# The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy and Social Adjustment of Elderly Retired

Bagheri P[1], Saadati N[2], Fatollahzadeh N[3*], Darbani S.A[4]

## Abstract

**Introduction and purpose:** Due to the rapid increase in the senior population, health issue, health & provide comfort and welfare of society & wider finds new dimensions every day. This study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy Retired adults was conducted on self-efficacy and social adjustment.

**Material and Methods:** The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design with a control group. Study population included all patients older retired In the summer of 1395 was the organization of retirees. After the interview and questionnaire implementation of self-efficacy and social adjustment Of the 24 eligible voters agreed to participate in research Randomly divided into two groups (12 experimental and 12 control) Were replaced. acceptance and commitment therapy was administered to the experiment group in eight 90 minutes sessions in 4 weeks period. All participants before and after treatment questionnaires Self-efficacy and social adjustment completed.

**Findings**: The results of analysis of covariance showed that based on acceptance and commitment therapy Significant effect on self-efficacy (F=10.16, P=0.005) and social compatibility (F =22.44, P=0.001). It also reduces the subscales of family (F =29.78, P=0.000), physical (F =4.71, P=0.04), emotional (F =14.26, P=0.002), social (F =21.34, P=0.000) and work (F =42.66, P=0.000).

**Conclusion:** As a result, based on acceptance and commitment therapy can reduce self-efficacy and social adjustment.

***Keywords***: Acceptance and Commitment Therapy, self-efficacy, social adjustment, Retired Adults

Received: 2017/01/7 Accepted: 2017/02/19

***Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by_/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.***

1. M.A. in Clinical psychology, Islamic Azad University, Branch Khomein, Khomein, Iran
2. Ph.D. student in counseling, Islamic Azad University, Branch Isfahan (Khorasgan), Isfahan, Iran
3 *M.A. in Clinical psychology, Islamic Azad University, Branch Rodehen, Rodehen, Iran
(**Corresponding Author):** Email: nh_fatollahzadeh@yahoo.com
4 PhD student of counseling, Islamic Azad University, Branch Science and Research, Tehran, Iran



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

# اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته

پریسا باقری[۱]، نادره سعادتی[۲]، نوشین فتح‌اله‌زاده*[۳]، سید علی دربانی[٤]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۰/۱۸ / ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱ /۱۲/ ۱۳۹۵

**چکیده**

**مقدمه و هدف:** با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله‌ی بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در سالمندان بازنشسته انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مطالعه حاضر شامل کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان سالمند بازنشسته به سازمان امور بازنشستگان در تابستان ۱۳۹۵ بود. پس از مصاحبه و اجرای پرسشنامه خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی از بین واجدین شرایط ۲۴ نفر پذیرفتند تا در پژوهش شرکت کنند که به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه ( ۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. ۸ جلسه‌ی ۸۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی چهار هفته برای گروه آزمایش به صورت گروهی انجام گرفت. تمام شرکت‌کننده‌ها قبل و بعد از درمان، پرسشنامه‌های خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی را تکمیل کردند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر خودکارآمدی (۰/۰۰۵ =P، ۱۰/۱۶=F) و سازگاری اجتماعی (۰/۰۰۱ =P، ۲۲/۴۴=F) دارد. همچنین باعث کاهش خرده مقیاس‌های سازگاری خانوادگی (۰/۰۰۰ =P، ۲۹/۷۸=F)، سازگاری جسمانی (۰/۰۴ =P، ۴/۷۱=F)، سازگاری هیجانی (۰/۰۰۲ =P، ۱۴/۲۶=F)، سازگاری شغلی (۰/۰۰۰ =P، ۲۱/۳۴=F) و سازگاری اجتماعی (۰/۰۰۰ =P، ۴۲/۶۶=F) شده است.

**نتیجه‌گیری:** در نتیجه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی را کاهش دهد.

***کلیدواژه‌ها:*** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی، سالمندان بازنشسته

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. *دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** nh_fatollahzadeh@yahoo.com
٤. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

## مقدمه

سالمندی یک فرایند بیولوژیکی اجتناب‌ناپذیر است که تمام موجودات زنده را درگیر می‌کند و در برخی موارد همراه با تجربیات ناخوشایند است (۱). تحولات اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های علمی در سال‌های اخیر موجب افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ‌ومیر شده است که این امر باعث افزایش چشمگیر در جمعیت سالمندان شده است. تخمین زده می‌شود که جمعیت سالمندان در جهان تا ۴۰ سال آینده دو برابر خواهد شد (۲). این افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه به مراتب بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. ایران نیز به عنوان یکی از این کشورهای در حال توسعه از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست؛ به گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان از ۸ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۱۰ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یابد (۳). با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله‌ی بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند. به دلیل این که در فرایند سالمندی، سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل توانایی‌های انسان کاهش می‌یابد، سالمندان دچار افزایش ناتوانی، کاهش استقلال و افزایش وابستگی به دیگران و احساس عدم خودکارآمدی می‌شوند. علاوه بر آن، اغلب مردان پیر به دلیل این که از کار خود بازنشسته شده‌اند و یا این که قدرت ارائه‌ی کار ندارند احساس از دست دادن مقام اجتماعی، ناامنی، از کارافتادگی و تنهایی می‌کنند. آن‌ها این‌گونه تصور می‌کنند که کسی به آن‌ها نیاز ندارد و دیگران برایشان اهمیتی قائل نیستند (۴).

بنابراین طیف وسیعی از بازنشستگان، نتوانسته خود را با وضعیت کنونی سازگار نمایند و در نتیجه دچار انواع مشکلات روانی از جمله ناامیدی، اضطراب (مرگ)، افسردگی، عدم سازگاری با وضعیت جدید، حس ناکارآمدی و بی‌کفایتی می‌گردند. از این رو، یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند پس از بازنشستگی نیز باعث کارایی، مفید بودن، حس سرزندگی و سازگاری با شرایط موجود شود، احساس خودکارآمد بودن است. اصطلاح خودکارآمدی مبتنی بر نظریهٔ شناختی اجتماعی بندورا است. خودکارآمدی در واقع اعتقاد راسخ فرد نسبت به توانایی‌های خود می‌باشد که باعث تحریک انگیزش و منابع شناختی فرد در رشته اعمالی که برای انجام موفقیت‌آمیز یک کار خاص لازم است، می‌شود (۵).

Devilis (به نقل از ۶) عنوان می‌کند باورهای خودکارآمد شناخت‌هایی هستند که باعث شروع تغییرات رفتارهای سلامتی می‌شوند و همچنین موجب تلاش بیشتر در فرد و افزایش تحمل فرد در مقابل موانع و همچنین در مواقع شکست می‌شوند. در خودکارآمدی، اعتقاد فرد بر این است که فرد به واسطه‌ی آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا کند. چهار منبع اصلی داوری شخص در مورد خودکارآمدی خودش عبارت‌اند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب کلامی، تجربه‌های جانشینی و انگیختگی فیزیولوژیکی (۷). به جز انگیختگی فیزیولوژیکی، بقیه‌ی منابع خودکارآمدی به شدت تحت تأثیر جو خانوادگی فرد قرار دارند. خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فردی می‌شود و مؤثرترین عامل تعیین کنندهٔ عملکرد افراد به ویژه در کنترل، پایش و پیگیری برنامه‌ریزی پس از بازنشستگی است (۶). از طرفی خودکارآمدی پایین، کمبود قدرت‌های تطابقی در فرد برای مقابله با حوادث



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

روزانهٔ زندگی می‌تواند مقدمهٔ ایجاد احساس یاس، ناکارآمدی و حس از کارافتادگی و تنهایی در سالمند بازنشسته شود (۷). افزون بر آن، چنانچه کسی بتواند محدودیت‌هایش را بشناسد، بپذیرد، راه‌های مقابله با آن‌ها را بیابد و به کاربرد، امیال و آرزوهای خود را محدود و کنترل نماید و ارضای آن‌ها را تا حد امکان فراهم سازد، او را فردی سازگار گویند و از این راه و در محدوده‌ی آشکار و نهان اجتماعی است که ادامه‌ی حیات و سلامت میسر می‌شود. برعکس اگر قادر به انجام این کار نشود، او را ناسازگار گویند که اجتماع به انحاء مختلف با او مقابله می‌کند و از طریق مختلف، تنبیه و در نهایت طرد و حذف می‌شود. به این دلیل است که سازگاری اجتماعی، دارای اهمیت حیاتی برای هر فردی است (۸). سازگاری اجتماعی که به عنوان مهم‌ترین نشانه‌ی سلامت روان مطرح‌شده از جمله مباحثی است که توجه بسیاری از روانشناسان به خصوص روانشناسان، مددکاران اجتماعی و مربیان را به خود جلب کرده و با حوزه‌هایی همچون سلامت عاطفی، اجتماعی، آموزشی، زناشویی و شغلی افراد مرتبط است (۹). سازگاری امری نسبی است و انسان‌ها با درجات مختلفی به سازگاری دست می‌یابند. سازگاری و هماهنگی با خود و محیط برای هر موجود زنده ضروری است و همه‌ی تلاش‌های روزمره‌ی انسان توسط این سازگاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ از این رو، گستره‌ی متنوعی از شیوه‌های درمانی برای بازنشستگان دارای اختلال روانی مانند اضطراب، افسردگی و عدم سازگاری اجتماعی وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها مداخلات روانشناختی از جمله شناخت درمانی، درمان‌های موج سوم، مصاحبه درمانی، درمان حل مسأله، درمان بین فردی، درمان‌های روان‌پویایی، کتاب‌درمانی، خاطره‌پردازی و درمان مرور زندگی و روایت درمانی (۱۰).

از جمله درمان‌های دیگری که می‌تواند در زمینه‌ی بهبود سلامت روانی و غنی‌سازی زندگی سالمندان تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از الگوهای درمانی بسط یافته‌ی اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن با درمان شناختی رفتاری-سنتی متفاوت است و اصول زیربنایی آن شامل (الف) پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن و (ب) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (۱۱).

پذیرش و تعهد درمانی در سال ۱۹۸۶ توسط Hayes ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. پذیرش و تعهد درمانی با یک برنامه‌ی تحقیقی تحت عنوان نظریه‌ی نظام ارتباطی در ارتباط است. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد (۱۲). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۳). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابل آن، اعمال کنترلی ناموثر کاهش یابد. به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

ناخواسته بی‌اثر است یا اثـر معکـوس دارد و موجـب تشـدید آن‌هـا می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل پـذیرفت. در قـدم دوم بـر آگـاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتـار خـود در لحظـه‌ی حـال آگـاهی مـی‌یابـد. در مرحله‌ی سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی کـه بتوانـد مسـتقل از ایـن تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خـود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خـود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فـرد تـا ایـن کـه ارزش‌هـای شخصی اصلی خود را بشناسد و به طـور واضـح مشـخص سـازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روش‌شناسی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطـوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده بـه همـراه پـذیرش تجـارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکـار افسـرده کننـده، وسواسـی، افکار مرتبط به حوادث (تروما) و هراس‌ها باشند (۱۴ و ۱۵).

با توجه به اینکه پـژوهش‌هـای چنـدانی در زمینـه خودکارآمـدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته که یکی از هشت مرحلـه‌ی چرخه‌های زندگی خانوادگی می‌باشد (۱۶). صورت نگرفته هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در سالمندان بازنشسته می‌باشد و جهت پاسخگویی به این سئول به اجرا درآمد: که آیا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در سالمندان بازنشسته موثر می‌باشد؟ بنابرآنچـه ذکـر گردیـد ایـن پژوهش درصدد است طی فراینـدی علمـی روی دو گـروه گـواه و آزمون، با استفاده از روش درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در سـالمندان بازنشسـته را مـورد مطالعه قرار دهد.

## مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. در این پژوهش جامعه آماری را کلیـه سـالمندان بازنشسته مراجعه‌کننده به سازمان امور بازنشسـتگی در تهـران و در بازه‌ی زمانی خرداد تا تیرماه ۱۳۹۵ شـامل مـی‌شـوند. از بـین کلیـه سالمندان بازنشسته مراجعه‌کننده به سـازمان، سـالمندانی کـه واجـد شرایط بودند و با توجه بـه مـلاک‌هـای ورود بـه پـژوهش: حـداقل تحصیلاتشـان دیـپلم بـوده، بـیش از ۲ سـال از بازنشسـتگی‌شـان نگذشته، در حال حاضر تحت درمـان دارویـی یـا روان‌درمـانی قـرار ندارنـد و نمـره پرسشـنامه‌هـای جمعیـت‌شـناختی، خودکارآمـدی و سازگاری اجتماعی پایینی کسب کرده‌اند و فرم اعلام رضایت جهـت شرکت در پژوهش را پـر کـرده بودنـد. بـرای انتخـاب نمونـه‌هـای پژوهشی پس از حضور در ساختمان مرکـزی امـور بازنشسـتگان در خیابان فاطمی تهـران و مصـاحبه ابتـدایی بـا سـالمندان بازنشسـته مراجعه‌کننده جهت امور جاری، پس از حائز بودن شرایط شـرکت در پژوهش و پس از کسب رضایت پرسشنامه‌ها اجرا شد. طـی دو مـاه حضور و مصاحبه و اجـرای پرسشـنامه ۶۷ سـالمند بازنشسـته کلیـه شرایط شرکت در پژوهش را دارا بودند. پس از تماس با این عزیزان و یادآوری و شرح ماهیت پژوهش و دعوت جهت شرکت در پژوهش تنها ۲۹ نفر حاضر به همکاری شدند کـه از ایـن ۲۴ نفـر بـه مرکـز مشاوره مهرآور مراجعه و در پژوهش شرکت نمودند که در دو گـروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) به صورت تصادفی کاربندی شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهـد بـه شـیوه گروهی را دریافت کردنـد، امـا گـروه گـواه مداخلـه‌ای را دریافـت



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

نکردند. جلسه به صورت هفتگی دو جلسه در روزهای شنبه و سه شنبه به مدت ۸۰ دقیقه و به صورت گروهی صورت گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس چند متغیره) استفاده شد. لازم به ذکر می‌باشد که به دلیل مسائل اخلاقی و همچنین انگیزه حضور در پژوهش به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت آموزش گروهی قرار خواهند گرفت.

**پرسشنامهٔ خودکارآمدی عمومی[1]:** این پرسشنامه توسط Schwarzer(۱۷) در ۱۰ ماده تدوین شده است که در مجموع بیانگر سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با یک موقعیت مشکل‌زا می‌باشد. در مقابل هر عبارت، چهار گزینه کاملاً مخالف من، کمی شبیه من، خیلی شبیه من و کاملاً شبیه من قرار دارد که به هر کدام از گزینه‌ها به ترتیب نمرات ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد؛ بنابراین، حداقل نمره این پرسشنامه برای هر فرد ۱۰ و حداکثر آن ۴۰ می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است. این مقیاس تک بعدی بر روی ۳۲ فرهنگ اجرا شده است و نه تنها ساده و پایاست، بلکه دارای روایی افتراقی و همگرا نیز می‌باشد. در تحقیق فولادچنگ (۱۸) میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است. **پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل** .این پرسشنامه توسط Bell (۱۹) تدوین شد .او در زمینه‌ی سازگاری دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش‌آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط به بزرگسالان است. این پرسشنامه دارای ۱۶۰ سؤال و پنج خرده مقیاس (سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی) است. پاسخگویی به سؤالات به صورت بله خیر و نمی‌دانم است. تصحیح پرسشنامه با استفاده از کلید انجام می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر از خرده مقیاس ۳۲ سؤالی سازگاری اجتماعی استفاده شد. Bell (۱۹۶۲) ضریب پایایی را برای سازگاری اجتماعی ۰/۸۸ گزارش کرده است. نمره‌ی بالا در این مقیاس نشانه‌ی دوری و کناره‌گیری از تماس اجتماعی است. این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱، به نقل از ۲۰). بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفای آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش دیگری که توسط عبدی‌فرد (۱۳۷۴، به نقل از ۲۰) بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه مشهد صورت گرفت، پایایی آزمون با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش یزدانبخش (۱۰) ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و در حیطه‌ی سازگاری هیجانی، جسمانی، اجتماعی، خانوادگی، شغلی و کل به ترتیب عبارت از ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ بود. **پروتکل درمانی پذیرش و تعهد.** در این پژوهش سالمندان بر اساس بسته‌ی آموزشی کتاب درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ایزدی و عابدی (۱۵) و Dahel و همکاران (۲۱) طی ۸ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای در ۸ جلسه و ۴ هفته پیاپی (روزهای شنبه و سه‌شنبه) مورد مداخله قرار گرفتند که خلاصهٔ محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

1 General Self-Efficacy Scale(GSE)



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

جدول۱ خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| **جلسه اول** | برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی. |
| **جلسه دوم** | کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه سوم** | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه چهارم** | توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه پنجم** | معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار /احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه ششم** | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند .دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه هفتم** | توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف. |
| **جلسه هشتم** | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق باارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون. |

## روش اجرا

پیش از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری گروه توضیح داده شد. در این جلسه سعی شد تا حدودی افراد با هم تعامل داشته باشند و با هم صحبت کنند تا اضطراب اولیه‌ی ورود به گروه در آن‌ها کاهش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ( ۸ جلسه) هفته‌ای دو جلسه‌ی ۸۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. به دلیل رعایت اصول اخلاق در پژوهش، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، جلسات را ترک کنند. همچنین به دلیل مسائل اخلاقی و همچنین انگیزه حضور در پژوهش به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار خواهند گرفت. از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه را در متغیر احساس تنهایی و خرده مقیاس‌هایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین در جدول ۳ و ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان نمرات احساس تنهایی و خرده مقیاس‌هایش در گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

**جدول ۲ داده‌های توصیفی نمرات خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی و مؤلفه‌هایش در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (N=۲٤)**

| شاخص‌های آماری | | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| متغیر | | گروه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| خودکارآمدی | | آزمایش | ۲۱/۳۳ | ۲/۳۸ | ۲۶/۰۰ | ۱/۸۵ |
| | | گواه | ۲۱/۴۱ | ۱/۷۸ | ۲۱/۵۸ | ۱/۷۲ |
| نمره کل سازگاری اجتماعی | | آزمایش | ۲۵/۱۶ | ۰/۹۳ | ۲۰/۴۱ | ۰/۶۶ |
| | | گواه | ۲۵/۴۱ | ۱/۶۲ | ۲۵/۲۰ | ۱/۴۳ |
| خرده مقیاس‌های سازگاری | خانوادگی | آزمایش | ۷/۶۶ | ۰/۸۸ | ۵/۵۰ | ۰/۷۹ |
| | | گواه | ۷/۵۸ | ۰/۹۰ | ۷/۴۱ | ۱/۰۸ |
| | جسمانی | آزمایش | ۸/۲۵ | ۰/۷۵ | ۶/۵۸ | ۰/۶۶ |
| | | گواه | ۷/۵۸ | ۰/۵۱ | ۷/۴۱ | ۰/۵۱ |
| | هیجانی | آزمایش | ۶/۰۴ | ۰/۶۶ | ۴/۲۵ | ۰/۷۵ |
| | | گواه | ۶/۲۵ | ۰/۹۹ | ۶/۰۸ | ۱/۰۸ |
| | شغلی | آزمایش | ۷/۴۵ | ۰/۷۲ | ۵/۶۶ | ۰/۶۵ |
| | | گواه | ۶/۷۵ | ۱/۴۸ | ۶/۶۲ | ۱/۴۶ |
| | اجتماعی | آزمایش | ۷/۵۸ | ۱/۱۴ | ۵/۵۰ | ۱/۰۸ |
| | | گواه | ۷/۲۰ | ۱/۰۱ | ۷/۱۲ | ۰/۹۵ |

با توجه به جدول۲ ، نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش از نمرات احساس تنهایی در پس‌آزمون کاهش یافته است. ولی در نمرات گروه گواه تفاوت چندانی میان نمرات پیش آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. همچنین نمرات خرده مقیاس‌های خانوادگی، عاطفی و دوستان نیز در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

**جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی (N=۲٤)**

| | اثر | ارزش | آمار F | df فرضیه | df خطای توزیع | سطح معناداری | ضریب اتا (اندازه اثر) | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار | اثر پیلایی | ۰/۲۵ | ۳/۱۹ | ۲ | ۱۹ | ۰/۰۶ | ۰/۲۵ | ۰/۵۴ |
| ثابت | لاندای ویلکز | ۰/۷۴ | ۳/۱۹ | ۲ | ۱۹ | ۰/۰۶ | ۰/۲۵ | ۰/۵۴ |
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۶۱ | ۱۵/۳۱ | ۲ | ۱۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۱ | ۰/۹۹ |
| | لاندای ویلکز | ۰/۳۸ | ۱۵/۳۱ | ۲ | ۱۹ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۱ | ۰/۹۹ |

در جدول ۳ مقدار هر کدام از دو آزمون نامبرده شده در جدول با آماره F نشان داده شده است که مقدار تبدیل شده آزمون Fو یک توزیع تقریبی از آن می‌باشد. بر اساس مقادیر جدول فوق اثر تمامی آزمون‌های نامبرده شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار بوده است ($p< ۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تمامی تقابل‌ها و اثرات بین متغیرهای خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در سالمندان بازنشسته در مدل معنادار بوده است.



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

جدول ٤ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) برای بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی (N=٢٤)

| | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | ضریب اتا اندازه اثر | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار ثابت | خودکارآمدی | ۳/۸۹ | ۱ | ۳/۸۹ | ۵/۵۲ | ۰/۰۲ | ۰/۲۱ | ۰/۶۰ |
| | سازگاری اجتماعی | ۰/۸۰ | ۱ | ۰/۸۰ | ۱/۲۷ | ۰/۲۷ | ۰/۰۶ | ۰/۱۸ |
| گروه | خودکارآمدی | ۷/۱۵ | ۱ | ۷/۱۵ | ۱۰/۱۶ | ۰/۰۰۵ | ۰/۳۳ | ۰/۸۵ |
| | سازگاری اجتماعی | ۱۴/۲۴ | ۱ | ۱۴/۲۴ | ۲۲/۴۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۲ | ۰/۹۹ |
| خطا | خودکارآمدی | ۱۴/۰۸ | ۲۰ | – | – | – | – | – |
| | سازگاری اجتماعی | ۱۲/۶۹ | ۲۰ | – | – | – | – | – |
| کل | خودکارآمدی | ۱۱۰۶۳/۰۰ | ۲۴ | – | – | – | – | – |
| | سازگاری اجتماعی | ۱۵۳۹۱/۰۰ | ۲۴ | – | – | – | – | – |

جدول ۴ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها، مهم‌ترین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را شامل می‌شود. این جدول، آزمون‌های چند متغیره برای عامل‌های درون آزمودنی‌ها و روابط تقابلی بین آن‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید در این جدول متغیر خودکارآمدی (F=۱۰/۱۶ ،P= ۰/۰۰۵) و نمره کل سازگاری اجتماعی (F=۲۲/۴۴ ،P= ۰/۰۰۱) در بین سالمندان بازنشسته معنادار بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش اثر گذاشته است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی (N=٢٤)

| | اثر | ارزش | آمار F | df فرضیه | df خطای توزیع | سطح معناداری | ضریب اتا (اندازه اثر) | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار | اثر پیلایی | ۰/۲۸ | ۱/۰۱ | ۵ | ۱۳ | ۰/۴۴ | ۰/۲۸ | ۰/۲۵ |
| ثابت | لاندای ویلکز | ۰/۷۱ | ۱/۰۱ | ۵ | ۱۳ | ۰/۴۴ | ۰/۲۸ | ۰/۲۵ |
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۸۷ | ۱۷/۳۵ | ۵ | ۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۷ | ۱/۰۰ |
| | لاندای ویلکز | ۰/۱۳ | ۱۷/۳۵ | ۵ | ۱۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۷ | ۱/۰۰ |



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

در جدول ۵ مقدار هر کدام از دو آزمون نامبرده شده در جدول با آمارهF نشان داده شده است که مقدار تبدیل شده آزمون F و یک توزیع تقریبی از آن می‌باشد. بر اساس مقادیر جدول فوق اثر تمامی آزمون‌های نامبرده شده در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۱ معنادار بوده است (p< ۰/۰۱)؛ به عبارت دیگر تمامی تقابل‌ها و اثرات بین مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی در سالمندان بازنشسته در مدل معنادار بوده است.

**جدول ٦ نتایج تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) برای بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی (N=٢٤)**

| | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | ضریب اتا اندازه اثر | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار ثابت | خانوادگی | ۰/۱۲ | ۱ | ۰/۱۲ | ۰/۸۰ | ۰/۳۸ | ۰/۰۴ | ۰/۱۳ |
| | جسمانی | ۱/۲۲ | ۱ | ۱/۲۲ | ۴/۸۰ | ۰/۰۴ | ۰/۲۲ | ۰/۵۴ |
| | هیجانی | ۰/۰۵ | ۱ | ۰/۰۵ | ۰/۲۳ | ۰/۶۳ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷ |
| | شغلی | ۰/۰۱ | ۱ | ۰/۰۱ | ۰/۰۷ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰ | ۰/۰۵ |
| | اجتماعی | ۰/۱۰ | ۱ | ۰/۱۰ | ۰/۶۹ | ۰/۴۱ | ۰/۰۳ | ۰/۱۲ |
| گروه | خانوادگی | ۴/۲۵ | ۱ | ۴/۲۵ | ۲۹/۷۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۳ | ۰/۹۹ |
| | جسمانی | ۱/۲۰ | ۱ | ۱/۲۰ | ۴/۷۱ | ۰/۰۴ | ۰/۲۱ | ۰/۵۳ |
| | هیجانی | ۳/۱۵ | ۱ | ۳/۱۵ | ۱۴/۲۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۴۵ | ۰/۹۴ |
| | شغلی | ۴/۱۴ | ۱ | ۴/۱۴ | ۲۱/۳۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۵ | ۰/۹۹ |
| | اجتماعی | ۶/۲۱ | ۱ | ۶/۲۱ | ۴۲/۶۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۱ | ۱/۰۰ |
| خطا | خانوادگی | ۲/۵۸ | ۱۷ | ۰/۱۵ | – | – | – | – |
| | جسمانی | ۴/۳۳ | ۱۷ | ۰/۲۵ | – | – | – | – |
| | هیجانی | ۳/۷۵ | ۱۷ | ۰/۲۲ | – | – | – | – |
| | شغلی | ۳/۳۰ | ۱۷ | ۰/۱۹ | – | – | – | – |
| | اجتماعی | ۲/۴۷ | ۱۷ | ۰/۱۴ | – | – | – | – |
| کل | خانوادگی | ۱۴۱۳/۰۰ | ۲۴ | – | – | – | – | – |
| | جسمانی | ۱۵۱۶/۰۰ | ۲۴ | – | – | – | – | – |
| | هیجانی | ۹۲۸/۰۰ | ۲۴ | – | – | – | – | – |
| | شغلی | ۱۲۴۴/۲۵ | ۲۴ | – | – | – | – | – |
| | اجتماعی | ۱۳۳۹/۲۵ | ۲۴ | – | – | – | – | – |



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

جدول۶ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها، مهم‌ترین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را شامل می‌شود. این جدول، آزمون‌های چند متغیره برای عامل‌های درون آزمودنی‌ها و روابط تقابلی بین آن‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید در این جدول متغیر سازگاری خانوادگی (F=۲۹/۷۸ ،P= ۰/۰۰۰)، سازگاری جسمانی (F=۴/۷۱ ،P= ۰/۰۴)، سازگاری هیجانی (F=۱۴/۲۶ ،P= ۰/۰۰۲)، سازگاری شغلی (P= ۰/۰۰۰، F=۲۱/۳۴) و سازگاری اجتماعی (F=۴۲/۶۶ ،P= ۰/۰۰۰) در بین سالمندان بازنشسته معنادار بوده است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش اثر گذاشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته انجام شد. نتایج نشان داد که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته تأثیر دارد که این نتیجه با نتایج پژوهش یزدانبخش (۱۰)، خدایاری فرد و همکاران (۶)، Dolana و همکاران (۲۲)، Masuda و همکاران (۲۳)، Haight و همکاران (۲۴) و Mackinlay & Trevitt (۲۵) همخوان می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات، باعث ارزیابی مجدد آن‌ها، حل تعارضات، جمع‌بندی دوباره آن‌ها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت فرد می‌شود و فرد طی فرایند پذیرش و تعهد ویژگی‌های ناشناخته و کارهای ناگفته‌ی زندگی‌اش را برای دیگران آشکار می‌سازد و در جواب، آن‌ها نیز ممکن است واقعیات و حقایق پنهانی را بیان کنند. این آشکارسازی‌ها ممکن است باعث تغییر کیفیت روابط، شکل‌گیری صمیمیت‌های جدید و از بین رفتن صداقت‌های دروغین شود. همچنین پذیرش و تعهد یک فرایند درمانی است که باعث افزایش بینش و درک خود شده و با تغییرات رفتاری، عاطفی و شناختی همراه است ومی تواند باعث از بین رفتن نفرت‌های وحشتناک و تعصبات خاص شود (۱۰).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و تعهد در مجموع باعث سازگاری اجتماعی فرد بازنشسته شود؛ بنابراین پذیرش و تعهد به خودی خود، یک فرایند درمانی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود، همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی شده و این امر موجب سازگاری بیشتر فرد می‌شود. غالباً افرادی که از نظر روانی سالم هستند، سعی می‌کنند در عین رویارویی با امور عادی زندگی روزانه، موقعیت‌های ناراحت‌کننده را نیز رفع کنند. نحوه‌ی پاسخ افراد به محرک‌های ناراحت‌کننده، انعکاس تجارب مختلف زیست‌شناختی، روانی و فرهنگی اجتماعی آن‌هاست؛ اما وقتی استرس، توانایی فرد برای انجام کارها با آسودگی را مختل کرده و مانع رفع نیازهای فرد می‌شود، او را در معرض مسائل هیجانی قرار می‌دهد. استفاده از روش‌های غیر مؤثر و ناسالم مقابله، در رفتارها، افکار و احساسات غیرعادی انعکاس پیدا می‌کند. این رفتارها که با هدف تسکین استرس شدید انجام می‌شود، ممکن است به مسائل بعدی منجر شود (۲۶).



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

Masuda و همکاران (۲۳) در پژوهشی تأثیر گسلش شناختی بر افکار خود انتسابی منفی که یک نمونه از این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است را بررسی کردند و نتایج کاهش چشمگیری در مقدار این افکار با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی نشان داد. احتمال می‌رود خودشناسی مبتنی بر ارزش‌ها و بازسازی آن‌ها در کاهش افکار خود انتسابی منفی مؤثر بوده است. همچنین Dolana و همکاران (۲۲) با هدف بررسی نقش خودکارآمدی را مورد مطالعه قرار دادند نتایج نشان دهنده ارتباط قوی خودکارآمدی در موقعیت‌های مختلف بود. همان طور که Dikelmente (۱۹۹۱؛ به نقل از ۶) عنوان می‌کند که کسانی که اطمینان کمتری به توانایی خود در انجام رفتارهایی مانند سازگاری با شرایط جدید، احساس کارا بودن و مفید بودن و غیره دارند، ممکن است در مرحله پیش تأملی یا ناآگاهی گیر کنند و از بابت احتمال تغییر احساس ناامیدی کنند. برای اینکه فرد سرخورده از وضعیت کنونی از مرحله عزم و آمادگی به مرحله اقدام و ابقاء برسد، باید خودکارآمدی و اطمینان به خود، در او تقویت شود. یکی از مراحل مهم در اکثریت مشاوره‌ها، به خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع می‌باشد. خودکارآمدی به نحوی پاسخ به این سؤال است که آیا من می‌توانم از عهده انجام کار برآیم یا نه. مشاوره پذیرش و تعهد با دادن تکالیف مناسب و کار روی ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی را در افراد افزایش می‌دهد. مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی و پذیرش مسئولیت مشاوره توسط مراجع مؤثر باشد. با توجه به ویژگی‌های خاص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین فنون استفاده شده در این درمان، به نظر قابل توجیه است که مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودکارآمدی در سالمندان بازنشسته شود (۲۲).

بنابر این، در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بازنشستگان کمک کرد تا تجربیات گذشته خودشان را با خشنودی منعکس سازند و ثبات روانی به دست آورند. نظریه‌پردازان وحدت خود و یکپارچه‌سازی نیز موافق‌اند که پذیرش و تعهد با رشد هویت فردی مرتبط است و باعث حفظ رابطه‌ی حوادث گذشته با خود می‌شود. افرادی که به یکپارچگی دست می‌یابند معنا و رضایت و خشنودی از زندگی دارند و این رضایت باعث خودکارآمدی و سازگاری بیشتر آنان می‌گردد و همچنین شخصی که با موفقیت داستان زندگی و موفقیت‌های قبل از بازنشستگی‌اش بازآفرینی می‌شود، کمتر در برابر افسردگی، احساس بی‌کفایتی و ناکارآمد بودن آسیب‌پذیر است (۱۰). Mackinlay & Trevitt (۲۵) نشان دادند که مرور خاطرات موفق گذشته و پذیرش شرایط فعلی موجب معنی یافتن هویت فردی، احساس لذت و شادی، رفع غمگینی، نگرانی و احساس گناه و گاه موجب رسیدن به یک درک جدید از خود در سالمندان می‌شود؛ بنابراین احساس انسجام بر اثر نگاه به زندگی گذشته و پذیرش شرایط موجود، به دست می‌آید که این فرایند در مجموع منجر به افزایش خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی می‌شود. جامعه پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم ایجاد می‌کند که پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جوامع دیگر نیز بررسی شود.



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

**تقدیر و تشکر**

از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در پژوهش و مدیر مرکز مشاوره مهرآور که شرایط انجام پژوهش را فراهم نمود، سپاسگزاری می‌شود.

## *References*

1. Fakhri F.R., & Hashemi M. A. A Qualitative Research: Postmenopausal Women's Experiences of Abuse. *Procedia–Socialand Behavioral Sciences,*2013; 82, 57–60.
2. Oh J., Kim H. S., Martins D., & Kim, H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing studies, 2006;* 43(2), 203–214.
3. Khalili G., Holiness M., Heravi M., Sadrollahi., & Gilasi H. F. Evaluate the relationship between depression and the abuse of older people living in Kashan. *Journal of elderly*. 2015; 10 (4): 21-35. (Persian)
4. Melzer D., McWilliams B., Brayne C., Johnson T., & Bond J. Profile of disability in elderly people: Estimates from a longitudinal population study. *British Medical Journal, 1999; 318*(7191), 1108-1111.
5. Shmaizadeh A. The effect of social cognitive career counseling entrepreneurial self-efficacy of university students. (Master's thesis advisers), Islamic Azad University of Isfahan. 2005. (Persian)
6. Khodayari Fard M, Hejazi A, and Houseini nezhad N. The effectiveness of cognitive-behavioral advice based on Acceptance and Commitment (ACT) on the efficacy and marital satisfaction in women addicted to drug abuse has a wife and children. Journal of Applied Psychological Research. 2005; 6 (2), 61-75. (Persian)
7. Habibi R, Kareshki H, Dashtgard S, Heydari Ali, & Talai A. Efficacy Questionnaire validation and reliability analysis. Hakim Research scientific journal.2012; 15 (1): 53-59. (Persian).
8. Hassanzadeh L. Positive self-talk to increasing the effectiveness of social adjustment of secondary school students in the city of Babolsar. (Dissertation Master's) Tabatabai University,Tehran.2010. (Persian)
9. Hamidi F, & Mohamad Hosseini Z. The Relationship between Irrational Beliefs and Social, Emotional and Educational Adjustment among Junior Student. *Journal of Social and Behavioral Sciences, 2010; 5,* 1531-1536. (Persian)
10. Yazdanbakhsh K . Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. Journal of Aging Psychology 2016, 1(3): 179-185. (Persian)



[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

11. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, … Prochaska J. O. Stages of change for healthy eating in diabetes: Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care, 2003; 2*(5), 468-474.
12. Hayes S. C, Luoma J. B, Bond F.W, Masuda A, & Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 2006; 44*(1), 1-25.
13. Forman E. M, & Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies, chapter to appear. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.2009.
14. Kakavand A.R, Baqeri M.R, & Shirmohamadi F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reductionin Afflicted Elderly Men to Heart Diseases. Journal of Aging Psychology. 2016, 1(3): 169-178. (Persian)
15. Izadi R, & Abedi M. Acceptance and Commitment Therapy. Tehran: Jungle.2013. (Persian)
16. Duvall E. M. Marriage and family development (5th ed). New York: Lippincott.1997.
17. Schwarzer R. *Self-efficacy: Thought control of action.* Washington, DC:Hemisphere.1992.
18. Fouladchang D. Evaluation of efficacy of female students in Fars province and provide appropriate solutions. Proceedings of weeks of research, education agency Fars province. 2003; 79-99. (Persian)
19. Bell H. M. *The adjustment inventory: adult form.* Palo Alto: Consulting Psychological Press.1962.
20. Fathi-Ashtiani A, & Dastani D. Psychological tests, personality and mental health evaluation. Tehran: Besat. 2013. (Persian)
21. Dahl C, Stuart A, Martel K & Kaplan C. ACT and RFT in relationships: helping clients eager for intimacy and maintain healthy obligations. Translation: Navabinejad Sh, Saadati N. and Rostami M. The first edition, Tehran: the Jungle.2015. (Persian)
22. Dolana S. L, Martin R. A, & Rohsenowa D. J. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcome. *Addictive Behaviors*, 2008; 33(5),675-688.
23. Masuda A, Hayes S. C, Sackett C. F, & Twohig M. P. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. Behaviour Research and Therapy, 2004; 42(4), 477-485.
24. Haight B, Coleman P.G, & Lord K. The linchpins of a successful life review: Structure, evaluation, and individuality. In Haight B. K., Webster J. D. (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications. 1995; 179-192.* Bristol, PA*:* Taylor & Francis.

[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]

25. Mackinlay E, & Trevitt C. Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*,2010; *19*(6), 394-401.
26. Fahimi far A. The effectiveness of life review therapy with a spiritual approach to increasing the quality of life and life satisfaction among cancer patients martyr Beheshti Hospital. (Master's thesis). Allameh Tabatabai University, Tehran. 2010. (Persian)

[ Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29 ]

[ DOI: 10.21859/jgn.3.2.103 ]