۲۰۱۹).

پیری از نظر هنجاری با کاهش در بسیاری از حوزه‌های مهم زندگی همراه است. در این دوران گیرایی حسی، توانایی‌های فیزیکی و توانایی‌های شناختی کاهش می‌یابد و شبکه‌های اجتماعی فرد کوچک‌تر می‌شوند (سوری و گروس[3]، ۲۰۱۲). سالمندان اغلب نیازهای خاصی دارند و نیازمند نظارت دقیق و شخصی، به‌ویژه در خانه و عمدتاً به دلیل مسائل مربوط به سلامت هستند (کاستا[4] و همکاران، ۲۰۱۲). با افزایش سن افراد با عوامل روانی اجتماعی مانند سوگ و از دست دادن عملکرد جسمی و ذهنی مواجه می‌شوند. این تجربیات می‌تواند سطح استرس آن‌ها را افزایش دهد و منجر به کاهش منابعی شود که افراد احساس می‌کنند در مواجهه با زندگی روزمره خود دارند (ساکس اریکسون[5] و همکاران، ۲۰۱۴). به طور کلی، افراد مسن انتقال از کار به بازنشستگی را تجربه می‌کنند و درگیر اختلالات جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن یا انزوای اجتماعی می‌شوند (دانفر و فیلیپسون[6]، ۲۰۱۰). در نتیجه تجربه این عوامل استرس‌زا به‌عنوان یک تهدید کلیدی برای سلامت و بهزیستی در دوران پیری باقی می‌ماند و معمولاً با ناتوانی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش هزینه برای مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت‌های طولانی مدت همراه است (گرانت[7] و همکاران، ۲۰۱۰). محققان حوزه اجتماعی نیز معتقدند که پیری شامل سه فرآیند به هم پیوسته است. اولین فرآیند شامل پیری فیزیکی است، یعنی تغییرات نامطلوبی که در طول سال‌ها در بدن رخ می دهد. فرآیند دوم، پیری روان‌شناختی، شامل فرآیندهای ناشی از رشد و تکامل شخصیت، مانند تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری است. پیری اجتماعی به عنوان فرآیند سوم، مراحل مختلف انتقال از یک پایگاه اجتماعی به پایگاه اجتماعی دیگر را که فرد در طول زندگی تجربه می‌کند، پوشش می‌دهد. روند پیری هرگز متوقف نخواهد شد و تنها با رفتارهای سالم مرتبط با سبک زندگی و اقدامات احتیاطی ویژه بهداشتی این دوران به دورانی خوشایند، شاد و سالم تبدیل می شود (زارع و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به بروز هیجانات منفی مرتبط با تغییرات متعدد در زندگی سالمندان، فرآیند تنظیم هیجان بیش از پیش ضرورت پیدا می‌کند.

هیجانات نقش اساسی در زندگی انسان دارند. آنها آنچه مهم است را برجسته می کنند و اقدامات و رفتارها را هدایت می کنند. از آنجایی که هیجانات در عملکرد روزانه نقش اساسی دارند، مهم است که بررسی شود پیری چگونه بر آنها تأثیر می گذارد. یک دیدگاه علمی اولیه استدلال می‌کند که پیری منجر به زوال عملکرد هیجانی می‌شود. این نظریه که توسط کارل یونگ ارایه شد، مدعی شد که سالمندی دوره‌ای از زندگی است که افراد احساس یکنواختی هیجانی می‌کنند و چشم‌انداز هیجانی پیری بی‌ثمر توصیف شده است (عبنر و فیشر، ۲۰۱۴). هیجان یک مکانیسم سازگاری فرهنگی و روان‌شناختی است که به هر فردی اجازه می‌دهد تا به طور انعطاف‌پذیر و پویا به اتفاقات محیطی واکنش نشان دهد (شی یر[8]، ۲۰۰۹). از آنجایی که شاخص‌های عاطفه منفی مانند عصبانیت، افسردگی و اضطراب، میزان شیوع بیماری و مرگ‌ومیر بیشتر را پیش‌بینی می‌کنند، هیجانات برای سلامتی و بهزیستی نیز مهم هستند (سولز[9]، ۲۰۱۸). پژوهش بالتس و مایر[10] (۱۹۹۹) نیز کاهش عاطفه مثبت با افزایش سن را نشان داده است. میزان دشواری تنظیم هیجان و راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی در سالمندان بالاتر است (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰) و آن‌ها برای حل مشکلات خانوادگی خود از راهبردهای تنظیم هیجان

1 - Morgan & Kunkel
2 - Dominko, & Verbič
3 - Suri & Gross
4 -Costa
5 - Sachs-Ericsson
6 - Dannefer & Phillipson
7 - Grant
8 - Scherer
9 - Suls
10 - Baltes & Mayer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

منفعلانه‌تر (بلانچارد- فیلد[1] و همکاران، ۲۰۰۴) و راهبرد هیجانی سرکوب استفاده می کنند (برومر و همکاران، ۲۰۱۳). اما تحقیقات بعدی نشان داد که علیرغم پیامدهای منفی مرتبط با افزایش سن برای سلامت جسمی و شناختی، به نظر می رسد که بهزیستی هیجانی با افزایش سن، اگر بهبود نیابد، ثابت می ماند (ویتمور[2]، ۲۰۲۰).

به گفته بالتس و بالتس (۱۹۸۶)، یکی از جنبه‌های مهم پیری موفق، حفظ سطوح بالایی از بهزیستی روان‌شناختی است. شاخص‌های کلیدی بهزیستی روان‌شناختی - مانند رضایت از زندگی، هدف در زندگی و خوش‌بینی - با پیامدهای سلامتی بهبود یافته مرتبط است. برای مثال، بررسی‌های آینده‌نگر دقیق روش‌شناختی و بررسی‌های سیستماتیک نشان می‌دهد که سطوح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی با افزایش طول عمر و کاهش خطر بیماری مرتبط است (بوهم[3] و همکاران، ۲۰۱۸). بهزیستی روان‌شناختی یک سازه روان‌شناختی مثبت است که به دیدگاه ذهنی فرد از خود و زندگی مربوط می‌شود و یک پدیده شخصی است که در فرآیند فعالیت انسان و در سیستم روابط واقعی مردم با محیط اطراف شکل می گیرد. در دوران سالمندی بهزیستی روانی توسط عوامل مختلفی تعیین می شود (کاوالنکو و اسپیواک[4]، ۲۰۱۸). مطالعات انجام شده بر روی افراد مسن نشان می دهد که ارزیابی کیفیت زندگی تحت تاثیر وضعیت سلامتی افراد قرار می گیرد، اما یافته‌های مبنی بر اینکه میانگین ارزیابی زندگی خود گزارش شده در جمعیت با افزایش سن افزایش می‌یابد، نشان می دهد که بهزیستی روان‌شناختی تحت تأثیر عوامل بسیاری غیر از سلامت جسمی قرار می‌گیرد. از جمله؛ شرایط مادی، روابط اجتماعی و خانوادگی، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، و عواملی که با افزایش سن نیز تغییر می‌کنند (استپتو و همکاران، ۲۰۱۵). از آنجا که سالمندان به دلایل زیاد مانند کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، و کاهش استقلال مادی و جسمانی در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار می‌گیرند. دور از انتظار نخواهد بود که بهزیستی روان شناختی آنها به گونه‌ای منفی تحت تاثیر قرار می گیرد. بهزیستی روانشناختی به کنترل بیماری‌ها و واکنش‌پذیری افراد در مقابل مشکلات، کمک می‌کند. بنابراین سالمندانی که بهزیستی روان‌شناختی‌شان افزایش یابد، جو سالمی برای رشد و پرورش خود تأمین می‌کنند تا در آن جو به رشد و استقلال برسند (معتمدی، برجعلی و صادقپور، ۱۳۹۷). تحقیقات از این ایده حمایت می کند. سالمندانی که فعالانه در تلاش برای از بین بردن مشکلاتی هستند که قابل حل نیستند، در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند (ایزاکوویتز و سلیگمن[5]، ۲۰۰۲). سطوح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی منجر به عملکرد شناختی بهتر در افراد مسن می‌شود (کوک ماتر[6] و همکاران، ۲۰۱۷).

هدف جامعه سالمندان این است که به افراد مسن در زندگی شاد کمک کند. اگر آن‌ها تشویق شوند که از نظر اجتماعی فعال باشند، به افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس عاطفی آن‌ها کمک خواهد کرد. علاوه بر حفظ سلامت فیزیکی و سطح بالاتر رضایت روانی، آن‌ها نمرات بالایی در خود شکوفایی و تائید خود به دست می‌آورند (هو[7]، ۲۰۱۷). در سال‌های اخیر یکی از شاخص‌ها و معیارهای قابل‌سنجش برای تعیین نیازها و بهبود شرایط سلامت سالمندان، شاخص کیفیت زندگی است. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی به ادراک فرد از انتظارات فردی، استانداردها و نگرانی‌ها در چارچوب سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند برمی‌گردد (ین[8] و همکاران ، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی در پیری‌شناسی عبارت است از رضایتمندی از زندگی که نتیجه اولیه سالمندی موفق است (قهرمانی و همکاران، ۲۰۲۰). درگیر شدن در سرکوب افکار به عنوان مکانیزمی برای مقابله با افکار ناخواسته با احساس ذهنی کمتری از معنای زندگی در افراد مسن‌تر همراه است (کاراس[9]، ۲۰۰۷). کاظمی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی که به بررسی کیفیت زندگی در بین سالمندان ایرانی پرداخته بودند این نتایج را گزارش دادند که مداخلات آموزشی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان شود.

یک رویکرد درمانی مفید که تجارب رایج در سنین بالاتر را عادی جلوه می‌دهد، و به ویژه برای افراد مسن‌تر که اغلب با مسائل و تجربیات زندگی ناهمگن مواجه هستند، می‌تواند سودمند باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باشد. افراد سالمند با باورها و افکار غیرمنطقی و اضطراب و نگرانی‌هایی که به شکل اضطراب فراگیر در زمینه‌های مختلف تجربه می‌شوند، دست و پنجه نرم می‌کنند و

1- Blanchard-Fields
2- Whitmoyer
3 - Boehm
4- Kovalenko & Spivak
5- Isaacowitz & Seligman
6 - Cook Maher
7 - Ho
8 - Yen
9- Krause

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

اتخاذ رویکردهای درمانی مختلف از جمله درمان شناختی- رفتاری اثربخشی چندانی نخواهد داشت؛ درمان- شناختی- رفتاری که اعتبار این افکار را به چالش می‌کشد، ممکن است برای افراد مسن‌تر مفید نباشد، زیرا این نگرانی‌ها، اگرچه بیش از حد و ناسازگار هستند، ممکن است واقع بینانه نباشند و یک رویکرد مبتنی بر پذیرش که در آن افراد یاد می‌گیرند بر منابع باقی‌مانده‌شان تمرکز کنند، ممکن است سودمندتر از رویکردی باشد که در آن تشویق می‌شوند تا تفکر خود را درباره از دست دادن‌ها و فقدان‌ها و یا ناتوانی اصلاح کنند (پتکاوس و وترل[1]، ۲۰۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جزء اولین مدل‌های موج سوم است که استوار بر ایده‌های رفتاردرمانی شناختی، ولی متفاوت از آن قرار دارد. از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رنج انسان‌ها ریشه در عدم انعطاف پذیری روانی دارد و به وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب از تجارب تقویت شده است که آسیب‌زا تلقی می‌گردد (هریس[2]، ۲۰۱۹). در این درمان از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانی استفاده می‌شود (هیز[3] و همکاران، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال علی‌رغم تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی است که در آن لحظه تجربه می‌شود و رفتارهایی را انجام می‌دهد که در راستای اهداف و ارزش‌های انتخاب‌شده فرد باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). پایه و اساس علمی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأکید بر روشن کردن فرآیندهایی است که رفتار انسان را پیش‌بینی می‌کنند و بررسی اینکه آیا تأثیرگذاری بر آن فرآیندها منجر به تغییرات می‌شود یا خیر. در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی زمینه‌ساز مشکلات مختلف از جمله سلامت روان، مشکلات رفتاری و همبودی همراه است (دیندو و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک روش تحلیل رفتاری نیز مورد استفاده قرار بگیرد (دیکسون[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

مدل درمانی پذیرش و تعهد برای افراد سالمند می تواند مناسب باشد؛ زیرا بسیاری از افراد مسن ممکن است به دلیل آگاهی از محدود بودن طول عمرشان ارزش‌گرا و وابسته به ارزش‌ها شوند. این رویکرد درمانی مبارزه سالمند را با تغییرات شناختی و فیزیکی مرتبط با افزایش سن که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و افزایش پریشانی‌اش می‌شود را کاهش می‌دهد (رابرت و سدلی[5]، ۲۰۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این فرض اساسی استوار است که درد، اندوه، ناامیدی، بیماری و اضطراب، ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیری از زندگی انسان هستند و هدف درمانی آن است که افراد بتوانند با توسعه انعطاف‌پذیری روانی بیشتر خود را با این نوع چالش‌ها انطباق دهند نه اینکه در تلاش‌های غیرمولد و یا حذف و سرکوب تجربیات ناخوشایند دست و پنجه نرم کنند. این کار از طریق پیگری متعهدانه در حوزه‌های ارزشمند زندگی حتی در مواجهه با میل طبیعی برای فرار یا اجتناب از تجربیات، احساسات و افکار دردناک و آزاردهنده به دست می‌آید (دیندو[6] و همکاران، ۲۰۱۷).

در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضروری است که بررسی مؤثر بودن درمان و نحوه تأثیرگذاری آن پرداخته شود. درک مکانیسم‌ها یا فرآیندهای خاصی که واسطه بهبود بالینی در علائم روان‌پزشکی، وضعیت عملکردی و/یا کیفیت زندگی هستند، امکان بهینه‌سازی مداخله را با پالایش و تأکید بر اجزای مسئول تغییر و همچنین حذف مواد غیرفعال فراهم می‌کند (روسن و دیویدسون[7]، ۲۰۰۳). شواهد پژوهشی نمونه افراد سالمند نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان سالمند (اورکی، و همکاران، ۱۳۹۷) و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸) مؤثر بوده است و این روش درمانی برای بهبود پریشانی هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ توصیه شده است (مقصودی و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین، شواهد پژوهشی در نمونه‌های مختلف حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای تنظیم شناختی هیجان (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰؛ یراقچی و همکاران، ۱۳۹۸؛ و رهبرکرباسدهی و همکاران، ۱۳۹۹)، بر بهزیستی روان‌شناختی (موسوی تیلبانی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ یعقوبی و کریمی، ۱۳۹۹؛ و حسن‌زاده و همکاران، ۲۰۱۹) و بهبودی در زمینه کیفیت زندگی (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ رستمی و همکاران ، ۱۳۹۸؛ موسوی و همکاران، ۲۰۱۸؛ و مهریار، ۱۳۹۸) بوده است.

1- Petkus & Wetherell
2- Harris
3 - Hayes
4 - Dixon
5 - Roberts & Sedley
6 - Dindo
7 - Rosen & Davison

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

با افزایش جمعیت سالمندان و بروز علائم اضطراب و نگرانی و عاطفه منفی در آنها، این امر توجه به نیازهای روان‌شناختی سالمندان و فرایندهای تنظیم هیجان را بیشتر می‌کند. اکثر سالمندانی که نیاز به درمان‌های حیطه سلامت روان دارند، مراقبتی دریافت نمی‌کنند و اگر این افراد تحت درمان قرار گیرند، این درمان معمولاً دارویی است. علیرغم این واقعیت که بسیاری از آن‌ها مشاوره را ترجیح می دهند دلایلی که افراد مسن تر درمان نمی‌شوند عبارتند از فقدان دانش در مورد خدمات بهداشت روانی و عدم نیاز ادراک شده به خدمات و داشتن اطلاعات کمتری در مورد مشکلات رفتاری و سلامت روان. علاوه بر این، متخصصان سلامت روان با داشتن این تصور غلط که مشکلات افراد سالمند بخشی از فرایند طبیعی پیری است، نه نقض در سلامت روان، در استفاده ناکافی از مراقبت های بهداشت روان توسط افراد مسن نقش دارند. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام انحام شد.

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد نظر، کلیه سالمندان شهر ایلام در سال ۱۴۰۰ بود. از بین جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power-1/3 استفاده شد. حجم نمونه مورد نیاز برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه برابر با ۱۴ نفر یعنی در مجموع ۲۸ نفر برای انجام پژوهشی با اندازه اثر ۰/۵ و توان ۰/۸۵ درصد که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار باشد لازم بود. با توجه به احتمال افت آزمودنی حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سن بالای ۶۰ سال و کمتر از ۷۰ سال، برخورداری از سلامت شناختی، نداشتن تاریخچه ابتلا به اختلالات شدید روانی و جسمانی (براساس مصاحبه بالینی)، نداشتن رویداد بحرانی یا تنش‌زای شدید مانند مرگ عزیزان، طلاق، و مهاجرت طی سه ماه اخیر، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طی انجام پژوهش و تمایل جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر کردن پرسشنامه‌ها و عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت نامه از شرکت کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)[1]: گارنفسکی و کریج (۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸ سوالی است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری؛ دیگر سرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/ نشخوار گری؛ فاجعه‌آمیز پنداری؛ کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمولفه به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیر انطباقی (سازش نایافته) تقسیم می‌شوند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نسخه‌ی اصلی برای هر کدام از زیرمولفه‌ها بین ۰/۷۳ الی ۰/۸۱ و ضریب روایی همزمان آن با زیرمولفه افسردگی پرسشنامه سلامت روان (فرم ۹۰ سوالی) برای خود سرزنشگری ۰/۱۵، دیگر سرزنشگری ۰/۰۵، تمرکز بر فکر/ نشخوار گری ۰/۳۱، فاجعه‌آمیز پنداری ۰/۳۲، کم‌اهمیت شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ۰۶/- ارزیابی مجدد مثبت ۰/۲۰-، پذیرش ۰/۰۳، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۰۴ به‌دست‌آمده است (گارنفسکی و کریج، ۲۰۰۶). پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در دو نوبت و با فاصله دو تا چهار هفته محاسبه و با ضرایب ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ تائید شد (بشارت و بزازیان، ۲۰۱۲). روایی محتوی نیز توسط هشت نفر روان‌شناس داوری و مورد توافق واقع شده و ضریب کندال از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ برای زیرمقیاس ها تعیین شد (پورحسین و هدهدی، ۱۳۹۴). در این پژوهش پایایی این

1 -Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان انطباقی ۰/۸۸ و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان غیر انطباقی ۰/۸۴ به دست آمد.

نسخهٔ کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (PWBS)[1]: نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سوالی) پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است (ریف و سینگر[2]، ۲۰۰۲). سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸، عامل استقلال؛ سؤال‌های ۱، ۴ و ۶، عامل تسلط بر محیط؛ سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷، عامل رشد شخصی؛ سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳، عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶، عامل هدفمندی در زندگی و سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰، عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای (۶=کاملاً موافقم تا ۱=کاملاً مخالفم) می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است.

ریف (۱۹۸۹) ضریب همسانی درونی مقیاسها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمون پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است. همبستگی نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف با پرسشنامه اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و ضریب روایی هم‌زمان آن با سیاهه‌ی روان‌درمانی مثبت نگر (رشید و سلیگمن[3]، ۲۰۱۳) برای عامل‌های استقلال ۰/۳۰، تسلط بر محیط ۰/۳۸، رشد شخصی ۰/۳۹، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۳۲، هدفمندی در زندگی ۰/۳۱ و پذیرش خود ۰/۴۹ گزارش شد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[4](BREF-WHOQOL): جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌سنجد. سؤالات شماره ۱ و ۲ نیز سؤالاتی کلی از شخص در خصوص ارزیابی شخصی وی از کیفیت زندگی و رضایت از سلامت خود می‌باشد. سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره دهی می‌شوند و دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتراست. در پژوهش ترومپنارس و همکاران (۲۰۰۵) پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۰، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و سلامت محیط ۰/۷۳ و ضریب روایی همزمان آن با پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (دی‌وریس، ۱۹۹۸) برای سلامت جسمانی ۰/۲۲، سلامت روانی ۰/۳۱، روابط اجتماعی ۰/۵۶ و سلامت محیط ۰/۳۰ گزارش گردید. در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی، ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش شد. غفاری و رضایی (۱۳۹۲) ضریب روایی هم‌زمان کل پرسشنامه را با پرسشنامه مهارت زندگی نظری و پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۸ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

افراد گروه آزمایشی و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون، به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. جلسات درمانی گروه آزمایشی شامل ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی پذیرش و تعهد بود که به‌صورت دو بار در هفته برگزار شد (جدول شماره ۱). در طول این مدت گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از ۸ جلسه درمانی، از همه افراد نمونه (گروه آزمایشی و گروه گواه) در یک جلسه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پس‌آزمون، گروه گواه نیز به مدت ۶ جلسه تحت درمان مبتنی پذیرش و تعهد قرار گرفت. بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و رز که در سال ۲۰۰۸ تدوین کرده بودند؛ طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو مرتبه به شرح زیر استفاده شد.

1 - Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item)
2 -Ryff & Singer
3 - Rashid & Seligman
4 World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان

جلسات	
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با شرکت‌کنندگان، معارفه و ایجاد اتحاد درمانی، معرفی ساختار جلسات، تأکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اخذ رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با رویکردACT.
جلسه دوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، معرفی و بررسی اجتناب تجربه‌ای و آگاهی از پیامدهای اجتناب تجربه‌ای، بررسی و ایجاد درماندگی خلاقانه و ارائه استعاره انسان در استخر ماسه، بررسی انتظارات شرکت‌کنندگان از درمان ACT و شرح اهداف انسان زنده، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و تکلیف خانگی
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهود بودن آن‌ها با ارائه استعاره عاشق شدن، تمثیل دروغ‌سنج و دونات ژله‌ای؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم تسلیم شدن، شکست، یاس، انکار، مقاومت، تکلیف خانگی
جلسه چهارم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با مفهوم همجوشی شناختی و بررسی آمیختگی به خود مفهوم‌پردازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و تمرین لیمو لیمو؛ تکلیف خانگی
جلسه پنجم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل و تمرین بیشتر گسلش، معرفی تکنیک‌های ذهن آگاهی و بودن در زمان حال، تفهم کامل‌تر این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی تمایل به‌عنوان جایگزینی برای کنترل با ارائه استعاره اسکیت، تکلیف خانگی
جلسه ششم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش‌ها و مقایسه آن‌ها با اهداف؛ شناسایی ارزش‌های افراد با استفاده از قطب نمای زندگی و حلقه هدف و استعاره مستند هفت روزه و عصای جادویی، ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و تکلیف خانگی
جلسه هفتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان، مرور تکلیف جلسه قبل، ذهن آگاهی و بودن در زمان حال و وارسی بدن بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال متعهدانه، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	خلاصه جلسه قبل و دریافت بازخورد، مرور تکلیف جلسه قبل، مرور ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی الگوهای رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و تشکر از شرکت‌کنندگان برای شرکت در گروه و آماده‌سازی آن‌ها برای پایان جلسات و اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسه.

یافته ها

در گروه آزمایش تعداد ۹ مرد (۵۶/۳٪) و ۷ زن (۴۳/۸٪) و درگروه گواه ۱۰ مرد (۶۲/۵٪) و ۶ زن (۳۷/۵٪) حضور داشتند. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۳/۸٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۶ نفر (۳۷/۵٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۳ نفر (۱۸/۸٪) دارای تحصیلات لیسانس و در گروه گواه ۸ نفر (۰/۵۰٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر(۳۱/۳٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۳ نفر(۱۸/۸٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. میانگین و انحراف معیار در گروه آزمایشی ۲/۴۷ ±۶۳/۵۰ و در گروه کنترل ۲/۵۲ ±۶۴/۱۲ بودند. لازم به توضیح است که با بررسی به عمل آمده بین اعضای گروه آزمایشی و گروه گواه از نظر تعداد، جنسیت، تحصیلات و سن تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها مشاهده نشد. مقایسه دو گروه از نظر جنسیت و تحصیلات با آزمون خی دو صورت گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه از لحاظ جنسیت ($df=۱$ ، $x^2=۱/۱۲$ ، $p=۰/۲۹$) و تحصیلات ($df=۲$ ، $x^2=۵/۶۸$ ، $p=۰/۰۶$) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و مقایسه دو گروه از نظر سن با آزمون تی گروهای مستقل صورت گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که دو گروه از لحاظ سن ($df=۳۰$ ، $T=-۰/۷۰$ ، $p=۰/۴۸$) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. جدول شماره ۲ نیز میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایشی و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
تنظیم شناختی منفی	۲۲/۶۳ (۳/۴۶)	۱۴/۲۵ (۱/۴۳)	۱۹ (۴/۳۱)	۱۷/۵۰ (۴/۸۴)
تنظیم شناختی مثبت	۳۴/۰۶ (۶/۹۸)	۴۵/۷۵ (۱/۲۹)	۳۷/۰۱ (۷/۳۳)	۳۸/۶۹ (۷/۹۸)
بهزیستی روان‌شناختی	۲۸ (۷/۷۲)	۵۰/۷۵ (۱۲/۲۵)	۴۱/۵۰ (۶/۳۴)	۴۰/۴۴ (۸/۲۵)
کیفیت زندگی	۳۴/۱۳ (۷/۹۱)	۸۰/۴۴ (۱۰/۵۷)	۴۸/۷۵ (۸/۴۸)	۵۹ (۱۱/۳۶)

طبق جدول ۲ در متغیر پژوهش، میانگین گروه آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته اســـت؛ این بهبود در متغیر تنظیم شـناختی منفی بصورت کاهش میانگین و در متغیرهای تنظیم شـناختی مثبت، بهزیسـتی روان‌شـناختی و کیفیت زندگی بصورت افزایش میانگین بود؛ بنابراین تفاوت بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون به نفع گروه آزمایش است.

به منظور مقایسه گروه از مایشی و گروه کنترل از نظر متغیرهای وابسته از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های زیر بنایی آن مورد بررسی قرار گرفت. به منظور بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه استفاده شد. نتایج به دست آمده (P>۰/۰۵) حاکی از بهنجار بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایشی و گواه است. یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس های واریانس–کوواریانس می‌باشد. برای بررسـی این مفروضـه از آزمون M باکس اسـتفاده شـد. نتایج این آزمون حکایت از برابری ماتریس کواریانس‌ها داشـت (۰/۲۱ =P و F=۵/۹ و Box M=۱۱/۲۰). برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای راهبردهای منفی تنظیم شـناختی هیجان (۰/۳۶ =F و ۰/۵۴ =P)، راهبردهای مثبت تنظیم شـناختی هیجان (۰/۲۴ =F و ۰/۶۲ =P) ، بهزیسـتی روان‌شـناختی (۱/۹۰ =F و ۰/۱۷ =P) و کیفیت زندگی (۰/۰۷ =F و ۰/۷۸ =P) و نشـانگر تحقق مفروضـه همگنی واریانس‌ها بود. مفروضـه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگنی شـیب‌های رگرسـیون اسـت که با معنی‌دار شـدن (P<۰/۰۱) نتایج F گروه × پیش‌آزمون برای متغیرهای مورد بررسی (راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (۲۶/۹۳ =F و ۰/۰۱ =P)، راهبردهای مثبت تنظیم شـناختی هیجان (۷/۵۷ =F و ۰/۰۱ =P)، بهزیسـتی روان‌شـناختی (۱۶/۵۲ =F و ۰/۰۱ =P) و کیفیت زندگی (۲۸/۵۹ =Fو ۰/۰۱ =P)) فرض همگنی شـیب‌های رگرسـیون تائید نشد که از این تخلف می‌توان با اتخاذ سطح آلفای سخت‌گیرانه‌تر (استفاده از آلفای ۰/۰۲۵ بجای آلفای ۰/۰۵) چشـــم‌پوشـــی کرد (تاباچنیک و فیدل[1]، ۲۰۰۷). با توجه به برقراری مفروضـــه های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۳ -نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره روی نمره‌های متغیرهای پژوهش

آزمون‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۴	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۲۵	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
اثر هاتلینگ	۲/۹۱	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۲/۹۱	۱۶/۷۸	۴	۲۳	۰/۰۰۱

شاخص لامبدای ویلکز به دست آمده برای متغیرهای مورد پژوهش (۱۶/۷۸ =F و P<۰/۰۰۱) در سطح P ≤۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. بر این اساس می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجان منفی، تنظیم شناختی هیجان مثبت، بهزیستی

1- Tabachnick & Fidell

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

روان‌شناختی و کیفیت زندگی) بین گروه آزمایشی و گروه گواه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۴ درج شده است.

جدول ۴- . نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	۱۸۴/۴۴	۱	۱۸۴/۴۴	۲۶/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
هیجان منفی	گروه	۲۰۲/۷۲	۱	۲۰۲/۷۲	۲۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	خطا	۱۹۸/۵۵	۲۹	۶/۸۴			
تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	۳۹۵/۵۹	۱	۳۹۵/۵۹	۱۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰
هیجان مثبت	گروه	۵۵۹/۹۵	۱	۵۵۹/۹۵	۲۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۵۸۴/۸۶	۲۹	۲۰/۱۶			
بهزیستی	پیش‌آزمون	۱۶۱۷/۲۸	۱	۱۶۱۷/۲۸	۲۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
روان‌شناختی	گروه	۲۴۰۱/۷۵	۱	۲۴۰۱/۷۵	۴۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۱۶۵۵/۶۵	۲۹	۵۷/۰۹			
	پیش‌آزمون	۷۸۰/۳۵	۱	۷۸۰/۳۵	۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱
کیفیت زندگی	گروه	۴۰۳۵/۹۱	۱	۴۰۳۵/۹۱	۴۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۲۸۳۵/۵۸	۲۹	۹۷/۷۷			

با توجه به جدول شماره ۴ بین گروه آزمایشی و گروه گواه از لحاظ راهبرد های منفی تنظیم شناختی هیجان، راهبرد های مثبت تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح ($P \leq ۰/۰۰۱$) وجود دارد. بر اساس میانگین‌های ارائه‌شده در جدول شماره ۳، یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که در مرحله پس‌آزمون راهبرد های منفی تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کاهش و راهبرد های مثبت تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. میزان تأثیر برای راهبرد های منفی تنظیم شناختی هیجان ۰/۵۰، راهبرد های مثبت تنظیم شناختی هیجان ۰/۴۸، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۹ و برای کیفیت زندگی ۰/۵۸ بود؛ یعنی ۵۰ درصد از واریانس راهبرد های منفی تنظیم شناختی هیجان، ۴۸ درصد از واریانس راهبرد های مثبت تنظیم شناختی هیجان، ۵۹ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی و ۵۸ درصد واریانس کیفیت زندگی ناشی از درمان مبتنی پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان در شهر ایلام انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گواه از لحاظ تنظیم شناختی هیجان منفی و مثبت تفاوت معناداری وجود دارد. بدین نحو که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش تنظیم شناختی هیجان منفی و افزایش تنظیم شناختی هیجان مثبت در بین سالمندان شده است. این یافته با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، یراقچی و همکاران (۱۳۹۸) و ببننده و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. پذیرش روان‌شناختی به‌عنوان یکی از مولفه‌ها مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس چند دلیل با پیامدهای سلامت روان بهتری همراه است. نخست؛ پذیرش اجازه می‌دهد تا منابع روان‌شناختی بیشتری برای تجربه رویدادهای زندگی در دسترس باشد. دوم، پذیرش تجربه (در مقابل اجتناب از) احتمال کمتری دارد که منجر به افکار منفی و اثرات بازگشتی خلق شود. سوم، پذیرش به افراد اجازه دهد درگیر انواع تجارب شوند و از آن‌ها لذت ببرند، چون لازم نیست از تمام شرایطی که ممکن است پریشانی روان‌شناختی را به همراه داشته باشد،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

اجتناب کنند (باتلر و سیاروچی[1]، ۲۰۰۷). سالمندانی که دارای سطوح بالای پذیرش روان‌شناختی هستند کیفیت زندگی بالاتری در زمینه‌های سلامت، ایمنی، مشارکت اجتماعی و بهزستی هیجانی برخوردار می باشند و واکنش های روانی منفی کمتری نسبت به رکود دارند (باتلر و سیاروچی ، ۲۰۰۷). هنگامی که تجربیات درونی مانند یعنی افکار و احساسات، با پذیرش مواجه می‌شوند، سخت‌ترین مشکلات کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسند و اقدامات کنترلی غیرموثر به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد (اطلسی و همکاران، ۲۰۱۴). ماهیت فراتشخیصی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به ارائه پاسخ متفاوت افراد به مشکلات می‌شود. چرا که مشکل را حل کرده و یا ذهن را تغییر می‌دهد، کاری که به دلیل کاهش توانایی برای سالمندان دشوار است و از دستیابی به پیری مثبت از طریق اعتبارسنجی تجربیات و واکنش‌های فردی با پذیرش رویدادی که فرد نمی‌تواند از رویداد اجتناب کند و آن را تغییر دهد، حمایت می‌کند (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶). راهبردهای پـذیرش بـر تنظـیم احساسـات و هیجانات نیز تأثیر مثبت می‌گذارند، انگیختگی فیزیولوژیکی را کاهش و پاسخ‌های مؤثر در کنتـرل هیجـانی را ارتقـاء مـی‌دهنـد (جورج و دی‌گازمن[2]، ۲۰۱۵).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی افراد مسن را به گونه‌ای مثبت تحت تاثیر قرار دهد. این یافته با نتایج پژوهش موسوی تیلبانی و همکاران (۱۴۰۰)؛ یعقوبی و کریمی (۱۳۹۹)، و حسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. افراد مسن با افزایش سن طیفی از عوامل استرس‌زا روانی و اجتماعی، تغییر چالش برانگیز نقش‌ها و کاهش وضعیت سلامت جسمانی را تجربه می‌کنند. همه این عوامل منجر به فقدان می‌شوند و می‌توانند با پریشانی، به‌ویژه نگرانی و غم و اندوه همراه باشند. تجربه زیان‌ها و فقدان‌ها (مانند سازگاری با دوران بازنشستگی، ناامنی مالی، بیوه شدن، کنار آمدن با مرگ عزیزان، پیش بینی مرگ خود و ناسازگاری با کاهش سلامت جسمی و عملکرد و بیماری مزمن) بسیار بیشتر از دستاوردهایی است که در پیری طبیعی رخ می‌دهد (بالتس، ۱۹۹۷). اگر ناراحتی برگرفته از این رویدادها فراگیر باشد، می‌تواند باعث کاهش عملکرد، افزایش مرگ‌ومیر و کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی گردد. با این حال، پریشانی مرتبط با چنین رویدادهایی را می‌توان زمانی معقول در نظر گرفت که آن‌ها به‌عنوان بخشی از رویکرد تکامل عمر در نظر گرفته شوند؛ و رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز مجدد بر رفتارها با استفاده از اهداف قابل دستیابی که با ارزش‌ها همسو هستند دراین زمینه می‌تواند سودمند باشد (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶). به با استفاده از تکنیکهای خود به عنوان زمینه به سالمند آموزش داده می‌شود که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات خود تواناتر باشد، به همان میزان می‌تواند مستقل از این تجربیات عمل کند. پذیرش جایگزین مهم برای اجتناب است و به سالمند کمک می‌کند ضمن پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی خود را برای نیل به هدف به کار گیرد. درواقع این درمان باعث ایجاد آگاهی از زمان حال، فعالیت و اجتناب از افکار منعکس کننده مشکلات می‌شود. آگاهی فراگیر افراد را قادر می سازد تا افکار و احساسات خود را بدون هیچ کنترلی به ضمیر خودآگاه منتقل کنند. تا فرد با پذیرش افکار مذکور، تهدیدها را به فرصت تبدیل کند، حوادث نامطلوب را تحمل کند و برای مشکلات چاره جوئی کند. این توانایی می‌تواند اضطراب را در شرایط سخت کاهش دهد، به جای رویکرد هیجان‌محور، یک رویکرد مسئله‌محور ایجاد کند و سازگاری اجتماعی را حفظ کند (ایری و همکاران، ۲۰۲۱).

یادگیری نحوه عملکرد با داشتن تجربیات درونی (مانند اضطراب) لزوماً وسیله ای برای کاهش این تجربیات نیست. این فرآیندی است که از طریق آن افراد می توانند بهتر عمل کنند. هنگامی که اضطراب از یک موضع انعطاف‌پذیر روانی تجربه می‌شود، تاثیر کمتری بر گزینه‌های رفتاری که ایجاد می‌شوند دارد؛ بنابراین، زمانی که افراد در این رویکرد درمانی شرکت می‌کند، می‌توانند زندگی را به روش‌هایی آغاز کنند که برایشان معنادارتر است، زیرا افکار، تمایلات و احساسات آن‌ها تأثیر کمتری بر اعمال و انتخاب‌هایشان دارد (رابرتز و سدلی، ۲۰۱۶).

این روش درمانی یک مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته است و مانند شناخت درمانی سنتی، هدف آن مراقبت روانی است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که این درمان بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۹۹)، رستمی و همکاران (۱۳۹۸)، موسوی و همکاران (۲۰۱۸) و مهریار (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. اثربخشی این درمان در افراد سالمند را در زمینه کیفیت زندگی می‌توان این گونه تبیین کرد که آگاهی مبتنی بر این که در سالمندی که زمان آن‌ها محدود است ایجاد شود. فرض بر این است که این امر می‌تواند به این معنا باشد که بزرگسالان مسن‌تر انگیزه بیشتری برای در نظر گرفتن

1 -Butler & Ciarrochi

2 - George & de Guzman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

آنچه که واقعاً ارزشمند است دارند. بر اساس نظریه مرحله‌ای شای و ویلیس[1] (۲۰۰۰) و مدل شناختی، افراد مسن را در "مرحله سازماندهی مجدد" و سالمندان را در "مرحله ایجاد میراث" توصیف شده اند. آن‌ها معتقدند که در مقایسه با بزرگسالان، این افراد کمتر احتمال دارد «زمان خود را برای کارهایی که برایشان بی‌معنی است تلف کنند» و در عوض زمان و منابع محدود آنها صرف برنامه‌ریزی و انجام فعالیت‌هایی می‌شود که برایشان معنادارتر است. با توجه به کاوش در ارزش‌های شخصی و تمرکز بر رفتار متعاقب آن به روش‌هایی که با این ارزش‌ها سازگار است (که به‌عنوان اقدام متعهدانه شناخته می‌شود)، این درمان می‌تواند پیامدهای مثبتی برای سالمندان داشته باشد. آمیختگی شناختی یکی دیگر از حوزه های مهم ارزیابی در افراد مسن است. ارزیابی اینکه فرد تا چه حد با یک خود مفهومی آسیب دیده ترکیب شده است، مورد بررسی قرار می‌گیرد. نگرش در مورد پیری مهم است و داشتن نظرات منفی در مورد افزایش سن می تواند به یک خود کلیشه ای منفی تبدیل شود. علاوه بر این، سالمندانی که باورهای منفی در مورد پیری دارند، پیامدهای سلامت روانی و عملکردی بدتری دارند آمیختگی شناختی با این خود مفهومی آسیب دیده سالخورده ممکن است مانعی برای تغییر رفتار ایجاد کند. با استفاده از تکنینک های همجوشی زدایی این باورهای منفی مورد بررسی قرار می‌گیرند.

در مجموع می‌توان گفت که از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقرون به صرفه است و در مقیاس وسیع قابل اجرا است، این امکان را دارد که به کاهش زوال سلامتی و ارتقای بهزیستی روان شناختی از طریق معنادار کردن زندگی و افزایش انعطاف‌پذیری روانی در افراد مسن کمک کند. براساس رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اگر کاهش عملکرد منجر به ناتوانی در دستیابی به یک هدف شود، استراتژی های جایگزین جبرانی مانند صرف منابع اضافی یا تغییر اهداف اولیه به منظور حفظ عملکرد می‌تواند مانع از اجتناب تجربی و رفتاری در افراد سالمند شود. بنابراین، این رویکرد درمانی از این امر حمایت می‌کنند که پذیرش کاهش‌هایی که تغییرناپذیر هستند و به دنبال آن شناسایی اهدافی که هنوز قابل دستیابی هستند، سازگار و سودمند است.

با توجه به اینکه جامعه آماری در این پژوهش را سالمندان تشکیل داده بود، تعمیم این نتایج به سایر گروه ها و سایر سالمندان ساکن در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام شود. از دیگر محدودیت های پژوهش می توان به نبود جلسه های پیگیری درمان به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم بررسی نتایج به تفکیک جنسیت اشاره نمود؛ بنابراین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی نتایج به تفکیک جنسیت بررسی، از مصاحبه ساختاریافته و مشاهده برای جمع آوری داده ها و سنجش متغیرها استفاده شود تا سوگیری ها به حداقل برسد و اینکه نتایج در مراحل پیگیری کوتاه مدت و بلندمدت بررسی شود. پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روان در حوزه روان‌شناسی سالمندان با شناخت کامل نسبت به درمان پذیرش و تعهد، به کارگیری این درمان، به اتخاذ رویکر انعطاف پذیرتر نسبت به کاستی‌ها و نقضان های دوران پیری و هدفمند کردن کردن در باقمانده عمر در سالمندان کمک کنند.

منابع

اورکی، م.، جهانی، ف.، و رحمانیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند. *روان شناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۴۷-۵۶. https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2018.14182.1378

پورحسین، ر.، و هدهدی، ز. (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین تحمل ناپذیری بلاتکلیفی با نگرانی. *رویش روان شناسی*، ۴ (۱۳)، ۶۱-۷۳.

حسن زاده، م.، اکبری ب.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۷ (۴)، ۲۵۰-۲۵۹.http://dx.doi.org/%2010.30699/ajnmc.27.4.250

حسینی، ف.، تنها، ز.، کریمی، ج.، و قدم‌پور ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران گوارشی. *یافته*، ۲۳(۲)، ۹۱-۱۱۰.http://dx.doi.org/10.32592/Yafteh.2021.23.2.8

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح آبادی، ج، مظاهری، م.، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۹(۳۲)، ۲۷-۳۶.

رستمی، م.، رسولی، م. و کسایی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان. *مشاوره کاربردی*، ۹(۱)، ۷۸-۱۱۰.https://dx.doi.org/10.22055/jac.2019.28942.1664

1 - Schaie & Willis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

رهبرکرباسدهی، ا.، ابوالقاسمی، ع.، حسین‌خانزاده، ع.، و رهبرکرباسدهی، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روان شناسی بالینی و شخصیت*،۱۸(۲)، ۱-۹. https://dx.doi.org/10.22070/cpap.2020.2941

زارع، ب.، کاوه فیروز، ز.، و سلطانی.، م. (۱۳۹۴). عوامل جمعیتی- اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی .*مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران* ۴(۱)، ۱۱۹-۱۴۴.https://dx.doi.org/10.22059/jisr.2015.55079

سعیدی، ن.، لطفی، م.، اکبریان، م.، سعیدی، ا.ر.،و صالحی،ع. (۱۴۰۰). تنظیم هیجانی:مطالعه مقایسه ای در سالمندان و بالغین. *مجله سالمند*، ۱۶(۳)، ۴۱۲-۴۲۵. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.16.3.3153.1

کاظمی، ن.، سجادی، ح.، و بهرامی، گ. (۱۳۹۸). کیفیت زندگی سالمندان ایرانی: یک مطالعه مروری. سالمند: *مجله سالمندی ایران*، ۱۳ (۵)، ۵۳۳-۵۱۸.http://dx.doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518

معتمدی، ع.، برجعلی، ا.، و صادقپور، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. *مجله سالمند*، ۱۳(۱)، ۹۸-۱۰۹.http://dx.doi.org/10.21859/sija.13.1.98

مهریار، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سالمت روان و کیفیت زندگی زنان سالمند. *سالمندشناسی*، ۴(۳)، ۲۲-۲۹.http://dx.doi.org/10.29252/joge.4.3.21

موسوی تیله بنی، م.، احدی، ح.، و ثابت، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و خودکارآمدی دانش آموزان کم بینا، *مجله طب پیشگیری*، ۸(۱)، ۲۳-۳۲.http://dx.doi.org/10.52547/jpm.8.1.32

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

هاشمی، ز.، افشاری، ع.، و عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد برارتقاءسلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه آموزش بهداشت*، ۸(۲)، ۱۶۰-۱۷۱.http://dx.doi.org/10.29252/ijhehp.8.2.160

یراقچی، آ.، جمهری، ف.، صیرفی، م.ر.، کراسکیان موجمباری، آ.، و محمدی فارسانی، غ.ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۷(۲)، ۱۹۲-۲۰۱. http://dx.doi.org/10.30699/ijhehp.7.2.192

یعقوبی، ا. و کریمی، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی جانبازان شیمیایی کرمانشاه، *نشریه طب جانباز*، ۱۲(۴۷)، ۹۹-۹۳.http://dx.doi.org/10.29252/ijwph.12.2.93 .

Baltes P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.

Baltes, M. M., & Baltes, P. B. (2014). *The psychology of control and aging (psychology revivals)*. Psychology Press.

Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York, NY: Cambridge University Press.

Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2015). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*, *24*(84), 61-70. https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360

Blanchard-Fields, F., Stein, R., & Watson, T.L. (2004). Age Differences in Emotion-Regulation Strategies in Handling Everyday Problems. Journal of Gerontology: *Psychological Sciences*, 59(6), 261–269. https://doi.org/10.1093/geronb/59.6.P261

Boehm, J.K., Soo, J., Zevon, E.S., Chen, Y., Kim, E.S., & Kubzansky, L.D. (2018). Longitudinal Associations between Psychological Well-Being and the Consumption of Fruits and Vegetables. *Health Psychol*, 37(10): 959–967. https://doi.org/10.1037/hea0000643

Brummer, L., Stopa, L., & Bucks, R. (2014). The Influence of Age on Emotion Regulation Strategies and Psychological Distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *42*(6), 668-681. https://doi.org/10.1017/S1352465813000453

Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and Quality of Life in the elderly, *Quality of Life Research*, 16(4), 607-15 https://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448

Cheng, M-Y., Wang, M-J., Chang, M-Y., Zhang, R-X., Gu, C-F., & Zhao, Y-H. (2020). Relationship between resilience and insomnia among the middle-aged and elderly: Mediating role of maladaptive emotion regulation strategies. *Psychology and Health Medicine*, 25(10), 1266–1277. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1734637

Cook Maher, A., Kielb, S., Loyer, E., Connelley, M., Rademaker, A., Mesulam, M. M., Weintraub, S., McAdams, Dan ... & Rogalski, E. (2017). Psychological well-being in elderly adults with extraordinary episodic memory. PloS one, 12(10), e0186413. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186413

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

Costa, Â., Castillo, J. C., Novais, P., Fernández-Caballero, A., & Simoes, R. (2012). Sensor-driven agenda for intelligent home care of the elderly. Expert Systems with Applications, 39(15), 12192-12204. https://doi.org/10.1016/j.eswa.2012.04.058

Dannefer, D., & Phillipson, C. (2010) *Handbook of Social Gerontology*. London: SAGE.

Dindo, L., & Van Liew, J.R., & Arch, J.J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*,14:546–553. https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3

Dixon, M.R., Hayes, S.C., Stanley, C., Law, S., & al-Nasser, T. (2020). Is Acceptance and Commitment Training or Therapy (ACT) a Method that Applied Behavior Analysts Can and Should Use? *The Psychological Record*, 70:559–579. https://doi.org/10.1007/s40732-020-00436-9

Dominko, M., Verbič, M. (2019). Subjective well-being among the elderly: A bibliometric analysis. Qual Quant 53, 1187–1207. https://doi.org/10.1007/s11135-018-0811-9

Ebner, N.C., & Fischer, H. (2014). Emotion and aging: evidence from brain and behavior. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-6. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00996

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603–611. https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507

George, B., & de Guzman, R.G. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy based intervention program (ACTP) on perceived stress and emotion regulation among alcoholics in Kerala, India. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6 (1), 10-18. https://doi.org/10.15614/IJPP%2F2015%2FV6I1%2F88437

Ghahremani, L., Kaveh, M.H., Tehrani, H., Orooji, A., & Jafari A. (2020). Assessment of the theory of planned behaviour in predicng potenal intenon and behaviour of posive thinking among a school-based sample of Iranian adolescents: a path analysis. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*,1-11. DOI: https://doi.org/10.1017/jgc.2020.13

Grant, K. E., McMahon, S. D., Duffy, S. N., Taylor, J. J., & Compas, B. E .(2010) *Stressors and mental health problems in childhood and adolescence. In: Contrada R and Baum A (eds) Handbook of Stress Science*. New York: Springer Publishing, pp. 359–372.

Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. Muto, T. & Masuda, A. (2011). Seeking cultural competence from the ground up. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 232-237. https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.2011.01254.x

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141-168. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449

Ho, H-C. (2017). Elderly volunteering and psychological well-being. *International Social Work*, 60(4) 1028–1038. https://doi.org/10.1177/0020872815595111

Iri, H., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., & Hafezi, F.(2021). The effect of acceptance and commitment therapy on hypochondria and cognitive emotion regulation among divorced women. *Community Health Research*, 10(3), 218 -225 . http://dx.doi.org/10.18502/jchr.v10i3.7277

Isaacowitz, D.M., & Seligman, M.E. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 233–253. https://doi.org/10.2190%2FJ6E5-NP5K-2UC4-2F8B

Kovalenko, O., & Spivak, L.M. (2018). psychological well-being of elderly people: The social factor. *Social Welfare Interdisciplinary Approach Psychological*, 1(8), 163. http://dx.doi.org/10.21277/sw.v1i8.323

Krause, N. (2007). Thought suppression and meaning in life: a longitudinal investigation. *International Journal of Aging and Human Development*, 64,67–82. https://doi.org/10.2190%2F2044-390U-7106-5610

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Maghsoudi, Z., Razavi, Z., Razavi, M., & Javadi, M. (2019). Efficacy Of Acceptance And Commitment Therapy For Emotional Distress In The Elderly With Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy, 12, 2137–2143. https://doi.org/10.2147/DMSO.S221245

Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2011). *Politics, government, and aging in America. Aging, Society, and the Life Course*, 4th edn, New York: Springer.

Mousavi, S.M., Kraskian Mujembari, A., Hassani Abharian, P., & Pashang, S. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT Rehab) on Quality of Life, Severity and Duration of Pain; in Women With Chronic Low Back Pain. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(1), 103-110. http://dx.doi.org/10.29252/nrip.irj.16.1.103

Petkus, A.J., & Wetherell, J.L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. C*ognitive* and *Behavioral Practice*, 20(1), 47–56. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.07.004

Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.

Roberts, S. L., & Sedley, B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Case Study of an 89-Year-Old with Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Case Studies Sagepub*, 15 (1), 53 – 67. https://doi.org/10.1177/1534650115589754

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]

Rosen, G.M., & Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behav Modif*, 27(3), 300-312. https://doi.org/10.1177/0145445503027003003

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C. D., & Singer, B. (2002). *From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 541-554). London, England: Oxford University.

Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tacket, K. A., Sheffler, J., Arce, D., Rushing, N. C., and Cosentino, E. (2014). The influence of prior rape on the psychological and physical health functioning of older adults. *Aging Mental Health* 18, 717–730. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.884538

Schaie, K. W. (2008). *A lifespan developmental perspective of psychological aging. In K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatmen*t (pp. 3-32). Oxford, UK: Oxford University Press.

Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2000). *A stage theory model of adult cognitive development revisited*. In B. Rubinstein, M. Moss, & M. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton* (pp. 175-193). New York, NY: Springer.

Scherer, K. R. (2009). Emotions are emergent processes: They require a dynamic computational architecture. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1535), 3459-3474. https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0141

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A.A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385(9968): 640–648. https://dx.doi.org/10.1016%2FS0140-6736(13)61489-0

Suls, J. (2018). Toxic affect: Are anger, anxiety, and depression independent risk factors for cardiovascular disease?. Emotion Review, 10(1), 6-17. https://doi.org/10.1177/1754073917692863

Suri, G., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation and successful aging. *Trends in cognitive sciences*, 16(8), 409-410. https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.06.007

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5, pp. 481-498). Boston, MA: pearson.

Taklavi, S., Shahbaazi, P., Narimani, M. (2020). The Effectiveness of Solution-Focused Approach on Temperament and Character Dimensions among Probative University Students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 13(4), 159-165. https://dx.doi.org/10.30491/ijbs.2020.104827

Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., van Heck, G. L., Hodiamont, P. P. G., & de Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14(1), 151-160. https://doi.org/10.1007/s11136-004-0787-x

Whitmoyer, P.R. (2020). *Age differences in emotion regulation strategy use in daily life: Implications for emotional well-being. Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy*. The Ohio State University.

Yen, C. F., Kuo, C. Y., Tsai, P. T., Ko, C. H., Yen, J. Y., & Chen, T. T. (2007). Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, 24(8), 563-570. https://doi.org/10.1002/da.20239

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.4.11.4]