

اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری سالمندان

✉ دکتر عبدالله معتمدی
دانشگاه علامه طباطبائی

مرضیه علمایی
دانشگاه علامه طباطبائی

جواد سید جعفری
دانشگاه علامه طباطبائی

محمد مهرداد صدر
دانشگاه علامه طباطبائی

سید سپهر هاشمیان
دانشگاه علامه طباطبائی

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۱۳

دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۰۷

در سال‌های اخیر منابع استرس‌زا و محیط‌های نامساعد رو به افزایش است. از سوی دیگر، جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش می‌باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری سالمندان انجام گرفت. ۲۰ نفر از سالمندان مقیم در خانه سالمندان شهر کرج به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی توسط مقیاس تاب‌آوری کونور-دیویدسون مورد سنجش قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۹ جلسه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری سالمندان مؤثر است ($p < 0.05$). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب افزایش تاب‌آوری سالمندان شده است. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران جهت افزایش تاب‌آوری و توانمندی مقابله در برابر مشکلات از درمان پذیرش و تعهد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، سالمندان

سالمندان می‌باشد (کینگ، ۲۰۰۷). امروزه ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید. ۶۰ درصد از این افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام‌شده، جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۳). تعداد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و بخصوص تاب‌آوری^۲ را در دوره سالمندی به یک ضرورت تبدیل کرده است.

یکی از مهم‌ترین تغییراتی که در قرن بیست و یکم در ساختار اجتماعی جوامع اتفاق افتاده افزایش جمعیت

جواد سیدجعفری، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ محمد مهرداد صدر، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ مرضیه علمایی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ سید سپهر هاشمیان، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به عبدالله معتمدی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران باشد

پست الکترونیک: a_moatamedy@yahoo.com

(۲۰۰۲) افراد با تاب‌آوری بالا رویدادهای تنش‌زا را کمتر تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و به جای سرکوب کردن، به احتمال بیشتری در پی جست‌وجو کمک بر می‌آیند. لذا، به دلیل اهمیت زیادی که تاب‌آوری در سلامت روان افراد دارد (داودو، استوارت، ریچی و چادیو، ۲۰۱۰) همواره برای شناخت عوامل مؤثر در افزایش آن تلاش می‌شود. برخی پژوهشگران مانند ایسن^۱ (۲۰۰۳) گزارش می‌کنند که افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش متفاوتی داشته و به جای آنکه بر مشکل تمرکز کنند، بر خود تمرکز می‌کنند و هاکینز، کاتالانو^۲ و میلر^۳ (۱۹۹۲، به نقل از دهقانی، ۱۳۹۴) نیز آن را سازهای شناختی دانسته‌اند. کهولیک (۲۰۱۱) نیز گزارش نمود که مهارت‌های شناختی و بویژه فراشناختی مانند ذهن‌آگاهی می‌توانند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و مهارت‌های کنار آمدن، تاب‌آوری او را بهبود بخشد. درمان‌های موج سوم شناختی که مشخصه آن‌ها تمرکز بیشتر بر عملکرد است تا محتوای شرایط رشد افزونی داشته (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) و بر مفاهیمی مانند ذهن‌آگاهی و بافت‌گرایی تأکید دارند.

یکی از این درمان‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ است، در درمان پذیرش و تعهد، هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش است (فقیهی و کجباف، ۱۳۹۵). تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برچسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است؛ و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد. که این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. اهداف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه‌ای به مهارت ذهن‌آگاهی دارد. کابات‌زین (۲۰۰۵) از پیشگامان طرح مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی، آن را توجه بدون قضاوت فرد به زمان حال و تجربه‌ی لحظه به لحظه تعریف می‌کند. این درمان بر این عقیده است که آسیب‌شناسی از نوعی

به‌طور کلی تاب‌آوری به‌عنوان فرایند، ظرفیت یا نتیجه سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم چالش‌ها یا شرایط تهدیدآمیز تعریف شده (هووارد و جانسون، ۲۰۰۷) و مشکلات اقتصادی و اجتماعی موجود در زندگی آدمیان همواره ویژگی تاب‌آوری را به‌عنوان یک سپر مقاوم ضروری کرده است (لینداستروم، ۲۰۱۱؛ لوتر و سیچتی، ۲۰۱۰؛ ماستن، ۲۰۰۶). البته تاب‌آوری، نه پایداری در برابر آسیب‌ها و شرایط تهدیدکننده است و نه حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک است؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط سخت است (کانر و دیویدسون، ۲۰۱۳). افزون بر این پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (عشورنژاد، ۱۳۹۵).

تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت، درایور و وارن، ۲۰۱۰). همچنین، توانایی سازگاری با درد، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). در واقع، تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت در شرایط سخت و پرخطر است که موجب می‌شود، نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق آیند، بلکه طی آن و با وجود آن قوی‌تر می‌گردند و این ممکن است که ناشی از خوش‌بینی نسبت به آینده‌ای بهتر باشد (راتر، ۱۹۹۹).

برخی از پژوهش‌هایی که تاکنون در رابطه با تاب‌آوری صورت گرفته‌اند عواملی را در پیش‌بینی یا افزایش تاب‌آوری مؤثر می‌دانند که از آن میان می‌توان به محرومیت اقتصادی و اجتماعی در ارتباط با بالا در مقایسه با طبقه پایین جامعه و ارتباط آن با تاب‌آوری (صفاری‌نیا و بازی یاری میمند، ۱۳۹۱)، سبک اسناد درونی و بیرونی (نریمانی، طالبی جویباری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۲)، هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی (کوهن، فردریکسون، براون، هایکلز و کانوی، ۲۰۰۹)، سلامت روانی (گلدستین و بروکس، ۲۰۰۵) و منبع کنترل (کوک، هیوگز و لو، ۲۰۰۷) اشاره کرد.

همچنین نتایج مطالعات پیشین در ارتباط با تاب‌آوری نشان می‌دهد که افزایش تاب‌آوری منجر به توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌گردد. بر اساس مشاهدات بلسکی

¹ Isen

² Catalano

³ Miller

⁴ acceptance and commitment therapy (Act)

تا از منظری دیگر به بررسی برخی شرایط روان‌شناختی دوره کهن‌سالی و شناخت علمی آن‌ها و انعکاس نتایج آن به سالمندان و دست‌اندرکاران مربوط بپردازد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهشی آن پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر کرج تشکیل می‌دادند که دامنه سنی سالمند طبق تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، ۶۰ سال و بالاتر اطلاق می‌شود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۱۳).

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سه ماهه‌ی سوم سال ۹۵-۹۴ بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه ۱۰ نفری، آزمایشی و کنترل (گروه در لیست انتظار) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل (۱) نمره زیر ۵۰ در مقیاس تاب‌آوری، (۲) نداشتن هرگونه اختلال روانی تشخیص داده شده که از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته نسخه شماره پنج^۱ مورد سنجش قرار گرفت، (۳) شنوایی و بینایی قابل قبول برای پاسخ به پرسشنامه‌ها و (۴) شرکت در جلسات درمان بودند. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از (۱) عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، (۲) عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان، و (۳) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بودند. گروه آزمایشی، مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش را طی ۹ جلسه گروهی دریافت نمودند. در طی این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی، دوباره ابزار پژوهش به عنوان پس‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. براساس تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی ۵۵ درصد نمونه‌ی آماری بین ۶۰ تا ۷۰ سال و ۴۵ درصد بین ۷۰ تا ۸۰ سال سن داشتند. همچنین ۸۰ درصد نمونه‌ی آماری سطح تحصیلات دیپلم به بالا و ۲۰ درصد زیر دیپلم بودند.

انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به وجود می‌آید و ناشی از اجتناب از افکار و احساسات آزاردهنده است. این درمان از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند (هیز، ۲۰۰۴). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال تا بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، انتخاب کنند به شیوه‌های عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز، پیسترلو و بیگلند، ۲۰۰۸). این درمان نوعی مداخله‌ی مبتنی بر شواهد بوده و مراجعان را به آزمودن افکار منفی خویش تشویق می‌کند و برخلاف شناخت‌درمانی سنتی، صریحاً ساختاردهی مجدد شناختی را رد می‌کند زیرا به جای محتوای شناخت بر جهت‌دهی به عملکرد تمرکز دارد (آرک و کراسک، ۲۰۰۸). بسیاری از پژوهش‌ها پذیرش روان‌شناختی را با کیفیت‌زندگی مرتبط می‌دانند (باتلر و سیاروچی، ۲۰۰۷) و حتی برخی از آن‌ها پذیرش و ذهن‌آگاهی را از عناصر اساسی تاب‌آوری معرفی می‌کنند (تامسون، آرنکوف و گلس، ۲۰۰۱). دهقانی (۱۳۹۴) در پژوهشی داخلی نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری را افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه عزیزی، حسن‌آبادی، مه‌رام و سعیدی (۱۳۹۳) نیز بیانگر اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تاب‌آوری افراد مبتلا به سردرد مزمن می‌باشد. توکلی و حیدری (۱۳۹۴) طی پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد مزمن و اضطراب سالمند تأثیر داشته و آن را کاهش می‌دهد.

بنابراین با توجه افزایش جمعیت سالمند تعداد استرس‌هایی که سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت‌روان و به خصوص تاب‌آوری را در دوره از اهمیت برخوردار است. از این رو این پژوهش بر آن است که با درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان، به افزایش تاب‌آوری آنان کمک نماید. بیشتر بررسی‌های انجام گرفته در ایران در مورد دوره‌های نوجوانی تا میانسالی می‌باشد و کمتر مطالعه‌ای به بررسی سالمندان پرداخته است به همین جهت پژوهش حاضر تلاش می‌کند

¹ Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID)

ابزار

مقیاس تاب‌آوری کونور-دیودسون^۱. این پرسشنامه جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه؛ جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران با استرس پس از سانحه انجام شده است. طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای بوده که از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. تهیه‌کنندگان این مقیاس اعتقاد دارند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر است افراد تاب‌آور و غیر تاب‌آور

را در گروه‌های بالینی و غیربالینی تشخیص دهد و می‌تواند در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود هفت عامل (احساس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احساس حمایت اجتماعی، ایمان و رویکرد عمل‌گرایانه به روش‌های حل مسأله) را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به طور قطعی تأیید نشده‌اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ نقل از بشارت، عباسپور و دوپلانی، ۱۳۸۹). در پژوهش جوکار (۱۳۸۶) آلفای کرونباخ پرسشنامه کانر و دیویدسون ۰/۹۳ گزارش شده است.

پروتکل درمانی. در این پژوهش، از تجربه حضور در کارگاه آموزشی و تلفیق چند پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروساهال و ویلسون، ۲۰۰۳) به صورت گروهی استفاده شده است.

جدول ۱

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰۰۴)

جلسه	هدف	روند جلسات
اول	فهم کامل ماهیت اضطراب و شناخت راهبردهای مقابله با آن بر اساس نتایج پرسش‌نامه و یا هر روش دیگری	معارفه تک‌تک اعضا؛ تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه؛ تعیین اهداف زیربنایی؛ تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب؛ توصیف افکار و نشانه‌ها؛ استعاره ببر گرسنه؛ معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین؛ یادآوری اینکه کنترل خود مشکل‌ساز است؛ تکلیف خانگی؛ چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟
دوم	کنترل به عنوان یک مشکل و کنترل رویدادهای شخصی	ارائه استعاره مرد در گودال؛ استعاره کیک شکلاتی؛ توجه به اشتیاق مراجع؛ تکلیف خانگی؛ برگه نگرانی ذهن‌آگاه
سوم	پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است	استعاره طناب‌کشی با غول؛ استعاره دروغ‌سنج؛ تأکید بر اهمیت ارتقاء و پرورش ذهن‌آگاهی؛ تکلیف خانگی؛ برگه‌ی عملکرد نگرانی چیست؟
چهارم	ایجاد یک جهت‌گیری برای توسعه‌ی مهارت‌های ذهن‌آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم گسلس	استعاره پلی‌گراف؛ تمرین استعاره شیر، شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس؛ دستورالعمل مربوط به اشتیاق؛ هیجان‌ات شفاف در مقابل هیجان‌ات مبهم؛ معرفی ذهن‌آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن‌آگاه؛ تکلیف خانگی؛ ادامه‌ی تمرین ذهن‌آگاهی
پنجم	معرفی اهمیت ارزش‌ها، چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص.	معرفی ارزش‌ها؛ بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها؛ انتخاب ارزش‌ها؛ انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها/تصمیم‌ها؛ شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری (جهت انجام در طول هفته)؛ تکلیف خانگی؛ ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل با ارزش

^۱ Conner-Davidson Resilience Scale (C-DRS)

ششم	تداوم ایجاد جهت‌گیری نسبت به ذهن‌آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی برای پرورش گسلش	شناسایی ارزش‌ها؛ استفاده از استعاره سنگ قبر؛ دستورالعمل مهارت‌های ذهن‌آگاهی؛ تمرین افزایش ذهن‌آگاهی؛ تکلیف خانگی؛ شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته
هفتم	توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم	دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات؛ دستورالعمل کنترل چرخه هیجانی؛ اجتناب هیجانی استعاره اجاق داغ؛ هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم؛ تکلیف خانگی؛ تمرین ذهن‌آگاهی؛ شناسایی یک عمل با ارزش، تعیین هدف رفتاری در هفته
هشتم	معرفی تمایز بین خودهای مشاهده‌گر و خودهای مفهومی و شناسایی ارتباط بین مفهوم‌سازی خود و اضطراب و نگرانی	استعاره صفحه شطرنج؛ بحث در مورد خود مشاهده‌گر در مقابل خود مفهومی؛ تمرین خود مشاهده‌گر؛ شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری برای انجام در طول هفته؛ تکالیف خانگی؛ انجام عمل با ارزش مشخص
نهم	ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف	تعهد به عنوان یک فرآیند؛ شناسایی گام‌های عملیاتی اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر؛ ارائه استعاره باغداری؛ موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آن‌ها استعاره حباب در جاده؛ استعاره مسافران در اتوبوس؛ استعاره صعود به قله؛ شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری برای انجام در طول هفته؛ تکلیف خانگی؛ انجام یک عمل با ارزش مشخص.

روش اجرا

با مراجعه به خانه سالمندان ستایش شهر کرج و کسب مجوزهای لازم، سالمندان حاضر به پرسشنامه تاب‌آوری پاسخ دادند و از میان افرادی که نمره پایین ۵۰ کسب کردند و بر اساس مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته DSM-5 (SCID-II) هیچ‌گونه تشخیص اختلال روانی در مورد آن‌ها داده نشد و پس از بررسی وضعیت شنوایی و بینایی افراد، تعداد ۴۰ نفر از سالمندان مقیم بر اساس لیست افراد به صورت در دسترس انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت شرکت‌کنندگان و توضیح اینکه هر زمان می‌توانند از ادامه‌ی همکاری خودداری کنند، گروه آزمایش به مدت نه جلسه توسط یکی از پژوهشگران متخصص تحت

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان دوره آموزش هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره به پرسشنامه تاب‌آوری پاسخ دادند. در پایان مطالعه گروه کنترل نیز تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیر تاب‌آوری انجام شده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد. براین اساس میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری سالمندان در مراحل پیش-آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون	
گروه	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	انحراف استاندارد
۶۷/۷۰	۷/۰۱۲
۶۶/۲۵	۷/۱۸۶
۶۵/۰۵	۸/۲۳۹
۶۶/۲۵	۶/۹۱۷

گرفته است و فرضیه مطابق با موضوع پژوهش طراحی شده است برای سنجش آن از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. در بکارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تأیید قرار

با توجه به اینکه در این پژوهش، تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری سالمندان مورد بررسی قرار

باشد ($P > 0/05$). در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب مشاهده نمی‌گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در متغیر تاب‌آوری برقرار است.

به منظور رعایت پیش فرض‌های تحلیل کواریانس، نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($Z = 0/766$) و $p > 0/05$ ، و تأیید همگنی واریانس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل ($F = 1/448$ و $P > 0/05$) بود. پس از بررسی پیش‌فرض‌های مورد نیاز، تحلیل کواریانس بر روی داده‌ها انجام شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

بگیرد تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات روش تحلیل کواریانس «نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها، و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون بدین معنی است که ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه‌ها یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) استفاده شد. نتایج نشان داد با توجه به ضریب F محاسبه شده ($F = 0/097$) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون معنادار نمی‌باشد.

جدول ۳

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره جهت بررسی اثر آزمون در متغیر تاب‌آوری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۵۸۱/۹۲۶	۱	۱۵۸۱/۹۲۶	۴۸/۹۴۸	$P < 0/001$	۰/۸۹
اثر گروه (درمان)	۹۲/۲۷۲	۱	۹۲/۲۷۲	۴/۹۵۵	۰/۰۳۲	۰/۳۷
خطا	۶۸۹/۰۲۴	۳۷	۱۸/۶۲۲	-	-	-
کل	۱۹۳۱۵۷	۴۰	-	-	-	-

متفاوتی دارند و تسلیم آن شده و حالت انفعالی نمی‌گیرند، بلکه به طور مؤثری با شرایط مقابله نموده و با آن مواجهه می‌شوند، نه اینکه از آن اجتناب کنند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این امر نیازمند آن است که برای شناخت شرایط محیطی تلاش کنند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا توجه کامل خود را به موقعیت‌های موجود بسپارند، بدون اینکه قضاوتی داشته باشند زیرا یکی از دلایلی که بر سلامت روان سالمندان تأثیر منفی می‌گذارد، احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی است (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش می‌دهد و موجب افزایش تاب‌آوری می‌گردد.

آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با

با توجه به نتیجه تحلیل کواریانس تک متغیره که در جدول بالا آمده است، معناداری مقدار F برای اثر گروه ($F = 4/955$) و سطح معناداری ($P < 0/01$) نشان می‌دهد که اثر گروه (درمان) معنی‌دار است. بدین معنا که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت ایجاد شده در نمرات دو گروه در میزان تاب‌آوری معنادار است. همچنین با توجه به میانگین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است که نشان از اثر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری دارد و درمان ۰/۳۷ بر واریانس متغیر وابسته اثر دارد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری سالمندان انجام گرفت. همان‌طور که انتظار می‌رفت نتایج نشان پژوهش داد که این درمان باعث افزایش تاب‌آوری سالمندان شده است که با یافته‌های کاکاوند، باقری و شیرمحمدی (۱۳۹۴)، باقری، فتح‌الله‌زاده و دربانی (۱۳۹۵)، ملاجعفر و همکاران (۱۳۹۶)، توکلی و حیدری (۱۳۹۴)، دهقانی (۱۳۹۴) و عزیز و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. این‌گونه می‌توان بیان نمود که افراد تاب‌آور نسبت به شرایط تنش‌زا نگرش

آن‌ها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند.

سپاس‌گزاری

این پژوهش در قالب فعالیت‌های هسته پژوهشی مطالعات سالمندی که مورد تصویب معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد انجام گرفته است. بدین وسیله از تمام کارکنان و سالمندان خانه سالمندان ستایش شهر کرج که در این پژوهش همکاری و مشارکت نموده‌اند سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

باقری، پ.، سعادت، ن.، فتح اله زاده، ن.، و دربانی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و سازگاری اجتماعی سالمندان بازنشسته. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲)، ۶۳-۴۸.

بشارت، م. ع.، و عباس پوردیپلانی، ط. (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای فراشناختی و خلاقیت با تاب‌آوری در دانشجویان. *نشریه روان‌شناسی اجتماعی (یافته‌های نو در روان‌شناسی)*، ۵(۱۴)، ۱۲۴-۱۱۱.

توکی، ح.، و حیدری، ف. (۱۳۹۴). اسفند). *اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درد مزمن و اضطراب در سالمندان*. مقاله ارائه شده در دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام. بازیابی شده از <https://www.civilica.com>

جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه‌ی هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۲(۲)، ۱۳۵-۱۲۲.

دهقانی، ه. (۱۳۹۴). شهرپور). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند با اختلال یادگیری*. اولین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی روانشناسی جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران. بازیابی شده از <https://www.civilica.com>

صفاری‌نیا، م.، و بازی‌یاری‌میمند، م. (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری هیجانی و اجتماعی در دانش‌آموزان مناطق محروم و غیرمحروم. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۸(۱)، ۱۲۴-۱۰۷.

عزیزی، م.، حسن‌آبادی، ح.، مهرا، ب.، و سعیدی، م. (۱۳۹۳). *آبان*). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به سردرد مزمن. دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی،

رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی مؤثرتری به کار می‌اندازند. در واقع درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند این رویکرد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. درمان پذیرش و تعهد افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود (فرمن و هربرت، ۲۰۰۸). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش میزان تاب‌آوری در سالمندان شد. همچنین، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه‌ی فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، سالمندان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آن‌ها آموزش داده شد که در درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. همچنین، در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله‌ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند

- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, 4(2), 166-170.
- Coholic, D. A. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *Child & Youth Care Forum*, 4(40), 303-317.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Forman, E. M., Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. *Journal of Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*, 6, 77-101.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. *Journal of Behavior and Cognitive therapy*, 3(1), 81-102.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- King, H. (2007). Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. *Acta Universitatis Ouluensis*, 954, 1796-2234. Available from: <http://hercules.oulu.fi/issn03553221>.
- Ministry of Health and Medical Education. (2013). Didactic guidance of integrative care of old age. *Ministry of Health and Medical Education*: Tehran, Iran.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام. بازیابی شده از <https://www.civilica.com>
- عشورنژاد، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و دل‌مشغولی‌های تحصیلی در دانش‌آموزان دختر نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۴)، ۵۰۱-۵۲۱.
- فتح‌اله‌زاده، ن.، سعیدی، ف.، ایچی، س.، سعادت، ن.، و رستمی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی گروهی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی در سالمندان با سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲)، ۱۳۱-۱۴۱.
- فقیهی، م. ص.، و کجیاف، م. ب. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت‌نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۱۰)، ۱۷۰-۱۵۳.
- کاکاوند، ع.، باقری، م.، و شیرمحمدی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی. *روانشناسی پیری*، ۳(۱)، ۱۶۹-۱۷۸.
- ملاجعفر، ه.، پورشریفی، ح.، مسچی، ف.، برماس، ح.، و تاجری، ب. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه‌نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰(۳)، ۸۸-۹۷.
- نریمانی، م.، طالبی جویباری، م.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۲). مقایسه سبک اسناد و تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان آسیب‌دیده و عادی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۳(۱۰)، ۴۵-۶۰.
- نریمانی، م.، آقامحمدیان، ح.، و رجیبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت‌روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت‌روانی مادران کودکان عادی. *فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی*، ۳۳، ۱۵-۲۴.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۲۰۱۳). *روابط عمومی معاونت بهداشت*. www.behdasht.gov.ir
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279.
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607-615.

- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 17-30.
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 220-235.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Howard, S., & Johnson, B. (2007). What makes the difference? Children and teachers talk about resilient outcomes for children at risk. *Educational Studies*, 26(1), 321-337
- Lindstroem, B. (2011). The meaning of resilience. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 13(2), 7-12.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2010). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(2), 857-885.
- Masten, A. S. (2006). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 16(4), 227-238.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361-368.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Kwok, O Hughes, J, N & Luo, W, (2007). Role of resilient personality on lower achieving first grade students' current and future achievement. *Journal of School Psychology*, 45(1), 61-82.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy* (2 Ed.). New York: Guilford Press.