



سال ششم • بهار و تابستان ۹۹ • شماره ۱۲

Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 6, No. 12, Spring & Summer 2020

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی

بر سلامت روان سالمندان

* زهرا مجاهدیان

** ماریه دهقان منشادی

چکیده

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی خواهد بود و به دلیل تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی، دوران مهمی از زندگی است که توجه به مسائل و نیازهای آن ضرورتی خاص دارد. این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان سالمندان استان یزد پرداخته است. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری، سالمندان استان یزد در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار این پژوهش پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و برنامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بود. پژوهشگران جلسات درمان را با استفاده از منابع معتبر در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی کردند. سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با منابع اسلامی معتبر تطبیق داده شد و به تأیید ۵ نفر از متخصصین حوزه روان‌شناسی و علوم قرآنی رسید. گروه آزمایش، برنامه درمان را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. طبق یافته‌های این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی موجب افزایش ابعاد سلامت روان سالمندان شده است.

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکرد اسلامی، سلامت روان، سالمند

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد | marieh.dehghan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه خواهد بود. سالمندی به دلیل تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی، دوران مهمی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای آن ضرورتی خاص دارد (اورکی، جهانی و رحمانیان، ۱۳۹۷). تکریم سالمندان و احترام ویژه به آنان، از آموزه‌های روشن فرهنگ اسلامی است. از جمله در قرآن کریم آمده است: و خداوند مقرر کرده است که شما کسی را جز او پرستش نکنید و نسبت به پدر و مادر خود احسان کنید و اگر یک یا هر دو آن‌ها به سن کهنسالی رسیدند، مبادا به آن‌ها کلمه‌ای با بی‌احترامی یا فریاد به زبان بیاورید و با آن‌ها با احترام و اکرام رفتار کنید^۱ (اسراء: ۲۳). همچنین پیامبر خدا ﷺ می‌فرماید: کسی که فضیلت سالخوردگان و پیران را دریابد و به خاطر سِنش او را احترام کند خداوند او را از عذاب روز قیامت در امان می‌دارد (فقهی زاده، ۱۳۹۳).

مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲، جمعیت سالمند به سرعت در حال رشد است. در حال حاضر ۶۰۰ میلیون نفر با سن بالای ۶۰ سال در سراسر جهان زندگی می‌کنند که این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید (فنگ^۳ و یاپ^۴، ۲۰۱۳). در ایران نیز بر اساس بررسی‌ها و شاخص‌های آماری، پیش‌بینی می‌شود که ۲۵ تا ۳۲ درصد از جمعیت کلی کشور تا سال ۱۴۱۲ را سالمندان تشکیل خواهند داد (صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۷). طبق آمار مذکور، می‌توان گفت که ایران در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میانسال است و به‌زودی به کشورهای با ترکیب جمعیتی سالمند جهان خواهد پیوست. اگرچه سالمندی جمعیت جزو موفقیت‌های بزرگ جامعه بشری محسوب می‌شود، اما سالمندی با شیوع بالای مشکلات جسمی و روانی نظیر اختلالات حرکتی، پوکی استخوان، سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی، افسردگی، اضطراب، استرس و زوال عقل مرتبط است. به‌موازات طولانی‌تر شدن عمر افراد، رفتارهای ارتقای

۱. وَ قَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا آيِبٌ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا.

2. World Health Organization (WHO)

3. Feng, L

4. Yap, K. B

سلامت، به‌ویژه حفظ عملکرد، استقلال و کیفیت زندگی مهم‌تر می‌شود (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۲۰۱۵).

طبق پژوهش‌های انجام‌شده اختلالات روانی دومین عامل از دست دادن زندگی در سالمندان شناخته می‌شوند (گرور^۳، ساهو^۴، چاکرابارتی^۵ و اواستی^۶، ۲۰۱۸). زمانی که افراد سلامت روان داشته باشند، می‌توانند در برابر مشکلات و ناملایماتی که برای آن‌ها به وجود می‌آید، چاره‌اندیشی و راه‌حل‌هایی را انتخاب کنند (الکساندر^۷ و انویز^۸، ۲۰۰۷). با چنین افزایش جمعیت روبه‌رشدی، مشکلات سلامتی سالمندان به‌ویژه مشکلات مربوط به سلامت روان بیشتر اهمیت می‌یابد. موضوع سلامت روان انسان‌ها نیز به‌خصوص جنبه ذهنی و روانی آن از دیرباز اهمیت زیادی داشته و پیچیدگی‌های خاصی دارد که نسبت به دیگر ابعاد زندگی، بیشترین دگرگونی و تغییر را متحمل شده است (عزیزی، سپهوندی، پیدا، محمدی، ۱۳۹۶). سلامت روان به قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب اشاره دارد. مشکلات مرتبط با سلامت روان در سالمندی نیز با نشانه‌های جدی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه و زوال عقل، تغییر الگوی خواب، احساس تهایی و انزوای اجتماعی، همراه‌اند و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد جمعیت سالمندان به آن مبتلایند (توکلی و حیدری، ۱۳۹۴). نظر به اینکه سلامت روان یکی از ارکان سلامتی و لازمه زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است، ارتقای سلامت روان افراد جامعه، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است (اورکی و همکاران، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ (ACT) از درمان‌های جدیدی است که در بهزیستی

1. Kaplan, H. I
2. Sadock, B. J
3. Grover, S
4. Sahoo, S
5. Chakrabarti, S
6. Avasthi, A
7. Alexander, E. S
8. Onwuegbuzie, A. J
9. Acceptance and Commitment Therapy

روان‌شناختی بیماران نقش بسزایی دارد و با ادغام مداخلات پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی، به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و معنی‌دار کمک می‌کند (توهینگ^۱، ۲۰۰۹). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی بازمی‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد (پورفرج، ۱۳۹۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، برافزایش کارآمدی رفتار در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند. در واقع هدف این نوع درمان افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً عملی جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (دهقانی و رضایی، ۱۳۹۷). منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است؛ رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند (هایز^۲، ۲۰۱۴). آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، راهبردی پیشگیرانه است و از بروز رفتارهای پرخطر در افراد جلوگیری می‌کند؛ بنابراین بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و نقشی مهم بر سلامت روان سالمندان دارد. با ارتقای سطح بهداشت روان، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران افزایش می‌یابد و از بسیاری از بیماری‌های روانی و مشکلات آن‌ها پیشگیری می‌کند (مهریار، ۱۳۹۸).

نتایج تحقیقات اخیر نشان داده است که کیفیت زندگی، سلامت روانی و جسمانی و درکل سالمندی موفق، به‌شدت تحت تأثیر باورهای دینی سالمندان قرار دارد. از سال ۱۹۹۰ به بعد، نقش معنویت در سلامت انسان ارزش بیشتری یافته و از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ هفت برابر شده است. مطالعات نشان می‌دهد که معنویت در سلامت مؤثر است (سعیدی مهر، گراوندی، ایزدمهر، محمدی و حسنی، ۱۳۹۴) و موجب افزایش امید به زندگی، افزایش قدرت ایمنی بدن، بهبود

1. Twohig, M. P

2. Hayes, S. C

واکنش بدن در برابر فشارهای روانی، کاهش افسردگی و بهبودی بیماری‌های شدید کمک می‌شود (کمری و فولادچنگ، ۱۳۹۵). بسیاری معتقدند آموزه‌های معنوی با نتایج مثبت درمانی ارتباط مستقیم دارد. آگاهی از اعتقاد بیمار به معنویت و داشتن عقاید مذهبی نیز می‌تواند به پزشکان در بهبود روند درمانی بیمار کمک کند (گلی، مداح سادات، دالوندی و حسینی، ۱۳۹۵). برخی محققان تجربه معنویت را شامل امیدواری، معنایابی در زندگی، توانمندی گذشت از خطاهای دیگران، باورها و ارزش‌های اخلاقی، مراقبت معنوی، داشتن رابطه مناسب با دیگران، باور به خدا، اخلاقی بودن و خلاقیت و اظهار وجود می‌دانند. اعتقادات، نگرش‌ها و عملکردهای دینی، عامل مهمی در سازگاری با پیامدهای سالخورده‌گی و تأمین بهداشت روانی سالمندان است که موجب کاهش استرس نسبت به چالش‌های زندگی از جمله بیماری‌ها می‌گردد (آخوندزاده و همکاران، ۱۳۹۷). با افزایش سن، باورهای مذهبی و سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد. پایبندی به اعتقادات و دستورالعمل‌های دینی، انگیزه فرد برای ایجاد و تقویت رفتارهای خود مراقبتی را افزایش می‌دهد به گونه‌ای که هر چه ایمان فرد سالمند نسبت به خدا قوی‌تر شود، بهتر می‌تواند با مشکلات زندگی مقابله کند (کاتز^۱، کرسیت^۲، برگر^۳ و استنبرگ^۴، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد افرادی که گرایش‌های معنوی بیشتری دارند، از سطح امیدواری و رضایتمندی بیشتری برخوردارند و هنگام مواجهه با آسیب و تروما، واکنش بهتری نسبت به درمان دارند. اژدری فرد، قاضی و نورانی پور (۱۳۹۰) در پژوهش خود با بررسی تأثیر آموزش اسلامی و عرفانی بر سلامت روان نشان دادند که آموزش عرفان و معنویت در افزایش سلامت روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی تأثیر دارد.

توجه دادن انسان به ایمان به خداوند، توحید و یگانه‌پرستی و بندگی او، اولین و اساسی‌ترین آموزه انبیا و معصومان علیهم‌السلام بوده است. اصلی‌ترین رکن دین یعنی ایمان به خدای یکتا، انسان را از نگرانی، اضطراب و دغدغه خاطر مصون داشته و در برابر رویدادهای نامطلوب زندگی ثابت‌قدم و

1. Coats, H
2. Crist, J. D
3. Berger, A
4. Sternberg, E

استوار نگه می‌دارد. به‌گونه‌ای که حوادث نمی‌توانند تزلزلی در او ایجاد کنند. هدف غالب شیوه‌های توصیه‌شده اسلام، یاری‌رساندن به انسان به‌منظور برخورداری از روح و روان سالم است تا بتواند با توسل به بهترین راه‌های ممکن با مشکلات مقابله کند و به آرامش نائل آید (کمری و همکاران، ۱۳۹۵). آموزه‌های اسلام با تغییر و اصلاح شناخت و تفکر نسبت به جهان و تبدیل جهان‌بینی بشر به جهان‌بینی الهی، بر نگرش انسان به مسائل زندگی و رفتار، عواطف و احساسات شخص تأثیر می‌گذارد و با ایجاد ایمان و توکل به خدا، رضا، مثبت‌اندیشی و امیدواری به زندگی، زمینه سلامت روانی را در مؤمنان فراهم می‌آورد. در قرآن مجید، دین‌داری و دین‌باوری، نشانه سلامت عقل و بی‌رغبتی و عدم تمایل به دین و معنویت دلیل بر سفاقت و بی‌خردی دانسته شده است^۱ (بقره: ۱۳۰).

معنویت و مذهب یکی از توانمندی‌های انسان است که راه‌های کنار آمدن و استراتژی‌های حل مسئله را برای آن‌ها فراهم می‌کند و منبعی از حمایت اجتماعی در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها و احساسی از معناداری را در قلبشان ایجاد می‌کند و به افراد احساس کنترل غیرمستقیم بر پیشامدها می‌دهد که در نهایت منجر به کاهش انزوا و تنهایی در افراد می‌شود (گرور و همکاران، ۲۰۱۱). بسیاری از پژوهشگران، درمان‌های با رویکرد مذهبی را یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش استرس‌ها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی در نظر می‌گیرند که از طریق تأثیر بر عوامل روانی، عصبی، بیولوژیک و سیستم ایمنی در بهبود اختلالات و بیماری‌ها تأثیر بسزایی دارد. نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت، در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است به‌طوری‌که برخی معتقدند معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی و اجتماعی است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، اعتقادات قوی مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی بر سلامت روانی و جسمی فرد اثرات مثبتی دارند. با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی و نیز مثبت‌نگری، انسان می‌تواند به حد نهایی قابلیت و استعدادهایش دست یابد که موضوعی بسیار ارزشمند است (پرچم، فاتحی زاده و محققیان، ۱۳۹۰).

یکی از اصول بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرفتن آگاهانه و فعال تجربیات نامطلوب درونی است (آخوندزاده و همکاران، ۱۳۹۷). اسلام افراد را به تسلیم بودن در برابر امر خدا و رضایت از امر الهی توصیه می‌کند. منظور از تسلیم بودن در برابر مشیت خداوند، یعنی

۱. وَمَنْ يَرْغَبْ عَنْ مِلَّةِ إِبْرَاهِيمَ إِلاَّ مَن سَفِهَ نَفْسَهُ وَلَقَدِ اصْطَفَيْنَا فِي الدُّنْيَا وَإِنَّهُ فِي الآخِرَةِ لَمِنَ الصَّالِحِينَ.

بودن با جهان هستی همان‌گونه که هست. رضایت از پذیرش هر آنچه پیش‌آمده است فقط بدان جهت که از طرف معبود و معشوق است، بسیار دلپذیر است و به این نکته در آموزه‌های دینی اشاره‌های فراوانی شده است. پذیرش و گسلش شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پایان راه نیست، بلکه پذیرش، روشی برای افزایش اقدامات مبتنی بر ارزش است. در آموزه‌های اسلامی پذیرش رنج و سختی برای رسیدن به ارزش‌های والای معنوی و انسانی، مقدس شمرده می‌شود که نمونه بارز آن را در واقعه عاشورا می‌توان یافت (منتظر، نعمتی، رحیمی نسب و مزیدی شرف‌آباد، ۱۳۹۵). در فرهنگ اسلامی، شخصیت افراد یا همان من‌خدایی انسان، بعد از توهین و تحقیر، اسارت و حتی شکست ظاهری، تغییر نمی‌کند، این همان منی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان من مشاهده‌گر و متعالی نامبرده می‌شود که آسیب نمی‌بیند. راهی که قرآن به ما برای بودن در لحظه نشان می‌دهد یاد خداست. یاد خدا دلهره‌ها و ترسهای ناشی از بی‌اعتمادی به آینده را کاهش می‌دهد. با یاد خدا و پذیرش هر آنچه از طرف او صادر می‌شود، ترسها، نگرانی‌ها و ناراحتی‌های همراه با رویدادها از بین می‌رود و فرد به انعطاف و رشد در مواجهه با مسئله و حل آن می‌رسد. از نظر اسلام، والاترین مقام انسانی زمانی پدید می‌آید که انسان به یاد خدا باشد و روحتش متوجه او شود (کمری و همکاران، ۱۳۹۵).

ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای است که اثربخشی آن تاکنون در پژوهش‌های بسیاری در مسائل و مشکلات گوناگون تأیید شده است. مرمرچی‌نیا و ذوقی‌پایدار (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند از آنجاکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی‌دار می‌سازد، می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای ایجاد و افزایش امیدواری و شادکامی مراجعان استفاده کرد. مهریار (۱۳۹۸) در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتقای سلامت روان نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان و کیفیت زندگی زنان سالمند تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. تکیسو^۱، مورفی^۲، میلنز^۳، لمب^۴ و فارن^۵ (۲۰۱۵) در پژوهش خود

1. Thekiso, T. B
2. Murphy, P
3. Milnes, J
4. Lambe, K
5. Farren, C. K

نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و حتی بعد از یک دوره پیگیری شش ماهه نیز باعث کاهش اختلالات خلقی در افراد شده است. یاداوایا^۱، هیز^۲ و ویلدرآگا^۳ (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی کمک می‌کند و این امر نیز به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت منجر می‌شود. پژوهش حاج‌صادقی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که این روش درمانی، نمرات پایین اضطراب، کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی را به دنبال دارد. یازارلو، کلانتری و محرابی (۱۳۹۷) در بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارمندان نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان کارکنان تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

به علت اهمیت سلامت روان در سالمندان و نبود پژوهشی در زمینه متغیرهای مطالعه شده در بافتی همایند در گروه سالمندان استان یزد، پژوهش حاضر به مطالعه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان سالمندان پرداخته شده است. در راستای تحقق این هدف، پژوهشگر قصد دارد این فرضیه را که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر ابعاد سلامت روان سالمندان مؤثر است، بررسی کند.

روش

این پژوهش بر اساس هدف از نوع تحقیقات کاربردی است. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. در این پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل، یک‌بار قبل از شروع آموزش و بار دوم بعد از اتمام آموزش‌ها اندازه‌گیری شدند. بر این اساس، گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفتند. جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه سالمندان استان یزد در سال ۱۳۹۸ بود. دامنه سنی سالمندی در ایران طبق تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۶۰ سال و بالاتر است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲). ابتدا ۳۰ نفر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل نداشتن هرگونه اختلال روانی،

1. Yadavaia, J. E
2. Hayes, S. C
3. Vilardaga, R

شنوایی و بینایی قابل قبول برای پاسخ به پرسشنامه‌ها، شرکت در جلسات آموزشی به صورت منظم و داشتن سن بالای ۶۰ سال و همچنین ملاک خروج از پژوهش، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزشی، در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (GHQ-28): سلامت روان، با استفاده از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه برای سنجش وضعیت سلامت روانی به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه طراحی شده است و ۲۸ سؤال با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای دارد. در همه سؤالات، هرچه نمره کسب‌شده کمتر باشد، سالمند سلامت روان بهتری دارد و نمره بالا نشانه آن است که سلامت روان سالمند پایین است. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه دو شیوه نمره‌گذاری سنتی و لیکرت وجود دارد که در این مطالعه از نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. در پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) روایی ملاکی ۰/۷۸، ضریب پایایی دونیمه سازی ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برای این پرسشنامه به دست آمده است. همچنین برای سنجش پایایی و همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کمک قرآن و احادیث آموزش می‌دهد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. درمان جویان می‌آموزند، به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده‌شان باشد (هیز^۱، ۲۰۱۴). بسته درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل مبتنی بر الگوی باند و هیز (۲۰۱۱) ارائه شد. جهت تلفیق با رویکرد اسلامی، طی چند جلسه، ۵ نفر از متخصصین علوم قرآنی، علوم حدیث و روان‌شناسی هر بعد آن را با قرآن و احادیث تطبیق دادند و برنامه درمانی تدوین شد و هر هفته یک‌بار روی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی

جلسه	شرح جلسات
۱	خوش آمدگویی، آشنایی اعضا با مشاور و یکدیگر، شرح قوانین گروه، تکمیل پرسشنامه‌ها، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی و نتایج آن، بررسی انتظارات افراد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی
۲	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، توضیح دادن درباره مؤلفه‌های شش‌گانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره طناب‌کشی با هیولا و پرسش از مراجعان، جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی
۳	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفهوم شکست، مفاهیم منطبق با پذیرش در منابع اسلامی یعنی فلسفه رنج و مقام رضا
۴	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، مفهوم گسلس شناختی و ارتباط آن با مفهوم زهد در منابع اسلامی، استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس
۵	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی تکالیف، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، آموزش مفهوم خود به‌عنوان زمینه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم کرامات انسانی در منابع اسلامی
۶	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، توضیح مفهوم متناسب با تأکید بر زمان حال در منابع اسلامی یعنی توکل، ذکر خداوند و نماز
۷	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی تکالیف، بررسی ارزش‌های زندگی هر یک از افراد، شناسایی ارزش‌ها در رویکرد اسلامی منطبق با قرآن و سیره اهل بیت
۸	آموزش عمل متعهدانه و بررسی ارتباط و هماهنگی عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم عبودیت در منابع اسلامی، جمع‌بندی جلسه، درنهایت اجرای پس‌آزمون ضمن‌قدردانی از همراهی و همکاری سالمندان

اجرای پژوهش: ابتدا بسته روان - آموزشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی با استفاده از پروتکل مبتنی بر الگوی باند و هیز (۲۰۱۱) و با کمک اساتید علوم قرآنی، علوم حدیث و روان‌شناسی تدوین شد و سپس هر هفته یک‌بار روی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. افراد گروه آزمایش و کنترل، تلفنی به‌صورت فردی برای آشنایی اولیه با پژوهشگران، بستن قرارداد درمانی و پر کردن پرسشنامه اولیه دعوت شدند. بعد از هماهنگی درباره زمان و مکان مداخله، گروه آزمایش تحت آموزش قرار گرفت. پس از فرآیند آموزش دوباره پرسشنامه توزیع شد و سپس داده‌ها به لحاظ آماری بررسی شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیرها ارائه و سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش بررسی می‌شود. بر این اساس میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۲: شاخص‌های آماری مربوط به نمرات سلامت روان

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
علائم جسمانی	۴۰ / ۱۱	۹۶ / ۱	۲۸ / ۳	۸۰ / ۱۰
اضطراب	۱۳ / ۱۳	۳۶ / ۲	۵۳ / ۲	۴۰ / ۱۳
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۳ / ۱۱	۷۰ / ۲	۱۳ / ۱۱	۴۰ / ۱۱
افسردگی اساسی	۲۰ / ۱۴	۱۴ / ۳	۱۳ / ۱۴	۰۷ / ۱۴

یافته‌های توصیفی جدول ۲ نشان می‌دهد در تمامی ابعاد سلامت روان، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش پایین‌تر از پس‌آزمون گروه کنترل است.

جدول ۳: درصد و فراوانی گروه‌های شرکت‌کننده را بر اساس جنسیت، سن و تحصیلات

متغیر	گروه آزمایش		کنترل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت				
زن	۸	۵۳	۷	۴۷
مرد	۷	۴۷	۸	۵۳
سن				
۶۰ تا ۷۰ سال	۵	۳۳	۵	۳۳
۷۰ تا ۷۵ سال	۷	۴۷	۷	۴۷
۷۵ سال به بالا	۳	۲۰	۳	۲۰
تحصیلات				
دیپلم و زیر دیپلم	۱۰	۶۶	۹	۶۰
لیسانس	۳	۲۰	۴	۲۶
بالتر از لیسانس	۲	۱۴	۲	۱۴

با توجه به اینکه در این پژوهش، تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر سلامت روان سالمندان بررسی شده و فرضیه مطابق با موضوع پژوهش طراحی شده است، برای

سنجش آن از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. در به‌کارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون تأیید شود تا بتوان از آزمون موردنظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس؛ نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف بررسی شد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون بدین معنی است که ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه‌ها یکسان باشد. پس از بررسی پیش‌فرض‌های موردنیاز، تحلیل کوواریانس بر رویدادها انجام شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌طرفه در متن مانکوا برای ابعاد سلامت روان

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذورات
نشانه‌های جسمانی	پیش‌آزمون	۲۴۶/۱۳	۱	۲۴۶/۱۳	۴۴/۶	۰/۰۰۱	۰/۶
	گروه	۲۹/۴۱	۱	۲۹/۴۱	۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۱۱۰/۳۸	۲۰	۵/۶			
نشانه‌های اضطراب و	پیش‌آزمون	۵/۷۸	۱	۵/۷۸	۱/۰۵	۰/۳۲	۰/۰۵
	گروه	۹۳/۶۹	۱	۹۳/۶۹	۳۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۵۰/۲	۲۰	۲/۵۱			
اختلال در عملکرد	پیش‌آزمون	۴/۴۴	۱	۴/۴۴	۰/۸	۰/۳۸	۰/۰۴
	گروه	۱۰۵/۵	۱	۱۰۵/۵	۴۸/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	خطا	۴۳/۳۳	۲۰	۲/۱۷			
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۱/۰۱	۱	۲۱/۰۱	۳/۸	۰/۰۶	۰/۱۶
	گروه	۴۹/۹۲	۱	۴۹/۹۲	۱۱/۱۳	۰/۰۰۳	۰/۶۳
	خطا	۸۹/۷	۲۰	۴/۴۸			

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات نشانه‌های جسمانی دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. اندازه اثر آموزش ۰/۴۹ بوده است. بین میانگین نمرات اضطراب و بی‌خوابی دو گروه در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۱$). اندازه اثر

آموزش ۰/۶۳ بوده است. بین میانگین نمرات اختلال در کارکرد اجتماعی دو گروه در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. اندازه اثر آموزش ۰/۲۸ بوده است و بین میانگین نمرات افسردگی دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، اندازه اثر آموزش ۰/۶۳ بوده است. با توجه به اینکه نتایج آزمون نشان داد که نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون ابعاد سلامت روان به‌طور معناداری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است، می‌توان ادعا کرد که در چهارچوب محدودیت‌های طرح آزمایشی، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی باعث بهبود سلامت روان سالمندان شده و این فرضیه تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که فرضیه پژوهش مبنی بر مؤثر بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر مؤلفه‌های سلامت روان سالمندان، تأیید می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله مهریار (۱۳۹۸)، یازارلو و همکاران (۱۳۹۷)، پیرحیاتی و همکاران (۱۳۹۵)، دویسون^۱، اسپینگستال^۲، رونیک^۳، اکانر^۴ (۲۰۱۶)، اسکات^۵، دالی^۶، یو^۷، و مک کراچن^۸ (۲۰۱۶)، و سرل^۹، لئو^{۱۰}، پترسون^{۱۱}، افری^{۱۲}، آیرس^{۱۳} (۲۰۱۱) همسو بوده است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش می‌یابد و در نتیجه اعمال کنترلی نامؤثر کاهش می‌یابد. در این روش درمان به مراجع آموخته

1. Davison, T. E
2. Eppingstall, B
3. Runci, S
4. O'Connor, D. W
5. Scott, W
6. Daly, A
7. Yu, L
8. Mccracken, L. M
9. Wetherell, J. L
- 10 Liu, L
11. Patterson, T. L
12. Afari, N
13. Ayers, C. R

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. درواقع هدف این رویکرد درمانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد بود (هافمن^۱، راسک^۲، هدمن-لاگروف^۳، لجوستن^۴، فراستلم^۵، ۲۰۱۸). این رویکرد همان‌گونه که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معناداری در مؤلفه‌های سلامت روان یعنی نشانه‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و کارکردهای اجتماعی و افزایش سلامت عمومی این بیماران شد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی ارتباط با زمان حال به‌طور کامل و به‌عنوان یک انسان هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد است. برای این هدف از شش فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌شود. در تبیین نتایج تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی، فرآیند شکل‌گیری جهان‌بینی اسلامی برگرفته از قرآن و احادیث نشان می‌دهد چگونه زبان استعاره‌ی قرآن به افق‌های دوردست امتداد می‌یابد و همه مفاهیم و اندیشه‌های بیرون از خودش را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بازسازی روان‌شناختی را به ارمغان می‌آورد که ره‌آورد آن سلامت روان است. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد دستورات و احکام اسلام می‌توانند در جهت مثبت‌اندیشی، تحمل دشواری‌ها، معنابخشی به سختی‌ها و ناکامی‌ها و رشد پتانسیل‌های فردی مؤثر عمل کنند. هدف اصلی شیوه‌های توصیه‌شده در آموزه‌های دینی، یاری‌رساندن به انسان به‌منظور برخورداری از روان سالم است تا با توسل به بهترین راه‌های ممکن، با مشکلات مقابله کرده و با امید به الطاف بیکران الهی به آرامش برسد.

پیشنهادات پژوهشی: پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی رایج درباره سالمندان آزمون شود. کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی روی سایر گروه‌های نیاز به مشاوره توان‌بخشی، آزمون شود. در پژوهش‌های بعدی بهره‌گیری از این روش درمان در دوره‌های بلندمدت بررسی شود تا

1. Hoffmann, D
2. Rask, C. U
3. Hedman-Lagerlöf, E
4. Ljótsson, B
5. Frostholm, L

دوام نتایج درمان، بهتر ارزیابی گردد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان نامه تخصصی کارشناسی ارشد مشاوره گرایش توان بخشی است. نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال قدردانی و تشکر را داشته باشند.

فهرست منابع

قرآن کریم

ابراهیمی، امراله؛ مولوی، حسین؛ موسوی، غفور؛ برنامش، علیرضا؛ یعقوبی، محمد (۱۳۸۷). ویژگی های روان شناختی ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی GHQ-28 در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان پزشکی، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۹)، ۸۶ - ۱۲.

اژدری فرد، پری سیما؛ قاضی، قاسم؛ نورانی پور، رحمت اله (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان، مجله نوآوری های مدیریت آموزشی ۲۴، ۱۰۵ - ۱۲۸.

اورکی، محمد؛ جهانی، فاطمه؛ رحمانیان، مهدیه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی زنان سالمند. روان شناسی بالینی. ۱۰(۴۵)، ۱ - ۵۷.

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تهران. انتشارات جنگل. گلبهار آخوندزاده، فائزه پقه، راضیه صفائی، (۱۳۹۷). ارتباط تجارب معنوی روزانه با خودمراقبتی

سالمدان شهر گنبد کاووس، مجله پژوهش در علوم توانبخشی، ۱۴ (۵)، ۲۹۳ - ۲۹۹. پرچم، اعظم؛ فاتحی زاده، مریم؛ و محققیان، زهرا (۱۳۹۰). بررسی تطبیقی ناامیدی در نظریه

اسنایدر و قرآن کریم، دوفصلنامه علوم قرآن و حدیث ۴۳(۲)، ۹۳ - ۱۱۸. پورفرج عمران، محمد (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. مجله دانش و تندرستی، ۶(۲)، ۱ - ۵.

پیرحیاتی، زهره و برقی ایرانی، زیبا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن.

روان شناسی پیری (۲) ۳، ۱۴۶ - ۱۳۷. هادی طرقي، حسين؛ و مسعودی، شاهد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

- کاهش استرس ادراک شده سالمندان مبتلا به درد مزمن. روان‌شناسی پیری، ۵(۱)، ۱ - ۱۱.
- حاج صادقی، زهرا؛ بساک نژاد، سودابه؛ رزمجو، ساسان (۱۳۹۶) بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی پژوهان، ۱۵ (۴)، ۴۲ - ۴۹
- دهقانی، اکرم؛ و رضایی، صدیقه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. افق دانش، ۲۴(۳)، ۲۴۶ - ۲۵۲.
- سعیدی مهر، سعید و گراوندی، سحر و ایزدمهر، آزاده و محمدی، محمد جواد و حسنی، محمد (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین سلامت معنوی با افسردگی در سالمندان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳(۳)، ۱۶ - ۲۵.
- صمدی فرد، حمید؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۷). پیش‌بینی اضطراب مرگ سالمندان بر اساس ذهن آگاهی و عقاید غیرمنطقی. مجله ایرانی پرستاری روان‌پزشکی؛ ۳(۳): ۲۱ - ۱۵
- عزیزی، امیر؛ سپهوندی، محمد علی؛ پیدا، نگین و محمدی، جواد (۱۳۹۴). رویکرد مؤثر به مطالعه سالخورده‌گی: مطالعه نظریه بنیادی. مجله سالمندی ایران، ۴(۱۰)، ۸۸ - ۱۰۰
- فقهی زاده، عبدالهادی (۱۳۹۳). علامه مجلسی و فهم حدیث، قم: بوستان کتاب.
- کمری، سامان؛ فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان، دوفصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ۶(۱): ۵-۲۳.
- گلی، میترا؛ مداح‌سادات، باقر؛ دالوندی، اصغر؛ حسینی، محمدعلی؛ رهگذر، مهدی (۱۳۹۵). ارتباط بین سالمندی موفق و سلامت معنوی سالمندان شهر تهران. روان‌پرستاری؛ ۴(۵): ۱۶ - ۲۱
- مرمرچی نیا، مژگان؛ ذوقی پایدار، محمدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۲)، ۱۵۷ - ۱۷۴.
- مهریار، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سالمند. نشریه سالمندشناسی، ۴(۴): ۲۱ - ۲۹.

یازرلو، محمدتقی؛ کلانتری، مهرداد و مهربانی، حسین علی (۱۳۹۷). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر سلامت روان پرسنل نظامی. مجله طب نظامی؛ ۷(۱): ۱۸ - ۱۳.
منتظر، عباس؛ نعمتی، فاطمه؛ رحیمی نسب، محمدحسین؛ و مزیدی شرف‌آباد، علی محمد (۱۳۹۵). غنی‌سازی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با استفاده از آموزه‌های اسلامی و عرفان اسلامی، دومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران، تهران.

Alexander, E. S., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and individual differences*, 42(7), 1301-1310.

Coats, H., Crist, J. D., Berger, A., Sternberg, E., & Rosenfeld, A. G. (2017). African American Elders' Serious Illness Experiences: Narratives of.

Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766-773.

Feng, L., Yap, K. B., & Ng, T. P. (2013). Depressive symptoms in older adults with chronic kidney disease: mortality, quality of life outcomes, and correlates. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 570-579.

Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies.

Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian journal of psychiatry*, 41, 66-72.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frosthalm, L.

- (2018). Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: pilot study. *JMIR Mental Health*, 5(2), e9198.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2017). Treatment of chronic pain for adults 65 and over: Analyses of outcomes and changes in psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy (ACT). *Pain Medicine*, 18(2), 252-264.
- Lopez, S. J., Pedrotti, J. T., & Snyder, C. R. (2018). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage publications.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 717-728.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and behavioral practice*, 16(3), 243-252.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- World Health Organization. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Alphabetical index (Vol. 3)*. World Health Organization.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilaradaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257.