

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment and Therapy Based on Mindfulness on Death Anxiety and Loneliness of the Elderly



Fahimeh Falahi¹, Shima Parandin^{2*}, Hadis Valizadeh³

1. MA in General psychology, Islamabadgharb Branch, Islamic Azad University, Islamabadgharb, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamabadgharb Branch, Islamic Azad University, Islamabadgharb, Iran.
3. PhD student in Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2024.59381.5949](https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59381.5949)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18185.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Therapy Based on Acceptance and Commitment, Therapy Based on Mindfulness, Death Anxiety, Loneliness, Elderly

Received: 2023/10/27
Accepted: 2024/02/07
Available: 2024/07/04

Aging is one of the most important stages of human life, during which people face a wide range of physiological and psychological changes. Among these changes, issues such as death anxiety and loneliness are important. Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on death anxiety and loneliness in the elderly. The design of the current research was semi-experimental in the pre-test-post-test manner with a control group. The statistical population included all the elderly living in Mehrgan Asylum in Kermanshah in 1401, of which 45 eligible people were selected by voluntary sampling and randomly assigned to three groups by considering the entry and exit criteria. The instrument of research was the Cult-Lester's death anxiety questionnaire and Dashiri feeling of loneliness. The interventions of the two groups were carried out in 8 sessions of 90 minutes and twice a week. Data were analyzed using SPSS-26 software and multivariate analysis of covariance tests and BENFERRONI'S post hoc tests with a probability value of 0/05. The results showed that the therapy based on acceptance and commitment and the therapy based on mindfulness were effective in reducing the death anxiety and loneliness of these elderly people ($P=0/000$). Also, no significant difference was observed between the two treatments ($p=1$). According to the results of the research, it can be said that the use of these treatment methods is useful and effective in improving the death anxiety and loneliness of the elderly.



* Corresponding Author: Shima Parandin
E-mail: parandinshima@yahoo.com



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان



فهمیه فلاحی^۱، شیما پرندین^{۲*}، حدیث ولی زاده^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد اسلام‌آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام‌آباد غرب، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلام‌آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام‌آباد غرب، ایران.
۳. دانشجوی دکترا روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2024.59381.5949](https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59381.5949)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18185.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اضطراب مرگ، احساس تنهایی، سالمندان

سالمندی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی انسان است که در این دوره، افراد با طیف وسیعی از تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواجه می‌شوند. در میان این تغییرات، موضوعاتی از قبیل اضطراب مرگ و احساس تنهایی اهمیت می‌یابند. بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان بود. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مقیم در آسایشگاه مهرگان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بودند، که ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری دواطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج در سه گروه گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب مرگ کالت-لستر و احساس تنهایی دهشیری بود. مداخلات دو گروه به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دوبار در هفته اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی این سالمندان مؤثر بود ($P=0/000$). همچنین تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد ($P=1$). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت استفاده از این روش‌های درمانی می‌تواند در بهبود اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان مفید و مؤثر باشد.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۱۱/۱۸

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

* نویسنده مسئول: شیما پرندین

رایانامه: parandinshima@yahoo.com

مقدمه

سالمندی^۱ از مراحل حساس در دوران تحولی فرد است که تغییرات جسمانی، شناختی و اجتماعی خاصی را به همراه دارد (ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید (آباد و هارون‌رشیدی، ۱۴۰۱). بنابراین سالمندی به عنوان جمعیت رو به رشد با نیازهای ویژه محسوب شده (آکسفورس و ایوانیدیس^۳، ۲۰۲۲) و دولت‌ها خود را ملزم می‌دانند که به این قشر بیش از پیش توجه کنند (شش‌بلوکی و هارون‌رشیدی، ۱۴۰۰). با توجه به روند پیر شدن جمعیت در سال‌های اخیر در دنیا و بخصوص ایران، توجه به مقوله سلامت‌روان در دوره سالمندی یک امر ضروری است (دیناروند و برقی‌ایرانی، ۱۴۰۰). از جمله مسائل مهمی که در این دوران در ایجاد اختلالات روانی افراد سالمند تأثیر بسزایی خواهد گذاشت، مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن است (پایال شارما^۴، ۲۰۱۹)، زیرا به دلیل کمبودها و زوال‌های مرتبط با سن، انتظار می‌رود همراه با افزایش سن، اضطراب مرگ نیز افزایش یابد (اوزر^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

اضطراب مرگ^۶ مفهومی است که پیش‌بینی و ترس از فرآیند مرگ درمورد خود و افراد مهم زندگی را شامل می‌شود (گری^۷، ۲۰۲۱). کیم^۸ (۲۰۱۹) اضطراب مرگ را به عنوان یک احساس منفی که افراد درباره مرگ تجربه می‌کنند، تعریف کرده است. به سخن دیگر اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ می‌باشد که با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مردن رخ می‌دهد، همراه است (گری، ۲۰۲۱). سالمندان اضطراب مرگ را به علت تنهایی، حس نزدیک بودن به مرگ، ناتوانایی‌های جسمی و روحی و تفکر در ارتباط با جنبه‌های مختلف مرگ بیشتر تجربه می‌کنند (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات نشان می‌دهد که سالمندان به علت نقصان فعالیت و حرکت، ابتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش استقلال جسمی و مادی در معرض کاهش اعتماد به نفس و تجربه اضطراب بالا قرار دارند (بالا و مهشواری، ۱۳۹۸). اضطراب مرگ با تغییرات الگوی خواب (منیر و گرایگر^۹، ۲۰۱۷)، افسردگی (دیناروند و همکاران، ۱۴۰۱)، گوشه‌گیری (تاپ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰)، انزوا طلبی (گونر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱)، استرس (فریرا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱)، احساس تنهایی (گونر و همکاران، ۲۰۲۱) و کاهش

سلامت‌روان (اوزر و همکاران، ۲۰۲۲؛ شارما^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹) سالمندان ارتباط دارد.

یکی دیگر از مشکلات مهم دوره سالمندی که تلاش برای رفع آن ضروری به نظر می‌رسد و بر سلامت، رفاه و طول عمر سالمندان تأثیر می‌گذارد احساس تنهایی^{۱۴} است (پاردز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). به سخن دیگر جدی‌ترین خطری که هر فرد سالمند را تهدید می‌کند، در انزوا قرار گرفتن او از سوی اطرفیان است (هاشمی و عینی، ۱۳۹۸؛ فتح‌الله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). احساس تنهایی به معنای حالت احساسی که در آن فرد احساس عدم اتصال، عدم همبستگی یا ایزوله بودن از دیگران و جامعه را تجربه می‌کند، است (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲). تنها بودن با احساس تنهایی کردن یکسان نیست، حتی نمی‌توان در کنار دیگران بودن را به منزله جلوگیری از احساس تنهایی فرض کرد (دیناروند و برقی‌ایرانی، ۱۴۰۰). بر این اساس یک فرد می‌تواند تنها باشد ولی احساس تنهایی نکند، یا برعکس می‌تواند احساس تنهایی کند ولی تنها نباشد (غلامی‌شیلسر و همکاران، ۱۳۹۹). احساس تنهایی در واقع یک شاخص مهم از سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است که تأثیر زیادی بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های جسمی و روانی این افراد دارد (فرریا و کاسیمیرو^{۱۶}، ۲۰۲۱)؛ و همچنین از عوامل تهدیدکننده سلامت‌روان سالمندان است (گونر و همکاران، ۲۰۲۱). این احساس تجربه ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور است که منجر به ناامیدی (میردریکوند و همکاران، ۱۳۹۵)، افسردگی (وان از^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱)، کاهش عملکرد شناختی (مینترز^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۹) و اضطراب مرگ (گونر و همکاران، ۲۰۲۱) می‌شود. از عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در سالمندان می‌توان با وضعیت اجتماعی پایین و شبکه‌های اجتماعی محدود (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸)، عدم حمایت اجتماعی (کرارر و فانگ^{۱۹}، ۲۰۲۱) و از دست‌دادن عزیزان (پارک^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۱) این افراد مرتبط باشد. آوسین^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که متغیرهای وابسته به تنهایی در سالمندان شامل تنها زندگی کردن، وضعیت زناشویی ضعیف و نامناسب، مجرد بودن، مشکلات اقتصادی، کیفیت زندگی پایین، رضایت پایین در روابط اجتماعی، رضایت از زندگی پایین، وجود اختلال روانی و اختلال اضطرابی می‌باشد.

در خصوص بهبود مشکلات روان‌شناختی سالمندان، درمانگران درمان‌های زیادی را آزمایش نموده‌اند (عبدالله‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). یکی از این درمان‌ها که می‌تواند تأثیر بسزایی در این گروه از افراد داشته باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۲} است (فانگ و دینگ^{۲۳}، ۲۰۲۰). این رویکرد

13. Sharma
14. Feeling lonely
15. Paredes
16. Ferreira
17. Van As
18. Mintzer
19. Carr & Fang
20. Park
21. Au sin
22. Acceptance & commitment treatment
23. Fang & Ding

1. Elderly
2. Zhang
3. Axfors & Ioannidis
4. Payal sharma
5. Ozer
6. Death Anxiety
7. Gire
8. Kim
9. Miner & Kry ger
10. Thapa
11. Guner
12. Ferreira

و دارابی، (۱۳۹۷). این درمان تأثیر بسزایی در شناخت مشکلات روان‌شناختی سالمندان نظیر بهبود کیفیت زندگی (عندلیب کورایم و محمودی‌نیا، ۱۴۰۰)، احساس تنهایی (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۸؛ خادمی و حسین‌زاد، ۱۳۹۵)، کاهش اضطراب (کامران‌مهر و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش افسردگی و نگرش‌های صمیمانه (جوانمردی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش خستگی روانی (قاسمی‌جوینه و همکاران، ۱۳۹۴)، تنظیم هیجانی (مهری نژاد و میری، ۱۳۹۵)، سلامت روان (قانع و همکاران، ۱۳۹۷)، کاهش اضطراب مرگ (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۰؛ خدابخش‌پیرکلانی و همکاران، ۱۳۹۷ و غلامی و همکاران، ۱۳۹۵)، افزایش شادکامی (ماوی و کاکابرابی، ۱۳۹۶)، افزایش تاب‌آوری (افشاری، ۱۳۹۷)، کاهش حساسیت اجتماعی (نجدی و همکاران، ۱۳۹۸) و کاهش استرس (جفاکش‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۵) دارد. پژوهش فراتحلیلی تنو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نمره احساس تنهایی دلالت دارد. پانديا^{۱۲} در سال (۲۰۲۱) مطالعه تأثیر مدیتیشن که یکی از تمرینات مرتبط با ذهن‌آگاهی می‌باشد را بر کاهش احساس تنهایی سالمندان بازنشسته در چهار شهر جنوب آسیا مورد بررسی قرار داد. شولتز^{۱۴} (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی درباره‌ی ذهن‌آگاهی کوتاه مدت بر اضطراب مرتبط با مرگ به این نتیجه رسید که این روش درمانی باعث کاهش اضطراب مرتبط با مرگ شد.

با توجه به آنچه ذکر شد سالمندان به واسطه محدودیت‌های متعدد و ناتوانی جسمانی، در معرض تجربه بالایی از اضطراب مرگ و احساس تنهایی قرار دارند. از این‌رو، باید به دنبال شناسایی درمان‌ها و مداخلات مؤثر در کاهش این عوامل در افراد سالمند بود. مداخله درمانی مؤثر می‌تواند با کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان بازخوردی مناسب به متخصصان در جهت استفاده از مداخله درمانگری مناسب ارائه دهد و فرایند درمانگری این سالمندان را تسهیل بخشد. اگرچه براساس پژوهش‌های انجام شده هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی روش‌های اثربخشی هستند، اما مقایسه آنها می‌تواند به مراکز درمانگری ویژه سالمندان، کلینیک‌های مشاوره، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و خانواده‌های آنان، تصویری روشن از روش مداخله مؤثر بر کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی ارائه دهد و راهکارهای مناسب برای کاهش این دو سازه روان‌شناختی فراهم سازد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان انجام شد. برای این منظور فرضیه‌ای در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان و مقایسه دو درمان عنوان شده مطرح شده است.

یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که هدف آن ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد (فلیپ و چریان^۱، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در بین گزینه‌های مختلف، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، امیال یا خاطره‌های آزاردهنده باشد (فانگ و دینگ، ۲۰۲۰). این شیوه درمانی به افراد کمک می‌کند ارزش‌های خود را شناسایی و با توضیح درباره آنها و استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال‌های گذشته بر افزایش سلامت روان‌شناختی (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ هادی و همکاران، ۱۳۹۸)، امید به زندگی (گلستانی‌فر و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۹)، کاهش افسردگی (حسن‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰)، کاهش احساس تنهایی (زارلینگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۳؛ چوچک^۴، ۲۰۲۳؛ نقدی و همکاران، ۱۴۰۲؛ منشی و جوان‌بخت، ۱۳۹۵)، افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی (عین‌بیگی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش فشار خون (عقیلی و ملک، ۱۴۰۰)، کاهش استرس ادراک‌شده (هادی طرقي و مسعودی، ۱۳۹۸)، بهبود کیفیت زندگی (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸) و کاهش اضطراب مرگ (روونهورف^۵ و همکاران، ۲۰۲۲؛ دوازدهمی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ حسین نظری و همکاران، ۱۴۰۱؛ میرزایی‌دوستان و همکاران، ۱۳۹۸؛ صفری‌موسوی و همکاران، ۱۳۹۷) در میان سالمندان تأثیر بسزایی داشته است. نصیرنیا و سماکوش (۱۴۰۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شد.

یکی دیگر از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در کمک به مشکلات روان‌شناختی سالمندان مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۷ می‌باشد (کامران‌مهر و همکاران، ۱۳۹۹). درواقع ذهن‌آگاهی به معنای آگاهی لحظه‌ای از اتفاقات و جریان‌های درونی- بیرونی می‌باشد که داشتن واکنش مطلوب‌تر و اندیشمندانه‌تر را به آنها ممکن می‌سازد (گریفث^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی از درمان شناختی رفتاری مشتق شده و از مهمترین ابعاد رویکردهای موج سوم تلقی می‌گردد (هدی^۹، ۲۰۱۷). درمان ذهن‌آگاهی شامل تمرین‌های آرمیدگی متفاوت، یوگا، اسکن بدن و تمرین‌های مربوط به ارتباط رفتار، افکار و احساس می‌باشد (هنریکسون و ریچاردسون^{۱۰}، ۲۰۲۰). تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامونی را در لحظه میسر می‌سازد (فرایدبرگ و مک‌کلور^{۱۱}، ۲۰۱۵). این مدل آموزشی از طریق متمرکز ساختن افراد بر ماهیت درونی و واقعیت بیرونی سعی دارد انعطاف‌پذیری آنها را از طریق کاهش حساسیت آنها و تقویت میزان پذیرش‌شان افزایش دهد و به این ترتیب ضمن تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، تجربه هیجانات مثبت را در آنها تقویت کند (معنوی‌پور

8. Griffith
9. Hide
10. Henriksen & Richardson
11. Friedberg & McClure
12. Teoh
13. Pandya
14. Schultz

1. Philip & Cheria
2. Hill
3. Zarling
4. Chojak
5. Rauwenhoff
6. Davazdahemami
7. Mindfulness-based therapy

روش

طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان مقیم در آسایشگاه مهرگان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (کوین و کوخ، ۲۰۰۲) که تعداد ۴۵ نفر از افراد واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری دواطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج در سه گروه ۱۵ نفری (درمان مبتنی بر پذیرش، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل سن بین ۷۰-۶۰ سال، عدم وجود اختلال روان‌شناختی و آلزایمر، توانایی برقراری ارتباط، رضایت به شرکت در پژوهش، توانایی تکمیل پرسشنامه و توانایی شرکت در جلسات، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌های اضطراب مرگ و احساس تنهایی و همچنین ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش، وجود مشکلات رفتاری شدید در طول جلسات و عدم مشارکت و همکاری در گروه بود. برای گروه‌های آزمایشی شیوه‌های درمانی به عنوان متغیر مستقل در دو گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی) اعمال شد. سالمندان پس از اعلام موافقت در یک جلسه معارفه شرکت و فرم اعلام موافقت را امضا کردند و پس از توضیح در مورد تحقیق و اعلام موافقت سالمندان در هر سه گروه، مقیاس اضطراب مرگ و احساس تنهایی اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (به صورت هفته‌ای دو جلسه)، گروه مداخله اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه مداخله دوم تحت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخلات درمانی انجام نشد، اما به منظور اصول اخلاقی دو جلسه مشاوره پس از پایان دوره‌ی اجرای پژوهش، دریافت نمودند. بعد از اتمام جلسات آموزشی برای هر سه گروه پس‌آزمون صورت گرفت. در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیر مورد نظر از پرسشنامه‌های اضطراب مرگ و احساس تنهایی استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه اضطراب مرگ^۲: برای اندازه‌گیری اضطراب مرگ از پرسشنامه اضطراب مرگ کالت-لستر^۳ (۱۹۶۹) استفاده شد. این پرسشنامه نوعی ابزار خودسنجی برای اندازه‌گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. کالت-لستر (۱۹۶۹) فرم ابتدایی این مقیاس را طراحی کرد. این مقیاس شامل ۳۲ سؤال است و عبارات این پرسشنامه، توسط مقیاس پنج ارزشی لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند که هر یک از این گویه‌ها از ۱ (بی‌اهمیت) تا ۵ (خیلی زیاد) امتیاز دارند. بیشترین نمره‌ای که در این آزمون کسب می‌شود ۱۶۰ و کمترین نمره ۳۲ است. هرچقدر نمره فرد به ۱۶۰ نزدیک‌تر باشد، به این معنی است که اضطراب مرگ زیادتری دارد. اسماعیلی (۱۳۸۷) برای

اولین بار در ایران طی پژوهشی فرم تجدیدنظرشده این مقیاس را بر روی نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز اجرا کردند. ضریب پایایی آن از طریق دو روش آماري آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ و اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۴ (۲۰۰۵) برابر ۰/۵۷ گزارش شده است. برای بررسی پایایی پرسشنامه اضطراب مرگ کالت-لستر، به ضریب آلفای کرونباخ استناد شد و از آنجا که ضریب پایایی به‌دست آمده، ۰/۷۹ بود، از قابلیت اعتماد ابزار اطمینان حاصل شد (نادری و روشنی، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بود.

پرسشنامه احساس تنهایی^۵: برای اندازه‌گیری احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) استفاده شد. ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی برای اولین بار توسط (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷) در بین دانشجویان ایرانی صورت گرفته است. این مقیاس دارای سه عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی (۱۶ سؤال) تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان (۱۱ سؤال) و نشانه‌های عاطفی تنهایی (۱۰ سؤال) تشکیل شده است و در کل ۳۸ سؤال دارد (صدری دمیرچی و رضانی، ۱۳۹۵). نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف صفر تا ۴ صورت می‌گیرد) که در گروهی از سؤالات خیلی زیاد (نمره صفر)، زیاد (۱)، متوسط (۲)، کم (۳) و خیلی کم (۴) می‌گیرد و برای گروه دیگری از سؤالات به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی راسل^۶ و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تأیید شده است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمده است.

روش‌های مداخله

در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به عنوان متغیرهای مستقل در مورد آزمودنی‌ها اعمال شدند. در اینجا به صورت مختصر روش‌های درمانی در جداول ۱ و ۲ توضیح داده شده است.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. برای انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از دستورالعمل‌های که در درمان (باند^۷ و همکاران، ۲۰۱۱) ارائه شده، به عنوان راهنمای درمان استفاده شده است.

1. Quinn & Keough
2. Death anxiety scale
3. Collet-Lester
4. Temple

5. Loneliness scale
6. Russell
7. Bond

جدول ۱: ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (باند و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنایی افراد با موضوع پژوهش؛ معرفی کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ تنظیم قوانین گروهی؛ تمرین ذهن آگاهی.
دوم	توصیف افکار و نشانه‌ها؛ استعاره ببر گرسنه؛ یادآوری اینکه کنترل خود مشکل‌ساز است؛ معرفی سیستم ناکارآمد مراجعین؛ چگونه من در برابر اضطراب و تنهایی تسلیم شدم؛ استعاره کیک شکلاتی.
سوم	توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم انکار، یاس، مقاومت و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است نه مقطعی؛ استعاره میهمان.
چهارم	معرفی گسلش با تعریف افکار، باورها، احساسات و قضاوت و مدیریت آنها و دیدن رویدادهای درونی همان‌گونه که هستند نه به جهت کنترل یا حذف آنها؛ استعاره مسافران اتوبوس؛ استعاره فنجان بد.
پنجم	بررسی ارزش‌های افراد؛ توضیح تفاوت بین ارزش اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ موانع احتمالی درونی و بیرونی در دنبال کردن ارزش‌ها.
ششم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ توضیح مفاهیم نقش و زمینه؛ آموزش تمرینات لازم جهت تمرکز بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی، و غیره)؛ استراحت و پذیرایی.
هفتم	ارتباط با زمان حال و آموزش فنون ذهن آگاهی؛ ثبت مواردی که مراجعین قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
هشتم	آموزش مباحث زندگی ارزش مدار و انتخاب؛ توضیح تمایز بین اهداف و ارزش‌ها؛ مطرح کردن سوالات اساسی سنجش اولیه ارزش‌ها و از اعضا خواسته شد در مورد آنها فکر کرده و به آنها پاسخ دهند. سوالات از این قرار بود: بیشترین خواسته‌ای که از زندگی دارید چیست؟ چه کارهایی را بیشتر دوست دارید انجام دهید؟ جمع‌بندی نهایی اعلام پایان جلسات.

پروتکل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی. بسته آموزشی پژوهش حاضر بر اساس

پروتکل مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس (کابات زین، ۲۰۱۳)

تهیه شده است.

جدول ۲: ساختار محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۱۳)

جلسه	محتوا
اول	معرفی شرکت‌کنندگان؛ شرح مختصری از ۸ جلسه؛ مدیتیشن اسکن بدن (همزمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدن جلب می‌کنند)؛ خوردن یک کشمش با تمام وجود بحث در مورد احساس آن؛ تکلیف خانگی مسواک زدن یا شستن ظرف و بحث در مورد احساس آن.
دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن؛ بحث در مورد تجربه انجام تکالیف خانگی‌شان و موانع انجام تمرین (مثل بی‌قرایی و پرسه زدن ذهن) و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم)؛ تکلیف خانگی.
سوم	تمرین دیدن و شنیدن (نگاه کردن و گوش دادن به مدت ۳ دقیقه به صورت غیرقضاوتی)؛ این تمرین با مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی انجام می‌شود؛ تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی شامل ۳ مرحله: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن است؛ تکالیف منزل.
چهارم	شروع جلسه با توجه به تنفس؛ صدای بدن و افکار؛ بحث در مورد پاسخ‌های استرس و احساس تنهایی و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و رفتارها و نگرش‌های جایگزین؛ تمرین قدم زدن در ذهن آگاه؛ تکالیف منزل.
پنجم	ابتدای جلسه مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن؛ تکالیف جلسات بعد شامل مدیتیشن نشسته؛ فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.
ششم	شروع جلسه با تمرین فضای ۳ دقیقه‌ای تنفسی؛ تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی بحث می‌شوند؛ ارائه تمرینی با این مضمون که محتوای افکار اکثراً واقعی نیستند؛ انجام مدیتیشن تکلیف خانگی.
هفتم	مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خود چیست؟ ارائه تمرینی که در آن اعضاء مشخص می‌کنند کدام یک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدام یک ناخوشایند است و چگونه می‌توان برنامه‌ای را تعیین کرد که به اندازه کافی رویداد خوشایند در آن باشد؛ تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ تمرین خانگی.
هشتم	شروع جلسه با مدیتیشن؛ تمرین فضای ۳ دقیقه‌ای تنفسی؛ روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس تنهایی و اضطراب مرگ در آنها کمتر شده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرینات مدیتیشن را ادامه دهند؟

روند اجرای پژوهش

استنباطی صورت گرفت. به طوری که در سطح توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف معیار و جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف و جهت برقراری تساوی واریانس‌ها از آزمون F لوین استفاده شد. پس از آن داده‌ها با استفاده از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶۶/۳۳±۲/۵۵، ۶۶/۴۶±۳/۷۱ و ۶۴/۵۳±۳/۰۲ بود. ۴۲/۲۳ درصد افراد نمونه را مردان و ۵۷/۷۷ درصد را زنان تشکیل دادند و کمترین سن افراد ۶۰ سال و بیشترین آنها ۶۹ سال بود. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی در گروه‌ها در موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اضطراب مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۰۶۸	۸۰/۵۳۳	۳/۵۰۲	۱۱۵/۳۳۳
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۴/۹۸۲	۸۱/۲۰۰	۶/۰۲۶	۱۱۸/۶۰۰
	کنترل	۴/۴۶۳	۱۱۴/۲۰۰	۶/۳۳۸	۱۱۷/۲۶۶
احساس تنهایی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۲۰۵	۸۶/۶۶۶	۴/۹۸۰	۱۱۴/۶۶۶
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۷۳۱	۸۸/۱۳۳	۴/۶۲۷	۱۱۱/۲۶۶
	کنترل	۴/۵۶۱	۱۰۵/۱۳۳	۴/۳۵۶	۱۰۹/۶۶۶

نمود. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کواریانس از آزمون باکس استفاده گردید که در این بخش ارائه می‌گردد ($\text{Sig}=۰/۲۲۸$)، $F=۱/۳۵۶$ ، $\text{Boxes } M=۸/۷۴۱$) محاسبه شد. با توجه به اینکه معناداری آزمون باکس در همه مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کواریانس همگن می‌باشند. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. در این جهت در پس‌آزمون در متغیر اضطراب مرگ ($\text{Sig}=۰/۴۰۴$ ، $F=۰/۹۲۵$) و در متغیر احساس تنهایی ($\text{Sig}=۰/۱۶۲$ ، $F=۱/۹۰۲$) حاصل گردید. با توجه به سطح معناداری ($P>۰/۰۵$) برای همه متغیرها شرط همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون برقرار بود.

شاخص‌های توصیفی در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در شرکت‌کننده‌های دو گروه آزمایش و گروه کنترل را نشان می‌دهد. لذا اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) در پس‌آزمون برای هر دو متغیر اضطراب مرگ و احساس تنهایی کمتر از پیش‌آزمون و همچنین پس‌آزمون گروه کنترل بوده است که جهت تعیین معنادار بودن تفاوت‌ها نیاز به آزمون‌های آماری مناسب است که در بخش یافته‌های استنباطی به آن پرداخته شد. در ادامه جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان

جدول ۴: تحلیل مانکوا بر روی متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

توان آماری	اتا	Sig	F	مقدار	آزمون	گروه
۱	۰/۴۸۶	۰/۰۰۰	۱۸/۹۳۶	۰/۹۷۳	آزمون اثر پیلا	
۱	۰/۷۹۹	۰/۰۰۰	۷۷/۶۹۷	۰/۰۴۰	آزمون لامبدای ویلکز	
۱	۰/۹۲۲	۰/۰۰۰	۲۲۳/۴۷۴	۲۳/۵۲۴	آزمون اثر هتلینگ	
۱	۰/۹۵۹	۰/۰۰۰	۴۷۰/۱۹۹	۲۳/۵۱۰	آزمون بزرگترین ریشه روی	

پیش‌آزمون، میزان نمرات پس‌آزمون متغیرهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی در گروه کنترل دارای تفاوت معناداری می‌باشد.

با توجه به جدول ۴ آماره چند متغیره لامبدای ویلکز برابر $0/040$ ، مقدار F برابر $77/679$ و سطح معنادار برابر $0/000$ است. با توجه به کوچکتر بودن سطح معناداری از $0/05$ نتیجه می‌گیریم که در کل پس از تعدیل نمرات

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس روی نمره‌های پس‌آزمون متغیر اضطراب مرگ و احساس تنهایی

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اضطراب مرگ	۹۹۵۸/۶۹۰	۲	۴۹۷۹/۳۴۵	۱۷۲/۵۷۱	۰/۰۰۰	۰/۸۹۶
	احساس تنهایی	۱۳۳۳۶/۳۰۷	۲	۶۶۶۸/۱۵۴	۳۲۶/۴۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۴۲
خطا	اضطراب مرگ	۱۱۵۴/۱۵۳	۴۰	۲۸/۸۵۴			
	احساس تنهایی	۸۱۶/۹۷۳	۴۰	۲۰/۴۲۴			
مجموع	اضطراب مرگ	۱۲۳۵۶/۹۷۸	۴۴				
	احساس تنهایی	۱۵۱۶۶/۹۷۸	۴۴				

معناداری داشته است. بر اساس اندازه اثر به دست آمده می‌توان گفت میزان تأثیر این درمان‌ها $0/۸۹$ برای متغیر اضطراب مرگ و $0/۹۴$ برای متغیر احساس تنهایی می‌باشد. به منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدام یک از گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

طبق جدول ۵ با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون اضطراب مرگ ($F=172/571, P=0/000$) و احساس تنهایی ($P=0/000$)، $F=326/481$ معنادار است، و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر دو متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان تأثیر

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیرهای اضطراب مرگ و احساس تنهایی

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	Sig
اضطراب مرگ	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-کنترل	-۳۳/۶۶۶	۱/۹۸۶	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی-کنترل	-۳۳/۰۰۰	۱/۹۸۶	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰/۶۶۶	۱/۹۸۶	۱
احساس تنهایی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-کنترل	-۳۸/۴۶۶	۱/۷۰۲	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی-کنترل	-۳۷/۰۰۰	۱/۷۰۲	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱/۴۶۶	۱/۷۰۲	۱

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ با پژوهش‌های روونپوف و همکاران (۲۰۲۲)؛ دوازدهمی و همکاران (۲۰۲۰)؛ حسین نظری و همکاران (۱۴۰۱)؛ میرزایی دوستان و همکاران (۱۳۹۸)؛ صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۷) و همچنین بر احساس تنهایی با پژوهش‌های زارلینگ و همکاران (۲۰۲۳)؛ چوچک (۲۰۲۳)؛ نقدی و همکاران (۱۴۰۲) و منشی و جوان‌بخت (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در این درمان، هدف از تأکید بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ دادن به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانایی مراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربه خودشان در زمان حال و بر اساس آنچه در همان لحظه امکان‌پذیر است، بهبود می‌بخشد. این درمان باعث می‌شود سالمندان احساسات و نشانه‌های جسمانی و روانی خود را

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده شد؛ با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در میان سالمندان شدند. بین اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان تفاوت معنادار وجود نداشت ($P>0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در میان سالمندان می‌شوند و بین این دو درمان از نظر میزان اثرگذاری تفاوت معناداری وجود نداشت.

می پذیرند، توانایی مقابله با مشکلات را یاد می گیرند، در مقابله با استرس‌ها از تن آرامی و تکنیک تنفس استفاده می کنند و نگرش مثبتی به توانایی های خود پیدا می کنند. از طرفی عامل مثبت مؤثر در کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان ذهن آگاهی یا همان زندگی در زمان حال است که می توان از آن به عنوان زندگی بدون قضاوت که تأثیرات خود را از طریق چهار مکانیزم تنظیم توجه، آگاهی از بدن، تنظیم هیجانات و تغییرات در چشم اندازی که فرد از خود دارد نشان می دهد یاد کرد. افزایش میزان ذهن آگاهی در سالمندان می تواند آگاهی آنها را از فعالیت های روزمره خود افزایش دهد و در نتیجه آنها را با خصوصیات خودکار ذهنی خود برای مثال گرایش به جدا شدن تجربه زمان حال و درگیری با زمان گذشته و آینده آشنا سازد و موجب آگاهی لحظه به لحظه در فرد شود. در واقع می توان از ذهن آگاهی به عنوان نقطه ی مقابل درگیری ذهنی با نگرانی ها افکار خود آیند، اشتغال ذهنی با خاطرات و تخیلات و به طور کلی اشتغال ذهنی با هر چیزی به غیر از زمان حال یاد کرد. در نتیجه افزایش ذهن آگاهی می تواند با تجربه سطوح به مراتب پایین تر استرس همراه باشد و بر اساس یافته های پژوهش حاضر با میزان کمتر اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان همراه است.

در پایان غیرمعناداری تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان را می توان این گونه تفسیر کرد که این دو درمان تأثیر یکسانی بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان دارد. پژوهشی که به مقایسه این دو رویکرد بر اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان بپردازد یافت نشد که نتایج مقایسه بشود. در تبیین این یافته باید گفت که امروزه با نسل سوم این درمان ها مواجه هستیم که آنها را می توان تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مؤلفه های زیادی از جمله آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود پذیرش، عدم اجتناب، عدم همجوشی، و تمیز فکر از واقعیت اشتراک دارند، این حیطه های مشترک احتمالاً باعث شده که میان هر دو درمان تفاوتی وجود نداشته باشد. همچنین باید به این مورد توجه کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان ذهن آگاهی بر بهبود رفتارها سلامت محور تأکید بیشتری دارد این در حالی است که درمان ذهن آگاهی عمده تمرکز و تلاش خود را برد تقویت حالت ذهنی فرد بر پایه تمرکز بدون قضاوت بر زمان حال می گذارد، در نهایت باید به این مسئله توجه داشت که از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مؤلفه های زیادی از جمله آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، پذیرش، عدم اجتناب، عدم همجوشی، و تمیز فکر از واقعیت، اشتراک دارند، و همچنین این دو روش درمانی با تأکید بر ارزش های زندگی، تمرین دیدگاه مشاهده گر و نیز تمرینات پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن و تلاش برای کنترل هیجانات؛ باعث گردید که تفاوتی میان این دو درمان در راستای

بپذیرند. قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه ها و کاهش اضطراب علی الخصوص اضطراب مرگ و همچنین احساس تنهایی می شود. در واقع به سالمند آموزش داده می شود که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات خود توانا تر باشد، به همان میزان می تواند مستقل از این تجربیات عمل کند. پذیرش جایگزین مهم برای اجتناب است و به سالمند کمک می کند ضمن پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی و تلاش خود را برای رسیدن به هدف به کار گیرد (پورفرهانی و همکاران، ۱۳۹۸). بر این اساس دیناروند و همکاران (۱۴۰۱) بیان کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرآیند پذیرش احساسات و افکار مزاحم، ارتباط برقرار کردن با زمان حال و همچنین شناسایی ارزش های فرد و ترغیب فرد به انجام اعمال مبتنی بر این ارزش ها، شرایط لازم را برای ایجاد یک زندگی ارزشمند فراهم می نماید. در واقع، هدف درمان پذیرش و تعهد بر عدم اجتناب از تجارب درونی و مشاهده بدون قضاوت این است تا به افراد کمک شود تا افکار آزاردهنده مانند افکار مربوط به بیماری و مرگ را فقط به عنوان یک فکر گذرا تجربه کنند و نه یک واقعیت مطلق و بنابراین بدون جوش خوردن با آن افکار، اجازه دهند مانند ابری بگذرند و در نتیجه این رویکرد باعث کاهش اضطراب مرگ در سالمندان می شود (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹). بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد لزوم تصریح ارزش ها، منجر به کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در سالمندان شد.

علاوه بر این تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ با پژوهش های گودرزی و همکاران (۱۴۰۰)؛ خدابخش پیر کلانی و همکاران (۱۳۹۷) و غلامی و همکاران (۱۳۹۵) و همچنین بر احساس تنهایی با پژوهش های پانديا (۲۰۲۱)؛ تئو و همکاران (۲۰۲۱)؛ قدم پور و همکاران (۱۳۹۸) و خادمی و حسین زاد (۱۳۹۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت ذهن ما اغلب در مورد وقایع اقدام به تفسیر و استنباط می کند و به مرور باعث واکنش ها و احساسات پایدار می شود. در سالمندان ذهن همیشه به سمت افکار منفی و ناراحت کننده گرایش پیدا می کند که این خود باعث تداوم آنها می شوند، اما ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین برای توجه به ویژگی های تجارب به شیوه های خالی از قضاوت موجب کدگذاری اختصاصی به جای تعمیم کلی اطلاعات در حافظه می شود که این امر بازخوانی اختصاصی از حافظه را به همراه دارد. در نتیجه این روش به تعدیل احساسات بدون قضاوت و واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی همان طور که اتفاق می افتد کمک می کند. همچنین بر اساس نظریه کابات زین (۲۰۰۳) در روش ذهن آگاهی به افراد تن آرامی، تکنیک تنفس، بینش و مهارت هایی برای مقابله با استرس ها و شکایات آموزش داده می شود که این آموزش ها هم عملکرد جسمانی و هم عملکرد ذهنی را تقویت می کند که بر اساس آن می توان انتظار داشت که افراد نگرش مثبت تری نسبت به توانایی های خود داشته باشند و در کنار آمدن با استرس ها به طور موفقیت آمیز عمل کنند (کابات زین، ۲۰۰۳). در نتیجه افراد ذهن آگاه مشکلات خود را بدون قضاوت نگاه می کنند، مشکلات و هیجانات خود را

منابع

- ابراهیمی، ع، طاهر، م، نوحی، ش. (۱۴۰۲). رابطه سلامت روانی با سلامت جسمانی سالمندان مقیم سرای سالمندان: نقش میانجی احساس گناه و احساس تنهایی، *روانشناسی پیری*، ۱۹(۱)، ۳۱-۱۹.
- اسماعیلی، ع. (۱۳۸۷). *اعتبار سنجی مقیاس اضطراب مرگ و مقایسه میزان اضطراب مرگ، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز* (پایان نامه کارشناس ارشد منتشر نشده)، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- افشاری، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن آگاهی بر تاب‌آوری زنان در سقط جنین مکرر، *نشریه روان‌پرستاری*، ۶(۴)، ۱۸-۱۱.
- آبادی، ی، هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و اضطراب وجودی سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۱۸(۱)، ۱۰-۱.
- بالا، ر، مهشوری، س. ک. (۱۳۹۸). اضطراب مرگ و افسردگی مرگ در سالمندان، *مجله بین‌المللی پرستاری روانپزشکی*، ۱۵(۱)، ۵۹-۵۵.
- برقی ایرانی، ز، دهقان صابر، ل. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیر منطقی و اضطراب زنان سالمند، *روانشناسی پیری*، ۱۶(۴)، ۳۲۹-۳۲۱.
- بهاروندی، ب، کاظمیان‌مقدم، ک، هارون‌رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ایهام و اضطراب مرگ سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۱۶(۱)، ۲۶-۱۳.
- پورفرهانی، م، احمدبرآبادی، ح، حیدرنیا، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دختران نوجوان بی‌سرپرست دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۷(۵)، ۴۲-۳۳.
- جفاکش‌مقدم، آ، شهبازی‌زاده، ف، بحرینیان، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس بیماران دیالیزی، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۰۷(۲۴)، ۸۴-۹۳.
- جوانمردی، ف، نعیمی، ا، معتمدی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۱۶(۱)، ۵۲-۳۹.
- حسن‌نژاد، ن، علی‌پور، ا، حسینی، ن. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲(۶۴)، ۲۹۶۳-۲۹۵۳.
- حسین نظری، ن، نجات، ح، صفاریان طوسی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۱۸(۱)، ۲۵-۳۸.
- خادمی، ع، حسین‌زاد، آ. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر احساس تنهایی سالمندان شهر تبریز، *مقاله ارائه شده در سومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران، تهران*.
- خدابخش پیر کلانی، ر، رمضان ساعتچی، ل، ملکی مجد، م. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی و اضطراب مرگ و امید به زندگی در زنان سالمند، *سالمندشناسی*، ۳(۳)، ۱۱-۲۰.

کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی سالمندان وجود نداشته باشد، و اینکه در هر دو رویکرد با توجه به تعامل بین اعضای گروه، دیدار گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات مشکلات بین فردی در جلسات درمانی سبب کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در میان سالمندان گردید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره داشت که پژوهش حاضر تنها بر روی سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان مهرگان شهر کرمانشاه انجام شد، در تعمیم نتایج آن باید جوانب احتیاط رعایت شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه، همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها، نبود جلسات پیگیری به علت دسترسی نداشتن به افراد نمونه در طولانی مدت، استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و گردآوری داده‌ها تنها بر اساس ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد. از این رو، به نظر می‌رسد که نتایج باید با احتیاط بیشتری تفسیر شوند. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در مورد سایر سالمندان و به کمک سایر روش‌های درمانی صورت گیرد و به مقایسه این روش‌های درمانی با روش‌های فراشناخت درمانی، درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد. همچنین، جهت سنجش اثر مداخلات درمانی، اجرای پس‌آزمون بعد از گذشت مدت زمان مشخصی از اتمام جلسات مداخله‌ای و آزمون پیگیری شش ماه پس از آن برگزار گردد و در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و همچنین پژوهش بر روی سالمندان شهرهای دیگر با توجه به تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند نتایج دیگری داشته باشد. از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است کاهش اضطراب مرگ و احساس تنهایی در میان سالمندان را فراهم آورده‌اند، پیشنهاد می‌شود، در مداخلات طراحی شده برای این اشخاص، درمان‌های مذکور مدنظر قرار گیرد. و در آخر پیشنهاد می‌شود کارایی این دو درمان را بر روی متغیرهای دیگر مربوط به این گروه از افراد بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدین ترتیب از تمامی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر و دست اندرکاران آسایشگاه سالمندان مهرگان شهر کرمانشاه، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد و یافته‌ها به صورت کاملاً شفاف گزارش شده است.

- دهشیری، غ. ر، برجلی، ع، شیخی، م، حبیبی اصفغری، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتبار سنجی مقیاس احساس تنهایی در بین دانش آموزان. *فصلنامه روانشناسی*، ۱۲(۴۷)، ۲۹۶-۲۸۲.
- دیناروند، ن. و برقی ایرانی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراساخت درمانی و معنویت درمانی بر ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سالمندان مقیم سرای سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۲(۲۷)، ۱۹۷-۱۸۱.
- دیناروند، ن. برقی ایرانی، ز. فورستیم، س. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افسردگی سالمندان ساکن سرای سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۲(۲۸)، ۲۰۳-۱۸۹.
- رستمی، م، رسولی، م، کسای، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان، *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۱(۱۹)، ۱۱۰-۸۷.
- سلمانی، م، ذوقی، ل. (۱۴۰۱). رابطه احساس تنهایی، هوش معنوی و سلامت عمومی با اضطراب مرگ در سالمندان: نقش میانجی ذهن آگاهی، *روانشناسی پیری*، ۱(۱۸)، ۶۹-۵۵.
- شش‌بلوکی، ف. و هارون‌رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسایی هیجانی و باورهای فراساختی سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۲(۲۷)، ۲۱۰-۱۹۹.
- صدری‌دمیرچی، ا، رضانی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان وجودی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۱(۱۲)، ۱-۱۲.
- صفری‌موسوی، س، غضنفری، ف، میردیکوند، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام اس شهر خرم‌آباد، *مجله بالینی پرستاری مامایی*، ۷(۴)، ۲۴۱-۲۳۴.
- عبدالله‌پور، م، حافظی، ف، احتشام‌زاده، پ، نادری، ف، و پاشا، ر. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان روایت‌مدار و ACT، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان، *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱(۳۱)، ۱۳۳-۱۴۶.
- عقیلی، س. م، ملک، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی و فشار خون بیماران همودیلیزی شهرستان گرگان، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۸(۵)، ۹۴-۸۱.
- عندلیب کورایم، م. و محمودی‌نیا، س. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان: نقش تاب‌آوری و ذهن آگاهی، *روانشناسی پیری*، ۲(۲۷)، ۱۶۷-۱۷۹.
- عین بیگی، ا، سلیمانیان، ع، و جاجرمی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه‌های روانشناختی در سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۲(۲۶)، ۱۷۸-۱۶۵.
- غلامی شیلرس، ف، اسماعیل پور، م، بشرخواه، ع. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر میزان احساس تنهایی سالمندان ایرانی. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۱(۱)، ۳۵-۴۴.
- غلامی، م، حافظی، ف، عسگری، پ، نادری، ف. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای معنوی بر اضطراب مرگ و فشار خون سالمندان مبتلا به فشار خون بالا، *روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۵۱-۱۴۳.
- فتح‌الله‌زاده، ن، سعیدی، ف، ایچی، س، سعادت، ن، رستمی، م. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی، *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲)، ۸۹-۱۰۲.
- قاسمی‌جوینه، ر، عرب‌زاده، م، جلیلی‌نیکو، س، محمدعلی‌پور، ز، محسن‌زاده، ف. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه
- ذهن آگاهی فرایبورگ، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۲)، ۱۳۷-۱۵۰.
- قانع، ص، اسدی، ج، درخشان‌پور، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن آگاهی بر بهزیستی فردی و سلامت روان سالمندان زن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۰(۱)، ۷۱-۷۶.
- قدم‌پور، ع، مرادی زاده، س. و شاه کرمی، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مرکز صدیق شهر خرم‌آباد، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۴(۴)، ۴۴-۵۳.
- کامران‌مهر، ف. فارسی، ع. و کاویانی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی تمرینات ذهن آگاهی و بازخورد زیستی-آرام‌سازی بر اضطراب، افسردگی و تعادل عملکردی و ایستادگی زنان سالمندان با افسردگی و اضطراب خفیف، *روانشناسی پیری*، ۳(۳)، ۲۳۳-۲۴۸.
- گلستانی‌فر، س. و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان‌شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی، *روانشناسی پیری*، ۳(۳)، ۲۰۳-۱۹۱.
- گودرزی، م، بدایت، ا، برومند، ن. (۱۴۰۰). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اجتناب تجربه‌ای و اضطراب مرگ زنان سالمند، *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۸)، ۱۱۵-۱۲۴.
- مواوی، ز، کاکابرابی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان، *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۴)، ۲۰-۹.
- مرادی، ش، قدرتی‌میرکوهی، م، حیاتی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه مرور زندگی بر احساس تنهایی سازگاری اجتماعی و انسجام و یکپارچگی سالمندان، *روانشناسی پیری*، ۳(۳)، ۱۹۹-۱۷۹.
- معنوی‌پور، د، دارابی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی روش آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب امتحان و سبک‌های حل مسئله در دانشجویان، *مجله شناخت اجتماعی*، ۷(۱)، ۵۳-۴۱.
- منشی، غ، ر، جوان‌بخت، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی و احساس تنهایی نوجوانان مراکز شبه خانواده، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۴)، ۳۹-۳۲.
- مهری‌نژاد، س، میری، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و روابط بین فردی و تنظیم شناختی هیجانی زنان سالمند شهرستان شاهرود (پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد) دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود.
- میردیکوند، ف، پناهی، ه. و حسینی‌رمقانی، ن. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی، حملات اجتماعی و ناتوانی عملکردی. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۰۳-۱۱۳.
- میرزایی‌دوستان، ز، زرگر، ی، زندی‌پیام، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان، *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱)، ۱۳-۲.
- نادری، ف، روشنی، خ. (۱۳۸۹). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند، *مجله روانشناسی فرهنگی زن*، ۲(۶)، ۵۵-۶۷.
- نجدی، ل، موسی‌زاده، ت، کاظمی، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی در نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۴(۱۴)، ۱۷۶-۱۹۹.

- Francis, J. (2022). Elder orphans on Facebook: Implications for mattering and social isolation. *Computers in Human Behavior*, 127(1), 107-123.
- Friedberg, R. D., & McClure, J.M. (2015). Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts. *Guilford Publications*.
- Gire, J. T. (2021). How death imitates life: Cultural influences on conceptions of death and dying. *In Online Readings in Psychology and Culture*.
- Griffith, G. M., Bartley, T., & Crane, R. S. (2019). The Inside Out Group Model: Teaching Groups in Mindfulness-Based Programs. *Mindfulness*, 10(7), 1315-1327.
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA-journal of Death and Dying*, 13 (4), 98-106.
- Henriksen, D. A., Richardson, C. B & Shack, C. k. (2020). Mindfulness and creativity: Implications for thinking and learning Thinking Skills and Creativity. *Thinking skills & Creativity*, 37(1), 1-10.
- Hide, A. (2017). Using mindfulness to reduce the health effects of community reaction to aircraft noise. *Noise & Health*, 19(89), 165- 173.
- Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144-152.
- Jefakesh Moghadam, A., Shah-bi Zadeh, F., Bahraini an, A. (2016). Comparing the effectiveness of Psychotherapy based on mindfulness and psychotherapy based on acceptance and commitment on the stress of dialysis patients. *Scientific Research Journal of ZANJAN University of Medical Sciennces*, 107(24), 84-93.
- Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past present and future. *Journal of Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. (Revised And Updated ed.). *New York: The Random House Publishing Group*.
- Kim, Y. (2019). Factors influencing death anxiety in community-dwelling elderly: based on the ecology theory. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 22(1), 30-38.
- Miner, B., & Kry ger, M. H. (2017). Sleep in the aging population. *Sleep medicine clinics*, 12 (1), 31-38.
- Mintzer, J., Donovan, K. A., Kindy, A. Z., Lock, S. L., Chura, L. R., & Barracca, N. (2019). Lifestyle Choices and Brain Health. *Frontiers in Medicine*, 6(1), 1-5.
- Ozer, O., Ozkan, O., & Buyuksirin, B. (2022). Examination of pandemic awareness, death anxiety, and spiritual well-being in elderly individuals. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 11(3), 218-229.
- Paredes, A. M., Lee, E. E., Chik, L., Gupta, S., & Others. (2021). Qualitative study of loneliness in a senior housing community: the importance of wisdom and other coping strategies. *Aging Mental Health*, 25 (1), 1-8.
- نصیرنیا سماکوش، ع، یوسفی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، شادکامی و تاب‌آوری سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۶۱-۱۴۹، (۲)۸.
- نقدی، م، طاهر، م، آقایی، ح، حسین‌خانزاده، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۸)، ۱۶۷۸-۱۶۶۳.
- هادی طرقي، ح، و مسعودی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک شده سالمندان مبتلا به درد مزمن. *روانشناسی پیری*، ۱۱-۱۱، (۵)۱.
- هاشمی، ز، و عینی، س. (۱۳۹۸). استرس ادراک شده درسالمندان: نقش هوش معنوی خود دلسوزی و سرسخت روانشناختی، *روانشناسی پیری*، ۴)۵، ۲۸۹-۲۹۹.
- هاشمی، ز، افشاری، ع، عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اتقا سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان، *مجله آموزش بهداشت و ارتقا سلامت ایران*، ۲)۸، ۱۷۱-۱۶۰.
- Au sin, B., Munoz, M., & Castellanos, MA. (2017). Loneliness, sociodemographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20-46.
- Axfors, C., & Ioannidis, J. P. (2022). Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling elderly populations. *European Journal of Epidemiology*, 37(3), 235-249.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42 (4), 676-688.
- Carr, S., & Fang, C. A. (2021). Gradual separation from the world: a qualitative exploration of existential loneliness in old age. *Ageing & Society*, 4 (2), 1436-1456.
- Chojak, A. (2023). Effectiveness of ACT-based intervention in compliance with the model for sustainable mental health: A cluster randomized control trial in a group of older adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28(1), 48-59.
- Davazdahemami, M. H., Bayrami, A., Petersen, J. M., Twohig, M. P., Bakhtiyari, M., Noori, M., & Kheradmand, A. (2020). Preliminary evidence of the effectiveness of acceptance and commitment therapy for death anxiety in Iranian clients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 84(Supplement A), 1-11.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 134-143.
- Ferreira, H. G., & Casemiro, N. V. (2021). Loneliness in the Elderly and associated factors. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 90-98.
- Ferreira, L.N., Pereira, L.N., da Fe Bras, M., Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30(5), 1389-1405.

- Loneliness Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(10), 1728- 1734
- Zarling, A., Kim, J., Russell, D., & Cutrona, C. (2023). Online acceptance and commitment therapy as treatment for loneliness among older adults: Report of a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1(1), 1-1.
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience*, 47(1), 1- 10
- Park, K. H., Yoo, E. Y., Kim, J., Hong, I., Lee, J. S., & Park, J. H. (2021). Applying Latent Profile Analysis to identify lifestyle profiles and their association with loneliness and quality of life among community-dwelling middle-and olderaged adults in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 123-174.
- Payal shar ma, H. (2019). Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health, Indian. *Journal of Gerontology*, 3(33), 240-254. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-1385-en.html>
- Philip, J., & Cherian, V. (2020). Acceptance and commitment therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28(1), 1003-1006.
- Quinn, GP., Keough, M. (2002). *Experimental Design and Data Analysis for Biologists*. Cambridge, Cambridge University Press, pp:23-49.
- Rauwenhoff, J., Bol, Y., Peeters, F., van den Hout, A., Geusgens, C., & van Heugten, C. M. (2022). Acceptance and commitment therapy for individuals with depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: A non-concurrent multiple baseline design across four cases. *Neuropsychological rehabilitation*, 1(1), 1-31.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (Eds). (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Wilkins, Wolters Kluwer.
- Shalini, Y., & Shalini, A. (2014). Loneliness and Spiritual Well - Being among Elderly Having Psychological Disorders. *International Journal of Science and Research*, 3(6), 2289-2290.
- Sharma, P., Asthana, H. S., Gambhir, I. S., & Ranjan, J. K. (2019). Death anxiety among elderly people: role of gender, spirituality and mental health. *Indian Journal of Gerontology*, 33(3), 240-254.
- Temple, D. (2005). The Construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.
- Teoh, S. L., Letchumanan, V., & Lee, L.H. (2021). Can Mindfulness help to alleviate loneliness? a systematic review and metaanalysis. *Front Psychology*, 41(5), 290-301.
- Thapa, D., Kornheber, R. A., Michelle, C., & Visentin, D. C. (2020). Prevalence and factors associated with depression, anxiety and stress symptoms among older adults: A cross-sectional population -based study Accepted Article. *Nursing and Health Sciences*, 22 (6), 1139-1152.
- Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1137-1144.
- Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E & Nocentini, A. (2021). The Longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review *International Psychogeriatrics*, 34 (7), 657-669.
- Welen, S.M., Heather, B., Michelle Feltz, R., & Welen, M. (2016). Loneliness among People with Spinal Cord Injury: Exploring the Psychometric Properties of the 3-item