

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of the elderly women

Oraki, *M., Jahani, F., Rahmanian, M.

Abstract

Introduction: The purpose of the current study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility of elderly women in Tehran.

Method: We conducted our study with a semi-experimental design with a pretest-posttest and follow-up fram. A total sample of 50 elderly women referred to health centers in Tehran were randomly selected and assigned into experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of 45 minutes acceptance and commitment therapy, while no therapy administered on the control group. The psychological flexibility of the subjects was assessed using the Dennis and Winder Test in three stages of the research. Final data were analyzed by Analysis of Covariance as well.

Results: Comparison of the study groups indicated significant difference for experimental group who received ACT. There was a significant difference in the psychological flexibility in the post-test, and this difference was stable in the follow up stage.

Conclusion: It could be concluded that the ACT intervention effectively increase the flexibility of the elderly women and is recommended to clinical psychologists for increasing the elderly women flexibility.

Keyword: acceptance and commitment therapy, psychological flexibility, elderly women.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند

محمد اورکی^۱، فاطمه جهانی^۲، مهدیه رحمانیان^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۰۹

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند شهر تهران انجام شد.

روش: این مطالعه در قالب پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون-پیگیری انجام شد. نمونه‌ای با حجم ۵۰ نفر از زنان سالمند مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهر تهران به صورت هدفمند انتخاب شد و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند. در حالیکه گروه گواه درمانی دریافت نکرد. انعطاف‌پذیری روانشناختی آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون دنیس و وندروال، در سه مرحله پیش و پس از مداخله و پیگیری سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: مقایسه گروه‌های تحقیق تفاوت معناداری را برای گروه آزمایش که درمان اکت دریافت کرده بود نشان داد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش معنی‌دار در انعطاف‌پذیری روانشناختی در گروه آزمایشی نسبت به کنترل شد و این تفاوت در دوره پیگیری تداوم داشت.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند مؤثر است و به متخصصان بالینی در کار با زنان سالمند برای افزایش انعطاف‌پذیری آنان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی، زنان سالمند.

مقدمه

پدیده سالمندی^۱ یکی از موضوعات عمده و برجسته قرن بیست و یکم است. پیشرفت و بهبود تغذیه، بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی، آموزش، دانش و رفاه اقتصادی، این امکان را به وجود آورده است تا انسان‌ها زندگی طولانی‌تری داشته باشند و نرخ‌های باروری و مرگ‌ومیر کاهش پیدا کرده است (۱). در حال حاضر تعداد سالمندان جهان به ۶۰۰ میلیون نفر رسیده است و پیش‌بینی می‌شود تا چند دهه آینده این میزان تا ۳۰ درصد افزایش یابد. نکته قابل توجه در این میان این است که، برخلاف تصور اکثریت مردم ۶۰ درصد افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند کشورهایی که آمادگی لازم برای رویارویی با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن را دارا نمی‌باشد (۲). کشور ما ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست در فاصله ۵ سرشماری از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۷۵ نسبت سالمندان از ۳ درصد کل جمعیت به ۶/۶ درصد رسیده است و به عبارت دیگر ۱۰۰ درصد رشد داشته است سرشماری سال ۱۳۸۵ نیز نشان داد که این نسبت به ۳/۷ درصد افزایش داشته و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۰ درصد جمعیت کشور بالغ بر ۱۰ میلیون نفر بیش از ۶۰ سال داشته باشد (۳). مجموعه‌ی تغییراتی که با افزایش سن به خصوص با نزدیک شدن به دوره‌ی سالمندی به وقوع می‌پیوندد از قبیل مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، ضعف توانایی‌های جسمی، و نزدیک شدن به روزهای پایانی زندگی، فشارهای خاصی را بر افراد سالمند تحمیل می‌کند (۴) و سلامت جسمی و روانی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نظر به اینکه سلامت روان^۲ به عنوان یکی از ارکان سلامتی و لازمه‌ی یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است، ارتقای سلامت روان افراد یک جامعه لازمه‌ی پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. تحقیقات نشان داده‌اند که بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان در آنها زندگی میکنند بر تجربیات اجتماعی، سلامت روانی، رشد و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد (۵). پدیده سالمندی حاصل سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می‌شود سالمندی پدیده‌ای نیست که خاص یک گروه مشخص باشد بلکه همه افراد آن را به مرور تجربه

خواهند کرد (۶) در بسیاری از منابع به نقل از سازمان بهداشت جهانی به طور قراردادی شروع سالمندی بالای ۶۵ سال در نظر گرفته می‌شود محدوده سنی ۷۴-۶۵ سال به اوایل سالمندی و سنین بیش تر از ۷۵ سال به اواخر سالمندی اشاره دارد (۷). از سوی دیگر پیشرفت علم پزشکی و بالارفتن توانایی درمان بیماری‌ها علاوه بر افزایش طول عمر منجر به افزایش شیوع بیماری‌ها در جمعیت سالمندان می‌شود (۸). از اینرو با افزایش سن، ناراحتی‌ها و مسائل گوناگون اجتماعی، نارسایی‌های بدنی، فکری و روانی، به طور یکسان و یکنواخت در افراد پیدا نمی‌شود. از جمله می‌توان گفت که مثلاً سالمندی روانی زمانی شروع می‌شود یا شدت می‌یابد که شخص، یا فرد سالمند خودش را طرد شده و تنها بیابد، احساس کند که دیگر منشأ اثری نیست، زندگی خود را در معرض بی‌توجهی آزاردهنده، ناکامی‌های شدید، شکست‌ها و موارد دیگر مشاهده نماید. بعلاوه وجود چندین عامل خطر آفرین روانی-اجتماعی مانند فقدان نقش-های اجتماعی، فقدان استقلال، مرگ دوستان و همسر، کاهش سلامت، افزایش انزوا، فرد سالمند را نسبت به اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌نماید (۹). درمان‌های منبعث از موج سوم رفتار درمانی از جمله مداخله‌هایی است که برای کاهش پیامد‌های نامطلوب سالمندی در سال‌های اخیر مورد استفاده قرار گرفته است، عمده‌ترین روش‌های درمانی که در این دسته قرار می‌گیرند عبارتند از: رفتار درمانی دیالکتیک^۳، روان درمانی تحلیلی عملکردی^۴، ذهن آگاهی^۵ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (۱۰-۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در دهه ۸۰ توسط استیون هیز در دانشگاه نوادا مطرح شد، یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی^۷ است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۸ نامیده می‌شود (۱۴). در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از رایج‌ترین نوع این درمان‌هاست. مداخلاتی که بر پایه آموزش روان و

1- elder

2- mental health

3- Dialectical Behavioral Therapy

4- Functional Analytical Psychotherapy

5- Mindfulness Based Cognitive Therapy

6- Acceptance and Commitment Therapy

7- functional contextualism

8- relational frame theory

مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آنند که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و چگونه هیجانات نامطبوع را تحمل کنند (۲۲). انعطاف‌پذیری روانشناختی از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال، و تغییر یا حفظ رفتار، در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی (۲۳). بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیتهای مختلف تغییر می‌کند، افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیتهای چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند (۲۴). مطابق با نظریه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی سلامت‌روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیتهایی که از لحاظ ارزشمندی با ثبات است. شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی به وسیله‌ی افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله‌ی رفتارهایی ارزش‌محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است شرح داده می‌شوند. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند، کسانی که انعطاف‌پذیری شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزینی بیابند (۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌هایی است که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است، بعنوان نمونه می‌توان به پژوهش جهانگیری بلطاقی (۲۶) که نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش نشخوار فکری می‌شود. و یا حاتمیان (۲۷) که عنوان کرد این درمان موجب کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود و یا پژوهش محمدی (۲۸) که آشکار ساخت این درمان بر رضایت زناشویی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی زنان افسرده دارای تعارضات زناشویی مؤثر است، اشاره کرد. پژوهش‌های

آموزش‌های روانشناختی است، از جایگاه ویژه برخوردارند. هدف از این رویکرد شناسایی و به حداقل رساندن تحریف-شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی است (۱۵). گرچه به نظر می‌رسد مدتهاست که فلسفه از روش‌های درمانی کنار گذاشته شده است، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاملاً با فلسفه زیربنایی‌اش یکپارچه است و تصریح این فلسفه باعث درک واقعی ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میشود (۱۶). بطور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمیخواهد با تجارب درونی‌اش (افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی) ارتباط داشته باشد و گامهایی را برای تغییر شکل این رویدادها یا زمینه‌هایی بروز آنها بر می‌دارد حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته باشد اجتناب تجربه‌ای^۱ نامیده می‌شود. آمیختگی-شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد رفتار آشکار او را به شیوه‌ای نا مؤثر تنظیم کرده و باعث شوند فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوی) توجه کند. زمانی که این فرآیندها بر تجربه فرد غلبه داشته باشند منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی^۲ می‌شوند (۱۷). در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای آمیختگی‌شناختی گیر کند دچار انعطاف‌ناپذیری روانشناختی شده است. اجتناب تجربه‌ای با بسیاری از فرآیندهای آسیب‌شناختی مثل اختلالات اضطرابی همبستگی بالایی دارد و هدفی مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۸). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. 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، خاطره‌ها یا امیال آزاردهنده باشد (۱۹). انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و عمل از طریق شش فرآیند اصلی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلس، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. از منظر چهار چوب‌های ذهنی هریک از این فرآیندها بر عمل زمانی ما تأثیر گذارند. برخی از این فرآیندها کارکرد تنظیم لفظی شناخت را تضعیف می‌کنند و برخی دیگر کارکرد فعال سازی رفتاری شناخت را افزایش می‌دهند. این فرآیندها به یکدیگر مرتبطند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند (۲۰، ۲۱). فرآیندهای اصلی درمان

1- experiential avoidance

2- psychological flexibility

ابزار

ابزار اصلی پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی: این آزمون توسط دنیسو و ندرورال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است (۳۴). این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. از مقیاس کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، تا حدی مخالف (۳)، نه موافق و نه مخالف (۴)، تا حدی موافقم (۵)، موافقم (۶)، کاملاً موافقم (۷) شکرته کنندگان اقدام به پاسخ می‌نمایند.

جمع نمرات تمام سوالات، نمره کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را بدست می‌دهد. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند بگیرد ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره پایین و نزدیک به ۲۰ نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌باشد. در پژوهش دنیسو و وندورال (۳۵) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی و همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بدست آوردند. ضریب پایایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران نیز ۰/۷۵ بدست آمد (۲۵).

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی با معاونت اجتماعی فرهنگی منطقه ۱۹ شهرداری استان تهران و کسب اجازه برای ورود به سرای محله خانی آباد شمالی، از تمامی مدیران سلامت در سراهای محلات منطقه تقاضا شد سالمندان مراجعه کننده به خانه‌های سلامت در سرای محلات این منطقه را به پژوهشگر معرفی کنند، در ابتدا هدف پژوهش برای آنان شرح داده شد و پس از کسب رضایت آزمودنی‌ها بصورت کتبی از آن‌ها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. آزمودنی‌های داوطلب به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه بکار گمارده شدند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد سوالات را با دقت بخوانند و پاسخ‌ها را با توجه به ویژگی‌های موجود در خود پاسخ داده و سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. سپس آزمودنی‌ها به منظور کنترل انتشار کاربردی آزمودنی‌ها بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش بکارگمارده شدند.

دیگری نیز اثر بخشی این درمان در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی آزمودنی‌ها را نشان داده اند (۲۹-۳۳).

در مطالعه‌های بررسی شده، پژوهشی که اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری روانشناختی جامعه زنان سالمند بررسی کرده باشد، یافت نشد. حال با توجه به مشکلات موجود در سالمندانی و کاهش میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی در آن‌ها اتخاذ رویکردی درمانی که بر این مهم فایده‌آید واجد اهمیت تلقی می‌شود. از این رو این پژوهش سعی خواهد داشت رویکردی را عملیاتی کند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه‌ی جدیدی را در خود در برداشته باشد. و این سوال اساسی را بررسی کند که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان سالمند می‌شود؟ و اگر اینگونه است آیا این اثر بخشی ادامه دار خواهد بود؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۱ ماهه همراه با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان (دامنه سنی ۶۵-۷۵) مراجعه کننده در فاصله ماه‌های فروردین تا تیر ماه ۹۶ خانه‌های سلامت سرای محلات منطقه ۱۹ شهرداری تهران بود. ۵۰ نفر از افراد یاد شده با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در راستای اجرای پژوهش مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5 برای داوطلبان جهت اطمینان از نبود اختلالات بالینی ناتوان کننده مانند دمانس صورت گرفت. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۵ نفر) قرار داده شد هر دو گروه از نظر ویژگی‌هایی مانند سن و نداشتن بیماری‌های جسمانی هم‌تا شدند.

ملاک‌های ورود: سن بالاتر از ۶۵ سال، نبود اختلالات عصبی-شناختی و مشکلات حسی-حرکتی، داشتن تحصیلات بالاتر از سوم راهنمایی.

ملاک‌های خروج: شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر و بروز بیماری در میان گروه آزمایش و ناتوانی از ادامه درمان.

آزمون-پس آزمون به عمل آمد و نیز پس از گذشت چهار هفته از اتمام مداخله از آزمودنی‌ها خواسته شد جهت انجام مرحله پیگیری، در سرای محله حضور یابند و آزمون انعطاف‌پذیری روانشناختی جهت بررسی میزان تداوم اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا گردید. ساختار جلسات درمانی بر اساس پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که در ادامه در جدول ۱ ارائه شده است.

افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۵) را به شیوه گروهی بصورت دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته متوالی دریافت کردند و گروه کنترل با توجه به برنامه روزمره خود (کاربندی عادی) ادامه دادند و نیز این گروه هیچ گونه برنامه درمانی را در این مدت دریافت نکردند. و همچنین قبل از شروع جلسات درمانی و پس از اتمام جلسات درمانی از شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل پیش

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول
<p>۱- معارفه و آشنایی افراد با یکدیگر و درمانگر و نیز مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است.</p> <p>۲- توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد.</p> <p>۳- قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع در جلسات و انجام تکالیف و همچنین تأکید بر اهمیت رازداری و ارایه پیش‌آزمون به آزمودنی‌ها.</p> <p>۴- مقدمه‌ای بر درماندگی خلاق و استفاده از استعاره دو کوهه و در آخر ارایه تکلیف.</p>
جلسه دوم
<p>۱- چک کردن تکالیف و بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل و نیز ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است.</p> <p>۲- تجربه این نکته که هر گونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است.</p> <p>۳- رساندن مراجعان به ناامیدی خلاق و همچنین شفاف‌سازی ارزش‌های اعضای گروه.</p> <p>۴- ادامه درماندگی خلاق و استفاده از استعاره چاله و ارایه تکلیف.</p>
جلسه سوم
<p>۱- تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر شناسایی و آگاهی.</p> <p>۲- ارایه تمرین‌های ذهن آگاهی و نیز در ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.</p> <p>۳- استفاده از استعاره پلی گراف و نیز ارایه تکلیف.</p>
جلسه چهارم
<p>۱- تمرین‌های ذهن آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آنها.</p> <p>۲- بحث درباره موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها.</p> <p>۳- ارایه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها و تمرین‌های مرتبط با رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی.</p> <p>۴- استفاده از استعاره همسایه مزاحم و ارایه تمرینات ذهن آگاهی و در آخر ارایه تکلیف.</p>
جلسه پنجم:
<p>۱- تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آنها.</p> <p>۲- بیان گسلس و استفاده از استعاره اتوبوس و انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و در آخر ارایه تکلیف.</p>
جلسه ششم
<p>۱- تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها و تمرین‌های ذهن آگاهی (نفس کشیدن یا آگاهی بدنی)، اشارات و راهنمایی کمتر درمانگر.</p> <p>۳- خود به عنوان زمینه و استفاده از استعاره صفحه شطرنج و نیز ارایه تکلیف.</p>
جلسه هفتم
<p>۱- بحث پیرامون مراحل فعالیت و چرخه فعالیت و نیز معرفی ارزش‌ها و دادن تکلیف ارزش‌ها.</p> <p>۲- ادامه بحث پیرامون رضایت داشتن از رنج و ارایه تمرین‌های ذهن آگاهی و نیز در آخر ارایه تکلیف.</p>
جلسه هشتم
<p>۱- تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها.</p> <p>۲- ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به هدف به همراه پذیرش تجارب ذهنی و ارزیابی آموزش و ارایه منابع بیشتر و آمادگی برای پایان جلسات.</p> <p>۳- ارایه پس‌آزمون و تکلیف جهت بررسی ۴ هفته آینده و ارایه پیگیری آزمون از آزمودنی‌ها</p>

یافته‌ها

در مطالعه حاضر گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، سن و تحصیلات همتا شدند. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و نیز پیگیری را در گروه‌های کنترل و آزمایش نشان داده است:

میانگین نمرات مربوط به مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش ۸۱/۵۶ و در گروه کنترل ۸۹/۵۶ در مرحله پس‌آزمون میانگین داده‌ها در گروه آزمایش ۹۰/۷۲ و در گروه کنترل ۹۰/۳۲ است. همچنین انحراف معیار برای مقیاس انعطاف‌پذیری روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۱۶/۴۰ و برای گروه کنترل ۱۵/۷۵ و نیز برای مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش برابر ۱۹/۴۲ و برای گروه کنترل برابر ۱۶/۸۷ است. همچنین در پس‌آزمون دوره‌ی پیگیری در مقیاس انعطاف‌پذیری مشاهده می‌گردد که نتایج آزمون

نسبت به مراحل قبل بهبود یافته است و نیز به نظر می‌رسد بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای این که مشخص شود این تفاوت معنادار است یا خیر از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. به منظور بررسی نرمال بودن و همگنی واریانس توزیع نمرات متغیر وابسته در دو گروه، از آزمون کلموگروف-اسمرینف ($f=۰/۶۸۴, p>۰/۰۵$) و آزمون لون ($f=۱/۷۳۹, p>۰/۰۵$) استفاده شد نتایج نشان داد که با توجه به اینکه سطوح معناداری به دست آمده در این آزمون از ۰/۰۵ بیشتر است، فرض نرمال بودن و همگنی واریانس‌های داده‌ها پذیرفته می‌شود. نتایج همگونی شیب رگرسیون نشان داد که رعایت شده است ($\text{sig}=۰/۱۲۹$ و $F=۲/۳۹۵$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند رعایت شده است ($p>۰/۰۵$).

جدول ۲) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	انعطاف‌پذیری روانشناختی	
				پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	۲۵	۸۱/۵۶	۱۶/۴۰	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کنترل	۲۵	۸۹/۵۶	۱۵/۷۵		
آزمایش	۲۵	۹۰/۷۲	۱۹/۴۲	پس‌آزمون	پیگیری
کنترل	۲۵	۹۰/۳۲	۱۶/۸۷		
آزمایش	۲۵	۱۱۵/۳۴	۲۰/۲۰	پیگیری	کنترل
کنترل	۲۵	۹۰/۸۹	۱۶/۹۲		

جدول ۳) خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس مربوط به اثر درمان بر انعطاف‌پذیری روانشناختی

روانشناختی	انعطاف‌پذیری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
روانشناختی	انعطاف‌پذیری	۱۱۷۶/۲۰	۲	۵۸۸/۱۰	۳۹/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
		۴۰۴۰/۱۰	۱	۴۰۴۰/۱۰	۴۴/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
		۱۰۸۸/۰۶	۲	۵۴۴/۰۳	۳۶/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱

طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان سالمند دارای تأثیر معنادار بوده است. بدین معنا که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با

نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از

نشان داد که به ترتیب ۵۶ درصد از تغییرات متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند) توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال جهت بررسی این نکته که این تأثیر در کدام یک از مراحل آزمون بوده است به بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی پرداخته می‌شود.

گروه گواه تأثیر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند داشته است. همچنین نتایج

جدول ۴) بررسی تفاوت‌های دو به دو در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه مؤلفه

مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	مقدار معناداری
پیش آزمون	۶/۴۰-	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
	۸/۵۰-	۱/۲۰	۰/۰۰۰۱
پس آزمون	۶/۴۰	۰/۹۴	۰/۰۰۰۱
	۲/۱۰-	۰/۷۹	۰/۰۴

سالمند را فراهم می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و داشتن مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری در زنان سالمند، می‌توان بیان نمود که آن‌ها می‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشند و در موقعیت‌های سخت بتوانند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند، و نیز چهارچوب ذهنی خود را به صورت مثبت بازسازی کنند و در مقابل مشکلات روانشناختی آن‌ها را موقتی و محدود دانسته و با آن‌ها انعطاف‌پذیرتر و واقع‌بینانه‌تر رفتار کنند (۱۷، ۳۶). با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان عنوان کرد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند مورد استفاده قرار دارد. با عنایت به نتایج بحث شده، این مداخله می‌تواند موجبات ارتقای سلامت روان سالمندان آن‌ها را فراهم آورد. و آن‌ها با افزایش انعطاف‌پذیری، در مقابل مشکلات از نظر روانشناختی پذیراتر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل بوده و برای حل مسأله اقدام کنند. چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در زنان سالمند در اکثر موضوعات و محورهای زندگی اجتماعی و روانشناختی فراهم نماید. همانگونه که می‌دانیم برگشت به گذشته، مرور شکست‌ها و تردید در ارزش‌ها از عمده‌ترین چالش‌های دوران سالمندی محسوب می‌شود که تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش شاخص‌هایی مثل افزایش توانایی پذیرش، ارتباط با

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند معنادار است. این در حالی است که بین میانگین نمرات پس آزمون با پیگیری انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها بدین معنا است که میانگین انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون دچار افزایش معنادار شده است. در یک نتیجه-گیری کلی می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حالی که بر میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند در مرحله پس آزمون تأثیر معنادار داشته، توانسته تأثیر خود را در طول زمان نیز حفظ نماید.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند انجام شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان سالمند می‌شود. گروه آزمایش که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده بود در مقایسه با گروه کنترل که هیچ مداخله روانشناختی را در طول پژوهش دریافت نکرده بود، از نظر انعطاف‌پذیری روانشناختی، تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. این نتیجه همانند یافته‌های پژوهشگران قبلی (۱۷، ۲۶-۳۲، ۳۶) همخوانی دارد. با توجه بر تأیید پژوهش‌های همسو با فرضیه این چنین می‌توان ادعا کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجبات افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در زنان

- 5- Mokhtari F, Ghasemi N. comparison of the quality of life and mental health in the elderly living/not living in the elderly. *Journal of Iranian Elderly*. 2010; 5(4): 53-63.
- 6- Norozi K. the foundations of social services based on the community of the elderly. Tehran: publication rasane takhasosi. 2008.
- 7- Bagheri-Nesami M, Hamzehgardeshi Z. Experiencing the onset of aging: a qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(102): 26-38.
- 8- Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health*. 2004; 25: 79-98.
- 9- Behzadi A, Shahidi M, Farokhi NA. effect of Cannariy laughter on increasing general health of elderly man living in Shahid Hasheminejad nursing home. University of Alame Tabatabae. 2010.
- 10- Izadimehr M. ACT & mental health. Ghom: publication: Yas Bakhshayesh. 2016.
- 11- Heyes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An The third wave of behavioral and cognitive therapies. *Journal Of Behavior Therapy*. 1999; 35: 639-65.
- 12- Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2007; 27(3): 318-26.
- 13- Michaela A, Swales A, Hedi L. Dialectical Behavior Therapy. London and New York 2009.
- 14- Heyes SC. Acceptance and Commitment Therapy and third wave of behavioral and cognitive therapies *Journal Of Behavior Therapy*. 2004; 35: 639-66.
- 15- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7): 976-1002.
- 16- SC. H. Acceptance and Commitment Therapy and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Journal Of Behavior Therapy*. 2004; 35: 639-66.
- 17- Izadi R, Asgari K, Neshatdost HT, Abedi MR. case report of the effectiveness of acceptance therapy on the frequency and symptoms obsessive compulsive disorder. *Journal of Medical Science Research Hamedan*. 2012; 4(1): 20-6.
- 18- Kashdan TB, Barrios V, Fosalda J, Steger MF. Experimental avoidance as a generalized psychology vulnerability: comparisons with coping and emotional regulation strategies. *Journal Of Behavior Research and Therapy*. 2006; 44: 1301-20.
- 19- Behroz. B., Bavali F, Heidarizade N, Farhadi M. the effectiveness of Acceptance and commitment therapy on the psychological symptoms of coping style and quality of life type 2 Diabetic patients. *Journal Of health and hyginie*. 2016; 7(2): 235-73.
- 20- Norian L, Aghae A, Ghorbani M. The effectiveness of Emotional Acceptance and Commitment Therapy in Obese women. *Journal Of Knowledge and research in applied psychology*. 2015; 16(2): 15-23.

زمان حال، عمل متعهدانه و گسلش در زنان سالمندشود. در نهایت باید به این نکته نیز اشاره کرد که این تمرین‌ها علاوه بر موارد قبلی توانایی و مهارت حل مسأله را سالمندان افزایش داده و با افزایش انعطاف پذیری در برابر مشکلات موجب خواهد شد تا آنها بهترین راه حل را انتخاب کنند. از مزیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به بالا بردن احساس فعال و مؤثر بودن و عملیاتی کردن تکالیف موجود برای بهبود در وضعیت روانشناختی زنان سالمند اشاره کرد از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت زمانی اجرای دوره‌ی پیگیری، جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان و محدود بودن آزمودنی‌ها به جنس مؤنث اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های پیگیری ۶ ماهه، ۱ ساله و ۲ ساله برای تداوم اثربخشی و استفاده از زنان و مردان سالمند در پژوهش‌های آتی صورت پذیرد. از پیشنهاد‌های کاربردی در پژوهش مذکور می‌توان به مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بصورت فردی برای سالمندان اشاره کرد و نیز پیشنهاد می‌شود که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی فرزندان و همسران زنان سالمند این پژوهش انجام شود و روند افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی نیز در آن‌ها ملاحظه گردد و نیز می‌توان پیشنهاد داد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بصورت فردی بر روی زنان سالمند پژوهش اجرا گردد.

در پایان از کلیه مسئولین سرای سالمندان منطقه ۱۹ شهرداری و سالمندان عزیزی که با مشارکت خود امکان انجام این پژوهش را فراهم آوردند صمیمانه سپاسگذاری کنیم.

منابع

- 1- M R, AA A, F K. predicting mental health in elderly people over 65 years based on the components of the McKinley elderly spiritual model. University of Shiraz. 2011.
- 2- Aboei A, Sahaf R, Aliakbari A, & , Mohamadi F. the effect of package of elderly services of Neshat Yazd elderly people on quality of life and daily activities of instrumental life of elderly women referring to 2011. University of welfare and rehabilitation science. 2012.
- 3- Frogshan M. screening dementia. Tehran: : publication arjmand. 2010.
- 4- Sheibani F, Pakdaman S, Dadkhah A, & , Hasanzade M. the effect of music therapy on depression and loneliness in the elderly. *Journal of Iranian Elderly*. 2010; 5(2): 54-60.

- compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4(3): 196-202.
- 34- Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 2012; 17(1): 66-71.
- 35- Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34(3): 241-53.
- 36- Hayes S, Masuda A, De Mey H. Acceptance and commitment therapy: Een derde-generatie gedragstherapie [Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy]. *Gedragstherapie*. 2003; 36(2): 69-96.
- 21- Sookman D, Steketee G. Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive compulsive disorder. *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission: Routledge*. 2010; 31-74.
- 22- Sookman D, Leahy RL. *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission: Taylor & Francis*. 2009.
- 23- Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008; 15(4): 286-95.
- 24- Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*. 2013; 18(2): 88-96.
- 25- Fazeli M, EhteshamZade P, Hashemi E. the effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy on the cognitive flexibility of Depressed people. *Journal of Thought and behavior in clinical psychology*. 2014; 9(34): 27-36.
- 26- Jahangiri M, GolMohamadian M, Hojatkhah M. the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on psychological flexibility and ruminating in Methadone treated addicts. *University Razi*. 2016.
- 27- Hatamian P, Mohamadi Na, & , Taghavi MR. Effectiveness of group therapy on admission and Commitment on depression anxiety, quality of life and psychological flexibility in adolescents with emotional disturbances. *University Shiraz*. 2016.
- 28- Mohammadi E, Keshavarzi F, Salehi M, Valiallah F. effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on marital satisfaction, psychological flexibility and quality of life in depressed women with marital conflicts. *University of a Azad Eslami*. 2015.
- 29- Moghtadae M, KhoshAkhlagh H. the effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on the psychological flexibility of veteran Wives. *Journal of veteran medicine*. 2015; 7(4).
- 30- GHomian S, SHaeri M. preliminary designing of the Acceptance and Commitment treatment protocol for children with chronic pain and its effect on the psychological flexibility of children aged 7 to 12 years to pain. *Journal of Behavioral Science Research*. 2014; 4: 581-92.
- 31- Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-L. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on ledders' and manggers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2017; 27(1): 34-42.
- 32- Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2: 91-6.
- 33- Twohig MP, Vilardaga JCP, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی