مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۰، خرداد ۱۴۰۰، ۳۱۲-۲۹۷

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند

سروش گلستانی‌فر[۱]، زهرا دشت‌بزرگی[۲]

دریافت مقاله:۹۹/۱۲/۲ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح:۱۴۰۰/۰۱/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده:۱۴۰۰/۰۲/۰۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۰۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماران افسرده با مشکلاتی در زمینه امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی مواجه هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران افسرده غیربستری سالمند مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز در فصل بهار سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۷۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به تفکیک ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی ندید. ابزارهای پژوهش مقیاس‌های افسردگی سالمندان Yasavage و Sheikh، امید به زندگی Snyder و همکاران و سلامت روان‌شناختی Najarian و Davodi بودند. داده‌ها با آزمون‌های مجذور کای، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی Bonferroni تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵). همچنین، هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود معنی‌دار امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی شدند (P<۰/۰۰۱)، اما بین دو روش در بهبود متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، بهزیستی درمانی، افسردگی، درمان پذیرش و تعهد، سالمند، سلامت روان‌شناختی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
تلفن: ۳۲۲۷۸۸۵۳-۰۶۱، دورنگار: ۳۲۲۷۸۸۵۳-۰۶۱ پست الکترونیکی: Zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

مقدمه

افسردگی (Depression) پس از بیماری‌های قلبی‌عروقی دومین عامل تهدیدکننده سلامت [۱] و مهم‌ترین اختلال خلقی است [۲]. افسردگی شامل احساس غمگینی، از دست دادن علاقه، کاهش عملکرد فردی و اجتماعی، تغییر در الگوی خواب، تغذیه و سطح انرژی است و موجب تغییر در خلق، تفکر و عملکرد جسمی و جنسی فرد می‌شود [۴-۳]. افسردگی معمولاً با کاهش امید به زندگی (Life expectancy) [۵] و افت سلامت روان‌شناختی (Psychological health) [۶] همراه است. امید به زندگی شاخصی برای نشان‌دادن متوسط طول عمر یک جامعه است [۷] که یک سازه پیچیده، چندبعدی و قدرتمند برای بهبود بیماران است و بیماران امیدوار از خود مقاومت بیش‌تری نشان می‌دهند [۵]. افراد امیدوار اهداف خود را تعیین، راه‌کارهایی برای رسیدن آن‌ها خلق و انگیزه خود را برای اجرای آن‌ها و تحقق اهداف افزایش می‌دهند [۸]. امید به زندگی باعث افزایش نشاط، ارتقاء انعطاف‌پذیری، مقابله مناسب با چالش‌ها و تحمل ناکامی‌ها می‌شود [۹]. هم‌چنین، سلامت به معنای رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و تأثیر متقابل آن‌ها بر یک‌دیگر است [۱۰]، اما سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و به معنای شناخت خود، آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت و ارتباط با دیگران می‌باشد [۱۱] و چنین افرادی در زندگی شادتر و امیدوارترند، از راه‌بردهای مقابله‌ای سازگار استفاده و مشکلات روان‌شناختی کم‌تری دارند [۱۲].

برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت مبتلایان به افسردگی، روش‌های بسیاری از جمله درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) [۱۳] و بهزیستی درمانی (Well-being therapy) [۱۴] وجود دارد. در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت اقدام به مشاهده کنند [۱۵]. این شیوه برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که هدف آن ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی یعنی انتخاب و اجرای بهترین راه از میان راه‌کارهای موجود می‌باشد [۱۶]. این شیوه از طریق آموزش آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود [۱۷]. هم‌چنین، بهزیستی درمانی برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر است و به افراد آموزش می‌دهد تا سلامت و بهزیستی خود را از طریق پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصیت، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران بهبود دهند [۱۸]. این شیوه، شیوه‌ای سازمان‌یافته، رهنمودی، مشکل محور و مبتنی بر الگوی درمانی است که از خویشتن نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل سازنده با درمانگر استفاده می‌کند [۱۹]. تکنیک‌های اصلی این شیوه شامل بازسازی شناختی افکار با تأکید بر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌های قابل کنترل و لذت‌بخش و آموزش جسارت و حل مسأله هستند [۲۰].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متفاوت است و درباره بهزیستی درمانی پژوهش‌های اندکی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه دو روش یافت نشد. نتایج پژوهش‌های Asqari و Donyavi [۲۱]، Razavi و همکاران [۲۲] و Mogadam و همکاران [۲۳] حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی بود. در مقابل، Mansouri و Rasouli ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت [۲۴]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش‌های Gregoire و همکاران [۲۵] و Mirzaeidoostan و همکاران [۲۶] نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان شد. در پژوهشی دیگر Bigdeli و Dehghan گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش سلامت روان‌شناختی شد [۲۷]. هم‌چنین، Pirnia و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث افزایش بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید شد [۲۸]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش Moeenizadeh و Salagame حاکی از اثربخشی بهزیستی درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بود [۲۹]. در پژوهش‌های دیگری Pirnia و همکاران [۳۰] و Fallahian و همکاران [۳۱] گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث بهبود سلامت روان شد.

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی با شیوع نسبتاً بالا است [۳۲] و مبتلایان به آن از نظر امید و سلامت روان‌شناختی افت می‌کنند. پس، ضروری است تا با روش‌های درمانی مناسب از جمله درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی اقدام به بهبود آن‌ها کرد. همان‌طور که در بالا اشاره شد از یک سو پژوهش‌های اندک و گاه با نتایج متفاوت درباره درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی انجام و از سوی دیگر بر اساس بررسی‌های پژوهش‌گران درباره بهزیستی درمانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده و پژوهشی درباره مقایسه دو روش یافت نشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران افسرده غیربستری سالمند مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز در فصل بهار سال ۱۳۹۹ بودند. برای نمونه‌گیری از معادله زیر استفاده که طبق پژوهش Mansouri و Rasouli [۲۴] و با توجه به مقادیر σ=۱۴/۶۸ (انحراف معیار امید به زندگی)، d=۱۴/۸۰ (اختلاف میانگین پیش‌آزمون امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل)، Power=۰/۹۰ (توان آزمون) و α=۰/۰۵ (خطای نوع I در آزمون فرضیه) حجم نمونه برای هر گروه ۲۰/۶۵ برآورد شد که با توجه به آمار بالای مبتلایان به افسردگی و ریزش‌های احتمالی حجم نمونه برای هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، ۷۵ نفر پس از بررسی معیارهای ورود به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

$$n_1 = n_2 = n_3 = \frac{2\,\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(14.68)^2(1.96+1.28)^2}{14.80} = \frac{(438.08)(10.49)}{219.04} = \frac{4598.78}{219.04} = 20.65$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلاء به افسردگی متوسط یا غیربستری (کسب نمره ۹-۵ در مقیاس افسردگی سالمندان)، سن بالاتر از ۶۵ سال، متأهل و زندگی همراه با همسر، حداقل تحصیلات سیکل، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله ضداضطراب و ضدافسردگی، عدم سابقه دریافت درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی، عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی در سه ماه گذشته و عدم وقوع رخدادهای تنش‌زا مانند مرگ نزدیکان در سه ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه بودند.

روند اجرای پژوهش حاضر این‌طور بود که پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.053 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و هماهنگی با مسئولان مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز از آنان خواسته شد تا سالمندان مبتلا به افسردگی را به پژوهش‌گر معرفی کنند. نمونه‌گیری تا زمانی که ۷۵ نفر انتخاب شد، ادامه یافت و برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان‌خاطر داده شد. نمونه‌ها به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی به سه گروه مساوی ۲۵ نفری تقسیم و به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه‌های آزمایش (دو گروه درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی) و کنترل انتخاب شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش به تفکیک ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

با این‌که نمونه‌گیری در فصل بهار سال ۱۳۹۹ انجام، اما مداخله به دلیل شیوع کرونا در هفته آخر ماه مرداد و ماه شهریور (دو جلسه در هفته) با رعایت پروتکل‌های بهداشتی و حفظ فاصله فیزیکی توسط یک متخصص روانشناسی سلامت دارای مدرک دوره‌های درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی به صورت گروهی برای درمان پذیرش و تعهد در روزهای دوشنبه و چهارشنبه و برای بهزیستی درمانی در روزهای یک‌شنبه و سه‌شنبه در ساعت ۱۶ و ۳۰ دقیقه عصر در یکی از کینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز انجام شد.

محتوای درمان پذیرش و تعهد بر اساس نظریه Forman و Herbert (۲۰۰۸) توسط Abbasi و همکاران [۳۳] برای ۱۰ جلسه طراحی که به شرح زیر است. جلسه اول: معارفه و بیان اهداف و قوانین جلسات، معرفی کلی روش درمان پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات مراجعان، آماده‌سازی مراجعان و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسه دوم و سوم: آشنایی با اصول و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

پذیرش روانی، آگاهی شناختی، گسلش شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. جلسه چهارم و پنجم: آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش مشاهده و توصیف رویدادها و مهارت‌ها و تمرکز بدون قضاوت درباره آن‌ها. جلسه ششم و هفتم: آموزش تمرکز بر افزایش آگاهی شناختی، نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و ایجاد هدف و سبک‌زندگی اجتماعی و تعهد برای عمل به آن‌ها، شناسایی نقاط مثبت و منفی توسط یک‌دیگر بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آن‌ها. جلسه هشتم: آموزش تحمل رویدادهای منفی از طریق مهارت‌های پای‌بندی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین خود با استفاده از حواس و تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر. جلسه نهم: آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آن‌ها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر. جلسه دهم: افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف و بیان خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت‌نفس و غیره) و خلاصه و جمع‌بندی جلسات.

هم‌چنین، محتوای بهزیستی درمانی بر اساس نظریه Ryff و Singer (۲۰۰۸) توسط Fallahian و همکاران [۳۱] برای ۱۰ جلسه طراحی که به شرح زیر است. جلسه اول: معارفه و آشنایی، معرفی بهزیستی روان‌شناختی و این‌که چرا این سازه ساخته شد؟ و بررسی نظرات درباره این‌که چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. جلسه دوم: آموزش پذیرش خود از طریق این‌که چگونه خود را با ویژگی‌های مثبت و منفی بپذیریم، چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست داشته باشیم. جلسه سوم: آموزش پذیرش خود از طریق خودشناسی یعنی این‌که چگونه خود را بشناسیم، نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و ویژگی‌های شخصیتی خود را بشناسیم. جلسه چهارم: آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط مؤثر. جلسه پنجم: آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش خوش‌بینی و تفکر مثبت و بررسی نقش و اهمیت خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران. جلسه ششم: آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش این‌که هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر هستند؟ جلسه هفتم: آموزش استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتمادکردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌ورزی، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها. جلسه هشتم: معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق این‌که یادگیری تجارب جدید باعث ارتقاء رشد شخصی می‌شود. جلسه نهم: آموزش تسلط بر محیط از طریق آموزش چگونگی مدیریت بر زندگی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

و سلامت خویش، مدیریت بر شرایط و محیط، توضیح فواید مدیریت زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح. جلسه دهم: آموزش هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی در زندگی، تنظیم و اولویت‌بندی اهداف و خلاصه و جمع‌بندی جلسات.

ابزارهای پژوهش فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن و تحصیلات) و مقیاس‌های افسردگی سالمندان، امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بودند.

مقیاس افسردگی سالمندان: این مقیاس را Ysavage و Sheikh (۱۹۸۶) با ۱۵ گویه ساختند. گویه‌ها به صورت بله و خیر نمره‌گذاری (در گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ به پاسخ بله و در گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۱۱ و ۱۳ به پاسخ خیر نمره یک اختصاص می‌یابد) و دامنه نمرات بین ۱۵-۰ و نمره بالاتر حاکی از افسردگی بیش‌تر است. به طوری که نمره ۴-۰ نداشتن افسردگی، ۹-۵ افسردگی متوسط یا غیربستری و ۱۵-۱۰ افسردگی شدید یا نیازمند بستری را نشان می‌دهد. روایی همگرای ابزار با فرم بلند ۳۰ گویه‌ای آن تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد [۳۴]. هم‌چنین، Asghari و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند [۳۵]. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

مقیاس امید به زندگی: این مقیاس را Snyder و همکاران (۱۹۹۱) با ۱۲ گویه ساختند که گویه‌های ۳، ۵، ۷ و ۱۱ در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند. گویه‌ها به صورت چهار درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً غلط تا ۴= کاملاً درست) نمره‌گذاری و دامنه نمرات بین ۳۲-۸ و نمره بالاتر حاکی از امید به زندگی بیشتر است. روایی واگرای ابزار با پرسشنامه افسردگی Beck و Clarck (۱۹۸۸) ۰/۴۴- که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار و پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شد [۳۶]. هم‌چنین، Sadoughi و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند [۳۷]. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس سلامت روان‌شناختی: این مقیاس را Najarian و Davodi (۱۳۸۰) ۲۵ گویه ساختند. گویه‌ها به صورت پنج درجه‌ای لیکرت (صفر=هیچ تا ۴=به شدت) نمره‌گذاری و دامنه نمرات بین ۱۰۰-۰ و نمره بالاتر حاکی از سلامت روان‌شناختی کم‌تر است. روایی همگرای ابزار با فرم بلند ۹۰ گویه‌ای آن تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش شد [۳۸]. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. از آزمون‌های مجذور کای برای مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌ها، Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی، Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، Levene برای بررسی همگنی واریانس‌های امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در گروه های مورد بررسی و از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی Bonferroni برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شدند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه‌های درمان پذیرش و تعهد ۲/۱۱±۷۰/۸۴، بهزیستی درمانی ۱/۹۶±۷۰/۱۲ و کنترل ۲/۲۴±۷۰/۶۰ بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که بین گروه‌ها از نظر هیچ یک از اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن و سطح تحصیلات تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه فراوانی برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران افسرده غیربستری سالمند شهر اهواز بر حسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۹

متغیرها	طبقات	درمان پذیرش و تعهد تعداد (درصد)	بهزیستی درمانی تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	مرد	۹ (۳۶)	۱۲ (۴۸)	۱۱ (۴۴)	۰/۶۸۳
	زن	۱۶ (۶۴)	۱۳ (۵۲)	۱۴ (۵۶)	
سن	۶۸-۶۶ سال	۸ (۳۲)	۱۰ (۴۰)	۹ (۳۶)	۰/۹۹۱
	۷۱-۶۹ سال	۶ (۲۴)	۷ (۲۸)	۶ (۲۴)	
	۷۴-۷۲ سال	۷ (۲۸)	۵ (۲۰)	۶ (۲۴)	
	۷۷-۷۵ سال	۴ (۱۶)	۳ (۱۲)	۴ (۱۶)	
سطح تحصیلات	سیکل	۱۲ (۴۸)	۱۰ (۴۰)	۱۱ (۴۴)	۰/۸۶۹
	دیپلم	۹ (۳۶)	۱۱ (۴۴)	۸ (۳۲)	
	دانشگاهی	۴ (۱۶)	۴ (۱۶)	۶ (۲۴)	

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که در گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در مقایسه با گروه کنترل میانگین پس‌آزمون امید به زندگی نسبت به پیش‌آزمون آن افزایش بیشتر و میانگین پس‌آزمون سلامت روان‌شناختی نسبت به پیش‌آزمون آن کاهش بیش‌تری داشته است (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند شهر اهواز بر حسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۹

متغیرها	مراحل	درمان پذیرش و تعهد انحراف معیار ± میانگین	بهزیستی درمانی انحراف معیار ± میانگین	کنترل انحراف معیار ± میانگین
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۶/۳۶ ± ۲/۸۸	۱۷/۰۰ ± ۴/۳۱	۱۷/۴۰ ± ۴/۹۷
	پس‌آزمون	۲۱/۲۴ ± ۳/۰۴	۲۲/۲۵ ± ۳/۲۰	۱۶/۶۸ ± ۴/۹۸
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳۶/۵۶ ± ۶/۲۳	۳۴/۸۴ ± ۴/۷۹	۳۵/۶۸ ± ۴/۸۷
	پس‌آزمون	۳۰/۶۰ ± ۵/۶۷	۲۸/۵۲ ± ۴/۷۲	۳۶/۰۸ ± ۵/۱۰

پیش از تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد و نتایج نشان داد که بر اساس آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov و Shapiro-Wilk، فرض نرمال بودن برای متغیرهای امید به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

زندگی و سلامت روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P>۰/۰۵) برقرار است. بر اساس آزمون Box's M (Box's M=۹/۲۵F , =۱/۴۸, P=۰/۱۸۰) و بر اساس آزمون Levene فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای امید به زندگی (F=۰/۱۷, P=۰/۸۳۹) و سلامت روان‌شناختی (F=۰/۸۱, P=۰/۴۴۵) تأیید شدند. در نتیجه شرایط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره وجود داشت. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چند متغیره نشان که بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد، بهزیستی درمانی و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود داشت (F=۱۰۳/۸۶, P<۰/۰۰۱).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها از نظر هر دو متغیر امید به زندگی و سامت روان‌شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت که با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت ۸۲ درصد تفاوت در امید زندگی و ۸۶ درصد تفاوت در سلامت روان‌شناختی گروه‌ها نتیجه تفاوت در روش‌های درمانی است (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند شهر اهواز بر حسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۹

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آزمون
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۹٤۰/۷٤	۱	۹٤۰/۷٤	٥٤۸/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	گروه	٥۷۰/۲۸	۲	۲۸٥/۱٤	۱٦٦/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	خطا	۱۱۹/۹٦	۷۰	۱/۷۱				
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱۸۲٤/۳۹	۱	۱۸۲٤/۳۹	۱۱٤٤/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۹٤	۱/۰۰
	گروه	۷۰۹/۹۳	۲	۳٥٤/۹٦	۲۲۲/٦۰	<۰/۰۰۱	۰/۸٦	۱/۰۰
	خطا	۱۱۱/٦۲	۷۰	۱/٥۹				

تحلیل کوواریانس چندمتغیری، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni نشان داد که هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود معنی‌دار امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی شدند (P<۰/۰۰۱)، اما بین دو روش در بهبود متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) (جدول ۴).

جدول ٤- مقایسه میانگین زوجی گروه‌های مورد بررسی از نظر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند شهر اهواز بر حسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۹

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

متغیرها	گروه‌ها		اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
امید به زندگی	درمان پذیرش و تعهد	بهزیستی درمانی	-۰/۷۹	۰/۳۷٤	۰/۱۱٤
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	٥/٤۳	۰/۳۷۳	<۰/۰۰۱
	بهزیستی درمانی	کنترل	٦/۲۲	۰/۳۷۱	<۰/۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	درمان پذیرش و تعهد	بهزیستی درمانی	۰/٤٦	۰/۳٦۱	۰/٦۱٥
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	-٦/۳۰	۰/۳٦۰	<۰/۰۰۱
	بهزیستی درمانی	کنترل	-٦/۷٦	۰/۳٥۸	<۰/۰۰۱

آزمون تعقیبی Bonferroni، P<۰/۰٥ اختلاف معنی‌دار

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی با نتایج پژوهش‌های [۲۳-۲۱] همسو و با نتایج پژوهش Mansouri و Rasouli [۲۴] ناهمسو و در زمینه اثربخشی آن بر سلامت روان‌شناختی با نتایج پژوهش‌های [۲۷-۲٥] همسو بود. در تبیین ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Mansouri و Rasouli [۲۴] می‌توان به تفاوت در جامعه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی بیماران افسرده غیربستری انجام، اما پژوهش آنان بر روی زنان دارای مشکلات زناشویی و حتی در آستانه طلاق انجام شد. بر اساس نظر Mansouri و Rasouli [۲۴] زنان دارای مشکلات زناشویی دارای امیدواری پایینی هستند، توانایی سازگاری با موقعیت‌های مثبت و منفی زندگی را ندارند، رویدادهای منفی را تهدیدی برای امنیت و آرامش خویش می‌پندارند و قدرت تحمل موقعیت‌های ناراحت کننده را ندارند که این عوامل از طریق افزایش افکار ناخوشایند باعث می‌شود که درمان پذیرش و تعهد به دلیل درگیری فکری آنان در جلسات مداخله بر امید به زندگی آنان تأثیر چشمگیری نداشته باشد. هم‌چنین، در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی می‌توان گفت که این شیوه درمانی از روش‌های شناختی برای بهبود تحریف‌های شناختی استفاده می‌کند و باعث می‌شود سالمندان افسرده‌ای که در این روش درمانی شرکت کردند نسبت به افکار و احساسات خود شناخت نسبتاً کاملی پیدا و ضمن پذیرش آن‌ها از راه‌کارهای مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی خود (از جمله امید و سلامت) استفاده کنند [۳۹].

نکته مهم دیگر این‌که بر اساس باور نظریه‌پردازان درمان پذیرش و تعهد یک عامل مهم در ایجاد و حفظ آسیب‌های روانی، اجتناب تجربی است که به معنای ارزیابی منفی تجارب و عدم تمایل به تجربه آن‌ها است. از آنجایی که هدف درمان پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب، پرورش ذهن‌آگاهی و تشخیص

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف است و فرد تشویق می‌شود تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است با تجربه‌ها به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد. این مزایای درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و افراد را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود (رضایت از زندگی، امید و سلامت) گام بردارند [۲۷]. در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد با توجه به توضیح‌های بالا باعث بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری می‌شود.

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بهزیستی درمانی باعث بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی بهزیستی درمانی بر امید به زندگی با نتایج پژوهش Pirnia و همکاران [۲۸] همسو و در زمینه اثربخشی آن بر سلامت روان‌شناختی با نتایج پژوهش‌های Moeenizadeh و Salagame [۲۹]، Pirnia و همکاران [۳۰] و Fallahian و همکاران [۳۱] همسو بود. در تبیین اثربخشی بهزیستی درمانی بر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی می‌توان گفت این شیوه پس از برقراری ارتباط درمانی به بررسی وضعیت خوشبختی و بهزیستی و عوامل مؤثر در آن‌ها می‌پردازد، سپس از طریق پذیرش خود تلاش می‌کند تا افراد ویژگی‌های مثبت و منفی خود را بشناسند، بپذیرند و دیدگاه مناسبی نسبت به آن‌ها پیدا کنند و پس از آن با آموزش ارتباط مثبت با دیگران به افراد مهارت‌های ارتباط مؤثر، خوش‌بینی و ارتقاء هوش هیجانی را آموزش می‌دهد. این شیوه در مرحله بعد با آموزش استقلال، خودمختاری، جرأت‌ورزی، تسلط بر محیط، مدیریت خویش و هدفمندی باعث بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود [۴۰]. نکته مهم دیگر این‌که درمان بهزیستی به افراد راه و روش دستیابی به سلامت را از طریق پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تاکید بر مسئولیت‌پذیری جهت رشد شخصی، تاکید بر هدفمندی، تسلط بر محیط و خودمختاری آموزش می‌دهد و این شیوه یک شیوه سلامت‌محور محسوب می‌شود که نقش مهمی در ارتقاء ویژگی‌های مرتبط با سلامت دارد [۳۱]. در نتیجه، بهزیستی درمانی از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش مؤثری در بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری داشته باشد.

علاوه بر آن، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی در بیماران افسرده غیربستری تفاوتی وجود نداشت. با این‌که پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو روش یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت دو روش می‌توان به ویژگی‌ها و راهبردهای هر دو روش اشاره کرد. برخلاف درمآن‌های شناختی و رفتاری که هدف آن‌ها تغییر مستقیم افکار و احساسات و تسکین علائم است، درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد تا سلامت خود را از طریق افزایش آگاهی از افکار و احساسات، پذیرش شرایط و موقعیت‌ها و مشاهده بدون قضاوت افزایش دهند [۱۵] و بهزیستی درمانی به افراد آموزش می‌دهد تا سلامت و بهزیستی خود را از طریق بازسازی شناختی افکار غیرمنطقی با تاکید بر افکار مثبت، زمان‌بندی فعالیت‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

قابل کنترل و لذت‌بخش و آموزش جسارت و حل مسأله بهبود دهند [۱۸]. نکته مهم دیگر این‌که درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی با هدف ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی از طریق آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه و بهزیستی درمانی نیز یکی از روش‌های درمانی برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر با هدف بهبود و ارتقاء سلامتی از طریق فرآیندهای پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصیت، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. در نتیجه، با توجه به ویژگی‌ها و راه‌بردهای مورد استفاده در هر دو روش می‌توان انتظار داشت که هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی تقریباً به یک اندازه موجب بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت از جمله امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری شوند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم بررسی تداوم اثربخشی نتایج در مرحله پی‌گیری و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بودند. بنابراین، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، پی‌گیری تداوم اثربخشی نتایج و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش بر روی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران نجات یافته از کرونا، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان، زنان دچار خیانت زناشویی شده و غیره است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش بر بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی بیماران افسرده غیربستری و عدم تفاوت بین دو روش بود. درمان پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی و بهزیستی درمانی یکی از روش‌های درمانی برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر است که نقش مؤثری در بهبود و ارتقاء سلامتی دارند. از آنجایی که هر دو متغیر امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی جزء ویژگی‌های مرتبط با سلامت هستند، لذا درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه بهبود امید به زندگی و سلامت روان‌شناختی از هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهزیستی درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است. بدین وسیله نویسندگان تشکر و قدردانی خود را از مسئولان مراکز و کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز به دلیل معرفی نمونه‌ها به پژوهش‌گران و از شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش اعلام می‌کنند.

References

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

[1] Shrestha K, Ojha SP, Dhungana S, Shrestha S. Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 2020; 38: 1-4.

[2] Lynch CJ, Gunning FM, Liston C. Causes and consequences of diagnostic heterogeneity in depression: Paths to discovering novel biological depression subtypes. *Biol Psychiatry* 2020; 88(1): 83-94.

[3] Sapmaz SY, Sen S, Ozkan Y, Kandemir H. Relationship between Toxoplasma gondii seropositivity and depression in children and adolescents. *Psychiatry Res* 2019; 278: 263-7.

[4] Levy T, Kronenberg S, Crosbie J, Schachar RJ. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *J Affect Disord* 2020; 265: 200-6.

[5] Jia H, Zack MM, Gottesman II, Thompson WW. Associations of smoking, physical inactivity, heavy drinking, and obesity with quality adjusted life expectancy among US adults with depression. *Value Health* 2018; 21(3): 364-71.

[6] Liu J, Chang L, Wu S, Tsai P. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(12): 1846-53.

[7] Chisumpa VH, Odimegwu CO. Decomposition of age- and cause-specific adult mortality contributions to the gender gap in life expectancy from census and survey data in Zambia. *SSM Popul Health* 2018; 5: 218-26.

[8] Acciai F, Firebaugh G. Why did life expectancy decline in the United States in 2015? A gender-specific analysis. *Social Science & Medicine* 2017; 190: 174-180.

[9] Sagna AO, Kemp MLS, DiNitto DM, Choi NG. Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. *Public Health* 2020; 179: 76-83.

[10] Potter R, O'Keeffe V, Leka S, Webber M, Dollard M. Analytical review of the Australian policy context for work-related psychological health and psychosocial risks. *Safety Science* 2019; 111: 37-48.

[11] Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *J Subst Abuse Treat* 2019; 102: 23-32.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

[12] Qi D, Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine* 2018; 205: 26-36.

[13] Coto-Lesmes R, Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S. Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. *A systematic review. J Affect Disord* 2020; 263: 107-20.

[14] Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety* 2017; 34(9): 801-8.

[15] Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image* 2020; 32: 155-66.

[16] Wharton E, Edwards KS, Juhasz K, Walser RD. Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019; 14: 55-64.

[17] Flujas-Contreras JM, Gomez I. Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2018; 8: 29-35.

[18] Xu Y, Wu T, Yu Y, Li M. A randomized controlled trial of wellbeing therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. *BMC Medical Education* 2019; 19: 1-10.

[19] Fava GA. Well-being therapy: Current indications and emerging perspectives. *Psychother Psychosom* 2016; 85(3): 136-45.

[20] Guidi J, Rafanelli C, Fava GA. The clinical role of well-being therapy. *Nord J Psychiatry* 2018; 72(6): 447-53.

[21] Asqari S, Donyavi R. The effect of acceptance and commitment therapy on the life expectancy in patients with multiple sclerosis. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2017; 4(3): 69-74.

[22] Razavi SB, Abolghasemi S, Akbari B, Naderinabi B. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on feeling hope and pain management of women with chronic pain. *Journal of Anesthesiology and Pain* 2019; 10(1): 36-49. [Farsi]

[23] Mogadam N, Amraae R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]

[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

(ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(5): 1-8. [Farsi]

[24] Mansouri N, Rasouli A. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to increase the life expectancy, marital intimacy and reducing the marital conflicts of women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2019; 7(1): 82-8. [Farsi]

[25] Gregoire S, Lachance L, Bouffard T, Dionne F. The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: A multisite randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 2018; 49(3): 360-72.

[26] Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2019; 25(1): 2-13. [Farsi]

[27] Bigdeli R, Dehghan F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological symptoms and life satisfaction in patients with type-2 diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2019; 5(4): 34-42. [Farsi]

[28] Pirnia B, Maleki F, Kazemi M, Malekanmehr P. Effectiveness of well-being therapy on psychological well-being index, optimist and life expectancy in Iranian methamphetamine-dependent men in abstinence phase, a randomized clinical trial. *Razi Journal of Medical Sciences* 2020; 27(5): 131-40. [Farsi]

[29] Moeenizadeh M, Salagame KKK. Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies* 2010; 2(1): 107-15.

[30] Pirnia B, Rezayi A, Rahimianbogar E, Soleymani A. On the effectiveness of well-being therapy in mental health, psychopathology, and happiness in methamphetamine-dependent men. *Research on Addiction* 2016; 37(10): 227-40. [Farsi]

[31] Fallahian R, Aghaei A, Atashpoor H, Kazemi A. The effect of subjective well-being group training on the mental health of students of Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan). *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2014; 15(2): 14-24. [Farsi]

[32] EsmaeiliShad B, HashemianNejad F, Ghazbanzadeh R, Hatamipour K. Investigate the effect of emotion regulation training on spiritual intelligence, health

concern and psychological distress in women with depression. *Iranian Journal of Nursing Research* 2020; 15(2): 84-95. [Farsi]

[33] Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi Jobaneh R. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Iranian Journal of War and Public Health* 2016; 8(4): 203-8. [Farsi]

[34] Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Journal of Clinical Gerontologist* 1986; 5(1-2): 165-73.

[35] Asghari N, Maddahi ME, Kraskian Mojemnari A, Sahaf R. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on physical and psychological symptoms of elderly women. *Journal of Nursing Education* 2019; 8(3): 62-70. [Farsi]

[36] Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(4): 570-85.

[37] Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The relationship of optimism and hope with depression and anxiety among women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing Research* 2017; 12(2): 16-21. [Farsi]

[38] Najarian B, Davodi I. Development and reliability of SCL-25 (short form of SCL-90-R). *Journal of Psychology* 2001; 5(2): 136-49. [Farsi]

[39] Ghadampour E, Maramazipour Z, Ranjbordar M, Aj A, Pireinoldin S, Yousefvand M. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts. *Iranian Journal of Nursing Research* 2019; 14(2): 67-76. [Farsi]

[40] Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *Int J Fertil Steril* 2017; 10(4): 363-70.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Well-being Therapy on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients

S. Golestanifar[1], Z. Dasht Bozorgi[2]

Received:20/02/21 Sent for Revision: 04/04/21 Received Revised Manuscript:26/04/21 Accepted:27/04/21

Background and Objectives: Depressed patients face problems in field of life expectancy and psychological health. Therefore, the present research aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and well-being therapy on life expectancy and psychological health in elderly nonclinical depressed patients.

Materials and Methods: This study was a semi-experimental study with pretest and posttest design with control group. The research population was elderly nonclinical depressed patients referred to the psychological services clinics and centers of Ahvaz city in the spring season of 2020. 75 people were selected by purposive sampling method and randomly replaced into three equal groups. The experimental groups were separately trained 10 sessions of 90 minutes with the methods of acceptance and commitment therapy and well-being therapy, and the control group did not receive any training. The research instruments were the Scales of Yasavage and Sheikh elderly depression, Snyder and et al. life expectancy and Najarian and Davodi psychological health. Data were analyzed by chi-square, multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc tests.

Results: The findings showed that groups were not significantly different in terms of gender, age and education ($p>0.05$). Also, both methods of acceptance and commitment therapy and well-being therapy in comparison with the control group led to a significant improvement in the life expectancy and psychological health ($p<0.001$), but there was no significant difference between two methods in improving the variables ($p>0.05$).

Conclusions: Based on the results, therapists and health experts can use both methods of acceptance and commitment therapy and well-being therapy to improve health related traits especially the life expectancy and psychological health improvement.

Key words: Life Expectancy, Well-being Therapy, Depression, Acceptance and Commitment Therapy, Elderly, Psychological Health

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Ahvaz Branch approved the study (IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.053)

How to cite this article: Golestanifar S, Dasht Bozorgi Z. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Well-being Therapy on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2021; 20 (3): 297-312. [Farsi]

1 - MA Student of General Psychology, Dept. of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, ORCID: 0000-0001-8723-4384

2 - Assistant Prof., Dept. of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, ORCID: 0000-0002-4132-914x
(Corresponding Author) Tel: (061) 32278853, Fax: (061) 32278853, E-mail: Zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.3.7.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.3.297]