

February-March 2023, Volume 17, Issue 6

Comparison of the Effectiveness of Well-being Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Loneliness in the Elderly

Narges Hossein Nazari¹, Hamid Nejat^{1*}, Mohammadreza Saffarian Tosi¹

1- Department of Education Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Hamid Nejat, Department of Education Sciences, Mashhad branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Email: hnejat54@yahoo.com

Received: 8 April 2022

Accepted: 24 Sep 2022

Abstract

Introduction: Aging is associated with many diseases, deficiencies and disabilities and the elderly are exposed to many problems. Well-being therapy and therapy based on acceptance and commitment are two interventions that are probably able to improve the feeling of loneliness in the elderly. The aim of this study was to compare the effectiveness of well-being therapy with acceptance and commitment therapy on the feeling of loneliness in the elderly.

Methods: The present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a one-month follow-up phase with a control group. The statistical population of the present study included the elderly of Neshat Nursing Home in Mashhad. Among these people, 45 people were selected by purposive sampling method and randomly divided into three groups of 15 people. The experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes of well-being therapy or acceptance and commitment therapy and no action was taken for the control group. Data collection tools included a loneliness questionnaire. SPSS software version 22 and mixed analysis of variance with repeated measures were used to analyze the research data.

Results: The results showed that well-being therapy and acceptance and commitment therapy had a significant effect on reducing the loneliness of the elderly in the post-test and follow-up stages ($P < 0.001$). But there was no significant difference between the effectiveness of the two groups ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the results, health professionals can benefit from well-being therapy as well as acceptance and commitment therapy to help the elderly overcome loneliness.

Keywords: Well-being therapy, Loneliness, Acceptance and Commitment Therapy, Elderly.

مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان

نرگس حسین نظری^۱، حمید نجات^{۲*}، محمدرضا صفاریان طوسی^۳

۱- گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: حمید نجات، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.
ایمیل: hnejat54@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۱۹

چکیده

مقدمه: سالمندی با بیماری، فقدان و از کار افتادگی متعددی همراه است و افراد سالمند در معرض مشکلات فراوانی قرار دارند. بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دو مداخله ای هستند که احتمالاً قادر به بهبود احساس تنهایی در سالمندان هستند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی سالمندان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون به همراه مرحله پیگیری یک ماهه و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل سالمندان خانه سالمندان نشاط شهر مشهد بودند. از بین این افراد، تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. گروه های آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بهزیستی درمانی یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و برای گروه کنترل اقدامی صورت نگرفت. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه احساس تنهایی بود. برای تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان دهنده این بود که هر دو مداخله بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی سالمندان در مرحله پس آزمون و پیگیری اثر معنادار نسبت به مرحله پیش آزمون داشته اند ($P < 0.001$). اما تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و آزمون بوجود نیامد ($P > 0.05$).

نتیجه گیری: طبق نتایج، متخصصان حوزه سلامت می توانند از بهزیستی درمانی و همچنین درمان پذیرش و تعهد برای کمک به سالمندان برای غلبه بر احساس تنهایی بهره جویند.

کلیدواژه ها: بهزیستی درمانی، احساس تنهایی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سالمند.

مقدمه

بالای ۵۰ سال قرار گیرند (۳). سالمندی با دگرگونی عمیق در ابعاد جسمی، روانشناختی و جامعه شناختی همراه است و افراد در این دوره به دلیل ایجاد ناتوانی جسمی، از کار افتادگی، بیماری، فقدانها و از دست دادن عزیزان، بیکاری و محدودیتهای متعدد دیگر، در معرض آسیبهای روانی بسیاری قرار دارند (۴). بروز علائم افسردگی و اضطراب، احساس ناامیدی، بی انگیزگی، احساس تنهایی و مشکلات خواب از جمله آسیب هایی است که در این دوره

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سن بالای ۶۵ سال به عنوان نقطه شروع سالمندی و آخرین دوره چرخه زندگی در نظر گرفته می شود (۱). مطالعات جمعیت شناختی در ایران حکایت از تغییرات سریع ترکیب جمعیتی و انتقال هرم سنی از میانسالی به سالمندی دارد (۲). پیش بینی می شود در سال ۱۴۱۰ در ایران انفجاری در جمعیت سالمندی رخ دهد و ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت، در سنین

باشد. امروزه با نسل جدیدی از درمان های نشات گرفته از درمان شناختی-رفتاری مواجه هستیم که آنها را می توان تحت عنوان کلی رویکرد روان شناسی مثبت گرا نامید. یکی از این درمان ها که اخیراً در مرکز توجه پژوهشگران قرار گرفته است، بهزیستی درمانی می باشد (۱۳). این روش درمانی به صورت هدفمند، مشکل مدار و بر اساس الگوی آموزشی است. بهزیستی روانی گویای عملکرد مطلوب انسان و سازه ای چندبعدی است که عناصر شناختی و هیجانی را در برمی گیرد (۱۴). بهزیستی روانشناختی به حسی از سلامتی اشاره دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام ابعاد فردی را شامل می شود و از سه مؤلفه رضایتمندی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت تشکیل شده است (۱۵). این در حالی است که بر اساس یافته برخی مطالعات، در افراد سالمند سطوح بالایی از آشفتگی، اضطراب و افسردگی قابل مشاهده است و در نتیجه بهزیستی روانشناختی آنها از افراد جوان کمتر است (۱۶). همچنین نشان داده شده است که سالمندان با احساس بهزیستی بیشتر، به طور عمده از عملکرد شناختی و فیزیکی بالاتری برخوردار هستند و از سبک زندگی سالم تر و سلامت جسمی و روانی بالاتری خبر می دهند (۱۷). محققان حوزه بهزیستی درمانی معتقدند، درمان های معمول در کاهش مشکلات روان شناختی، مانند درمان شناختی رفتاری یا دارو درمانی در بهترین حالت افراد را در وضعیتی قرار می دهد که فقط از علائم رنج نبرند و هدف نهایی آنها تسکین علائم بیماری است؛ اما این تضمین کننده احساس شادکامی و رضایت از زندگی در آنها نیست زیرا عواطف مثبت و منفی دو ساختار متفاوت دارند و عدم حضور عواطف منفی به معنای وجود عواطف مثبت نیست (۱۸). بر همین اساس، بهزیستی درمانی در پی مطالعه هیجانات، ویژگیها و نمادهای مثبت و افزایش شادکامی در افراد است تا از طریق افزایش ویژگیهای اخلاقی و معنوی، از آسیب های روانی در افراد جلوگیری کند (۱۹). محققان مفهوم بهزیستی را در دو بعد خشنودی و رضایت مورد بررسی قرار داده اند و معتقدند مفهوم بهزیستی مفهومی است که به احساسات مثبت به جای احساسات منفی و رضایت افراد از چیزهایی که در زندگی پیدا می کنند، می پردازد (۲۰). الگوی بهزیستی روانشناختی بر شش بعد تمرکز دارد: پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۱۷). پذیرش خود، بیانگر آگاهی و پذیرش ضعفها و شناسایی

قابل مشاهده است (۵). یکی از مهمترین مشکلات آسیب زا در سالمندان، مسأله احساس تنهایی است که بسیاری از آنها در جوامع مختلف آن را تجربه می کنند (۶). احساس تنهایی (Loneliness) حالتی است ناراحت کننده و زمانی به وجود می آید که بین روابط بین فردی که فرد تمایل دارد داشته باشد و روابطی که وی در حال حاضر دارد، فاصله وجود داشته باشد (۶). احساس تنهایی به عنوان یکی از نشانه های افسردگی و نیز به عنوان یک عامل مستقل در ایجاد آسیب های روان شناختی مورد توجه بوده است و ممکن است به دلایل مختلف از قبیل نقص جسمی، از دست دادن نزدیکان و کم رنگ شدن ارتباطات تجربه شود (۷). تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل مسائلی همچون کاهش توانایی های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی همچون بازنشستگی، اقامت در خانه های سالمندان و کاهش درآمد، کم شدن موقعیت ها برای برقراری ارتباط اجتماعی، از دست دادن حمایت اجتماعی و مشارکت کمتر در جامعه و از دست دادن استقلال که تأثیر عمیقی بر هویت این افراد دارد، همگی می تواند منجر به ایجاد احساس تنهایی در سالمندان شود (۸). بنابراین سالمندان به واسطه از کار افتادگی، ناتوانی جسمی و محدودیت متعددی که از ابعاد مختلف به خصوص در زمینه روابط اجتماعی تجربه می کنند، در معرض احساس تنهایی هستند (۹). شواهد نشان می دهند احساس تنهایی پدیده ای گسترده و فراگیر در سالمندان است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰). احساس تنهایی در واقع یک شاخص مهم از سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است که تأثیر گسترده ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماریهای روانی و جسمانی دوران سالمندی دارد (۱۱)، به طوری که برخی از محققان، معتقدند که احساس تنهایی با افسردگی و فراموشی رابطه دارد و به ادامه حیات آسیب جدی وارد می کند (۱۲). حال با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش های مربوط با احساس تنهایی در سالمندان ضروری است، به نظر می رسد که بهزیستی درمانی (well-being therapy) در این زمینه می تواند مؤثر باشد.

بهزیستی درمانی از جمله رویکردهای مداخلاتی است که احتمالاً می تواند در کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر

توانایی های خود و داشتن نگرش مثبت به خود است. زندگی هدفمند نشان دهنده توانایی فرد در پیدا کردن معنا و جهت در زندگی، داشتن اهداف و دنبال کردن آن در جهت نفع شخصی و رشد اجتماع است. در فرایند رشد شخصی، فرد از توانایی شکوفا ساختن همه نیروها و استعدادهای خویش برخوردار می شود. در حالت تسلط بر محیط، فرد می تواند تا حدود زیادی بر زندگی و محیط اطراف خود احاطه داشته باشد. در حالت خودمختاری فرد رفتار خود را از درون و بدون فشار هر گونه نیروی بیرونی تنظیم می کند. یافته برخی از مطالعات دال بر اثربخشی بهزیستی در کاهش مشکلات عاطفی و هیجانی و افزایش سطح سلامتی و بهزیستی روانشناختی است (۱۹،۲۰).

درمان پذیرش و تعهد نیز از جمله رویکردهای مداخلاتی است که می تواند در کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توجه ویژه ای به مهارت ذهن آگاهی دارد (۲۱). ذهن آگاهی توجه بدون قضاوت فرد به زمان حال و تجربه لحظه به لحظه فرایندهای درونی است. این درمان بر این عقیده است که آسیب شناسی از نوعی انعطاف ناپذیری روانشناختی به وجود می آید و ناشی از اجتناب از افکار و احساسات آزاردهنده است (۲۲). انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال تا بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، انتخاب کنند و به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده شان باشد (۲۳). این رویکرد بر اصول پذیرش (Acceptance)، گسلش (Defusion)، تماس با لحظه حاضر، خود به عنوان زمینه (self as context) و مشاهده خود، ارزش ها و عمل متعهدانه استوار است که می توانند زمینه انعطاف پذیری روانشناختی را تسهیل سازند (۲۴). در همین راستا نشان داده شده است که منشأ بسیاری از آسیب های روانی، اجتناب از تجربه فرایندهای درونی و ناتوانی افراد در پذیرش واقعیت موجود و تجربه هیجانات مربوط به آن است که می تواند منجر به تشدید اضطراب و ضعف عملکرد شود (۲۵). این درمان از طریق افزایش ذهن آگاهی، مشاهده فرایندهای درونی و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پر معنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی به فرد کمک می کند تا با شرایط تنش زا مقابله کند (۲۶). همچنین مطابق با مدل درمان

پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه ای به صورت اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس و سایر رویدادهای خصوصی ظاهر می شود و می تواند موجب انعطاف ناپذیری شناختی شود (۲۷). هدف این درمان این است که فرد به جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و تمایلات آشفته ساز، عملی را انتخاب کند که از میان گزینه های گوناگون، در جهت ارزش هایش باشد و به زندگیش معنا و جهت بدهد (۲۸). مطالعات متعدد دال بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در سلامت روان، کیفیت زندگی، کاهش درد مرمین، تنظیم هیجان و امید به زندگی بوده است (۲۹-۲۶).

ایران با توجه به ترکیب جمعیتی خود در معرض پدیده سالمندی قرار دارد و نرخ جمعیت افراد مسن در ایران روز به روز در حال افزایش است. تحقیقات نشان داده که تا سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد سالمند در ایران نسبت به کل جمعیت به حدود ۲۶ درصد خواهد رسید و در نیم قرن آتی به تدریج مسأله سالخوردگی جمعیت و میان سالی در اولویت قرار خواهد گرفت (۲). بنابراین مسأله سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان و ارتقای آن از جمله مباحث مهم در حوزه بهداشت روان است. این در حالی است که افراد مسن به واسطه نارسایی های متعدد جسمی و روانی و محدودیت ناشی از آنها، در معرض مشکلات سلامت روان از جمله احساس تنهایی قرار دارند. احساس تنهایی پدیده ای شایع در سالمندان است و به طور بالقوه می تواند تأثیر منفی بسیاری بر کیفیت زندگی آنها داشته باشد و روند پیری را سرعت بخشیده و موجب تشدید بیماری ها و نارسائی ها در آنها شود. به دنبال تلاش برای دستیابی به مداخلات مؤثر در کاهش احساس تنهایی در سالمندان، مطالعه حاضر به بررسی مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی در سالمندان می پردازد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون به همراه مرحله پیگیری یک ماهه و با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام سالمندان (زن و مرد) ۶۵ تا ۸۵ ساله ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد بودند. از بین این افراد و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، تعداد ۶۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند.

نرگس حسین نظری و همکاران

و روابط بین فردی مختل شده طراحی شده است. نمره گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه ای (هرگز=۱، به ندرت، گاهی و همیشه) بوده و دامنه امتیازها بین ۲۰ تا ۸۰ است. نمره هر فرد در این مقیاس با جمع اعداد معرف گزینه های منتخب محاسبه می شود و نمره بالا بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. Russell و همکاران (۲۹) پایایی این ابزار را از نظر ضریب همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ و همچنین از نظر بازآزمایی در یک دوره یک ساله با مقدار ۰/۷۳ مناسب گزارش کردند و همبستگی معناداری میان مواد این مقیاس با سایر ابزارهای اندازه گیری احساس تنهایی به دست آمده است که بیانگر اعتبار همگرایی بالای آن است. در مطالعه ای در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۱ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است. همچنین روایی صوری و محتوایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته است (۳۰).

پروتکل درمانی

محتوای جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از بسته Fava (۳۱) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد که در جدول ۱ به آن اشاره شده است. محتوای جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از اصول Hayes و همکاران (۳۲) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد که در جدول ۲ به آن اشاره شده است.

ملاک‌های ورود شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری های مزمن با استفاده از نظر متخصص و بررسی پرونده پزشکی بیمار، حداقل یک سال اقامت در آسایشگاه روزانه و نداشتن اعتیاد به هرگونه ماده مخدر از طریق مطالعه پرونده پزشکی بیمار بود. ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی غیبت و یا عدم انجام تکالیف در طی سه جلسه و استفاده از داروهای روان گردان و روان پزشکی در نظر گرفته شد. یکی از گروه های آزمایشی تحت مداخله بهزیستی درمانی و گروه آزمایشی دیگر تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچگونه درمانی قرار نگرفت. هر سه گروه در ابتدای جلسات مداخله، پایان آن و یک ماه بعد از آن پرسشنامه احساس تنهایی را به عنوان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. در نهایت ۵ نفر از هر گروه به دلیل عدم شرکت در جلسات یا عدم تکمیل پرسشنامه حذف شدند و داده های مربوط به ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

پرسشنامه احساس تنهایی: برای اندازه گیری احساس تنهایی از پرسشنامه احساس تنهایی Russell و همکاران (۲۹) استفاده شد. این آزمون، شامل ۲۰ ماده است که به منظور اندازه گیری تجارب و رفتارهای خودسنجی مرتبط با احساس تنهایی، از جمله تنهایی ادراک شده، انزوای اجتماعی

جدول ۱. ساختار جلسات بهزیستی درمانی برگرفته از اصول Fava (۳۰)

محتوای جلسه
جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، بیان قوانین گروه، توضیح در مورد روند جلسات درمانی و توصیف بهزیستی روانشناختی و چگونگی ثبت لحظات تجربه بهزیستی در دفتر یادداشت اختصاص داده شده به هر عضو گروه و انجام پیش آزمون
جلسه دوم: گفتگوی اعضا در ارتباط با تجربه های احتمالی لحظات بهزیستی و شرح مجدد نحوه نگارش و ثبت وضعیت و تجاری روزانه اعضا در مقیاس صفر تا صد، عدد صفر بیانگر عدم حضور و وجود بهزیستی و عدد یکصد بیانگر حداکثر تجربه بهزیستی می باشد.
جلسه سوم: توضیح در مورد شناسایی، تشخیص افکار و باورهایی که منجر به تخریب بهزیستی روانشناختی می گردند و آموزش گروهی و ارائه تکلیف خانگی انفرادی و فعالیتهای مرتبط به تک تک اعضا.
جلسه چهارم: بررسی افکار، باورها و نحوه خود نظارتی ثبت شده دفتر یادداشت روزانه افراد گروه به منظور شناسایی دقیقتر حوزه های بهزیستی افراد که تحت تاثیر افکار و باورها قرار گرفته می باشد.
جلسه پنجم: ادامه ی ترغیب اعضا در تشخیص افکار و باورهایی که موجب اختلال در بهزیستی فرد می شود، ارائه تکلیف طبقه بندی شده پیشرفته تر و تشویق و ترغیب اعضا در انجام تکالیف روزانه و همچنین، انجام برخی تکنیکها و مداخلات شناخت درمانی توسط درمانگر.
جلسه ششم: ادامه موضوع جلسه قبل و تاکید مجدد بر خودنظارتگری و ترغیب مجدد اعضا در جهت جستجو و همچنین درگیر شدن با تجارب خوشایند و فعالیتهای مطلوب.
جلسه هفتم: در این مرحله درمانگر به شناسایی دقیقتری از اختلال عملکرد و یا آشفتگی در هر یک از شش حوزه بهزیستی روانشناختی (بر اساس مدل ریف) افراد گروه نموده و به طور اختصاصی در همان حوزه های مشکل دار، مداخلات لازم جهت بازسازی شناختی و ارتقاء بهزیستی روانشناختی اعضا گروه را انجام می دهد.
جلسه هشتم: آموزش مختصر موضوعات تکمیلی و پیشرفته تر لازم بر اساس مدل ریف جهت دستیابی به بهزیستی روانشناختی بالاتر، مرور و جمع بندی پایان جلسات.

جدول ۲. ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۲)

محتوای جلسه
جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، بررسی وضعیت بیماری در هر یک از افراد گروه سالمندان و اقدامات انجام شده، ارزیابی کلی وضعیت افراد و سنجش شیوه های کنترلی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، معرفی کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزیابی میزان تمایل افراد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران، تنظیم قوانین گروهی. اجرای تمرین ذهن آگاهی: خوردن کشمش
جلسه دوم: توصیف افکار و نشانه ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود مشکل ساز است، تکلیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟ ارائه استعاره (مرد در گودال)، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع، تمرین ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه سوم: مروری بر جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینهها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشتهاند (درماندگی خلاق) توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم انکار، یأس، مقاومت و اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است نه مقطعی و سپس مشکلات و چالشهای پذیرش سالمندی مورد بحث قرار گرفت. استعاره: شخص در چاه - طناب کشی با هیولا
جلسه چهارم: مروری بر جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان. شیوه انتخابی افراد (کنترل افکار و هیجانات) راه حل نیست خود مسأله است. به تشریح رویدادهای قابل کنترل و غیرقابل کنترل پرداخته شد. تشریح قوانین کلامی، ارزیابی هزینههای تلاش برای کنترل افکار، طبقه بندی هزینهها. معرفی گسلس با تعریف افکار، باورها، احساسات و قضاوت و مدیریت آنها و دیدن رویدادهای درونی همانگونه که هستند نه به جهت کنترل یا حذف آنها. با این اقدامات سالمندان متوجه شدند که تا به حال چگونه و از چه شیوه هایی برای بیان افکارشان استفاده میکردند و این انتخابها چه پیامدهایی را در برداشته. استعاره: گفتگوی ذهن - مسافران اتوبوس
جلسه پنجم: مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از سالمندان؛ بررسی ارزشهای هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزشها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزشها بحث شد؛ اعضا مهمترین ارزشهایشان و موانع احتمالی در پیگیری آنها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزشها و اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقعگرایانه و همسو با ارزشهای شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهمترین ارزش هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها/ رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج
جلسه ششم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان 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). در این تمرینات، شرکت کنندگان میآموزند بر فعالیتهای خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانها، حسها و شناختها پردازش میشوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. یعنی میآموزند به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند.
جلسه هفتم: مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، عدم توانایی ما بر کنترل افکارمان و دست از جدال با افکار برداشتن، ذهنآگاهی و بودن در زمان حال. مروری بر تکالیف جلسه قبل. اعضا تدریجاً نامؤثر بودن کنترل را در حیطه های خاصی حس کرده بودند، هنگام معرفی مداخلات ذهن آگاهی، بهتر است اعضا با ماهیت اساسی این مهارت تا حدودی آشنا شوند مثال اینکه خود را به عنوان بیننده تلویزیون ببینند و با آگاهی کامل به نظاره تجارب لحظه به لحظه خود بپردازند و مهم در لحظه حال بودن آنهاست نه لذتبخش بودن تجربه درونی. تمرین فرونشانی فکر (استعاره دونات زله ای یا موز یا بستنی)، استعاره مهمان ناخوانده تمرین عینیت بخشی. از سالمندان درخواست شد چشمان خود را ببندند و به احساسات و حسهای بدنی خود متمرکز شود و به قسمتهایی که احساس ناامیدی یا ناراحتی دارد توجه کند. حال از او می خواهیم احساس خود را از خود جدا کند.
جلسه هشتم: مروری کلی بر مؤلفه های ششگانه رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بررسی مجدد علل زیربنایی رنج و مشکلات که عبارت بود از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیتهای مهم و ارزشمند زندگی، آموزش مباحث زندگی ارزشمدار و انتخاب. توضیح تمایز بین اهداف و ارزشها، همچنین سوالات اساسی سنجش اولیه ارزشها مطرح شد و از اعضا خواسته شد آنها را یادداشت کرده و تا جلسه بعد در موردشان فکر کنند. سوالات از این قرارند: بیشترین خواهشهای که از زندگی دارید چیست؟ چه کارهایی را خیلی دوست دارید انجام دهید؟ جمع بندی نهایی و اعلام پایان جلسات.

روش اجرا

پیش آزمون) و دو گروه آزمایشی در جلسات درمانی مربوطه (بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) هر کدام به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای شرکت نمودند و در مورد گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. هر سه گروه مجدداً پس از اتمام جلسات مداخله و یک ماه بعد از آن پرسشنامه مذکور را به عنوان پس آزمون و پیگیری تکمیل کردند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل شروع مداخلات، نسبت به دریافت رضایت از افراد شرکت کننده برای شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه ماندن مشخصات شخصی اقدام شد. همچنین شرکت کنندگان در پایان پژوهش، می توانستند در

در ابتدا طی یک جلسه معارفه با اعضاء، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد. افراد انتخاب شده به صورت تصادفی ساده و با روش قرعه کشی در گروه ها گمارش شدند. گروه آزمایشی اول تحت مداخله بهزیستی درمانی و گروه آزمایشی دیگر تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت. با توجه به ماهیت روش تحقیق آزمایشی، به منظور کنترل متغیرهای مزاحم، پژوهشگر مطمئن شد که آزمودنی ها قبلاً و در حین اجرای جلسات درمانی تحت هیچ گونه آموزش یا روند درمانی مشابه قرار نگرفته اند. سپس، هر سه گروه پرسشنامه احساس تنهایی را تکمیل کردند (مرحله

یافته ها

میانگین گروه سنی گروه کنترل ۷۱/۵۲، بهزیستی درمانی، ۷۰/۱۷ و درمان پذیرش و تعهد ۷۱/۹۸ بود. در گروه کنترل، بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد به ترتیب ۱۰، ۱۲ و ۱۱ زن حضور داشتند. در جدول ۳ به میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در مقیاس احساس تنهایی در طی مراحل درمان پرداخته شده است.

جدول ۳. میانگین انحراف استاندارد نمرات هر سه گروه در احساس تنهایی در طی مراحل درمان

گروه	پیش آزمون (انحراف استاندارد)	پس آزمون (انحراف استاندارد)	پیگیری (انحراف استاندارد)
بهزیستی درمانی	۶۱/۷۵ (۳/۸۹)	۳۰/۵۵ (۳/۹۹)	۳۱/۹۵ (۴/۱۱)
گروه درمان پذیرش و تعهد	۵۶/۴۵ (۳/۵۷)	۳۲/۴۵ (۳/۵۶)	۳۰/۷۵ (۳/۳۶)
کنترل	۶۰/۹۰ (۴/۲۷)	۵۸/۵۵ (۴/۰۹)	۵۸/۷۰ (۳/۹۷)

اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده ها بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری پیش فرض همگنی واریانس ها برای متغیر احساس تنهایی بود ($p = 0/29$, $F = 0/67$). نتایج آزمون چندمتغیره در جدول ۴ آورده شده است. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی نمره احساس تنهایی را بر حسب زمان و نیز اثرات تعاملی گروه و زمان به طور جداگانه مورد مقایسه قرار می دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون چندمتغیره نمره احساس تنهایی

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	η^2
زمان	۰/۴۴	۲۶/۱۸	۲	۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱
گروه × زمان	۰/۵۲	۹/۰۶	۴	۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹

آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی بررسی می شود. اما قبل از آن نیاز است تا مفروضه آزمون کرویت موخلی - بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا - آزمون شود که نتایج آن نشان داد که این فرض در مورد احساس تنهایی رعایت نشده است ($P < 0/05$) و بر این اساس از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد.

صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسش نامه خود آگاه شوند. همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری، چند جلسه آموزشی برای گروه کنترل اجرا گردید. برای تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

همانگونه که در جدول ۳ قابل مشاهده است، بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد موجب کاهش نمره احساس تنهایی شده است و در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری قابل مشاهده نیست. در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر به مقایسه تفاوت نمرات احساس تنهایی بر حسب موقعیت بین گروهی و درون گروهی پرداخته شد. قبل از آن پیش فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف -

آن چنان که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین نمره احساس تنهایی در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بخش دوم نتایج این جدول نشان می دهد که بین اثر گروه و زمان تعامل وجود دارد و به عبارت دیگر، نمره احساس تنهایی در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بعد از اینکه مشخص شد بین سه بار اجرا (پیش آزمون، پس

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نمره احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	η^2
زمان	۵۹۱۰/۸۳	۱/۷۷	۳۳۳۹/۴۵	۴۳/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
گروه × زمان	۲۲۸۱/۳۲	۳/۵۴	۶۴۴/۴۴	۸/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵
گروه ها	۵۰۷۹/۳۱	۲	۲۵۳۹/۶۵	۲۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴

در جدول ۵ آزمون اثرهای درون گروهی نشان داده شده است. همانطور که در جدول بالا مشخص شده است، اثر زمان ($F=۴۳/۵۰$, $P=۰/۰۰۱$) معنادار است و بین سطح احساس تنهایی در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر ($F=۸/۹۲$, $P=۰/۰۰۱$) معنادار است. بنابراین میزان

جدول ۵ آزمون اثرهای درون گروهی نشان داده شده است. همانطور که در جدول بالا مشخص شده است، اثر زمان ($F=۴۳/۵۰$, $P=۰/۰۰۱$) معنادار است و بین سطح احساس تنهایی در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است؛ که این اثر ($F=۸/۹۲$, $P=۰/۰۰۱$) معنادار است. بنابراین میزان

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی تفاوت سه گروه در سه مرحله آزمایش در احساس تنهایی

مقایسه گروه ها	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
بهبودی درمانی - کنترل	۲۵/۷۸	۱/۹۴	۰/۰۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد - کنترل	۲۲/۴۱	۱/۹۴	۰/۰۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد - بهبودی درمانی	۲/۰۷	۱/۹۴	۰/۰۷
مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
پس آزمون - پیش آزمون	۲۷/۶۳	۱/۸۵	۰/۰۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	۲۶/۲۱	۱/۸۱	۰/۰۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	۱/۲۴	۱/۱۹	۰/۶۱

نشده است ($P>۰/۰۵$).

بحث

نتایج این آزمون نشان می دهد که تفاوت بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه بهبودی درمانی با گروه کنترل در احساس تنهایی به ترتیب ۲۵/۷۸ و ۲۲/۴۱ بوده که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=۰/۰۰۱$). تفاوت نمرات بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه بهبودی درمانی ۲/۰۷ بود که این مقدار از نظر آماری معنادار نبود ($P>۰/۰۵$). این بدین معنی است که میزان اثربخشی گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه بهبودی درمانی بر بهبود احساس تنهایی نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری دارد و این بهبودی مربوط به دو گروه آزمایش است ولی بین اثربخشی دو گروه تفاوتی معنادار وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت بین مراحل سه گانه نشان داد که تفاوت نمرات متغیر وابسته در پس آزمون با پیش آزمون ۲۷/۶۳ و در پیگیری با پیش آزمون ۲۶/۲۱ است که این مقدار از نظر آماری نیز تایید شده است ($P=۰/۰۰۱$). تفاوت نمرات احساس تنهایی در زمان پیگیری با پس آزمون ۱/۲۴ بوده که این مقدار از نظر آماری تایید

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بهبودی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی در سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که بهبودی درمانی در کاهش احساس تنهایی سالمندان اثربخش است. یافته برخی از مطالعات دال بر اثربخشی بهبودی درمانی در کاهش مشکلات عاطفی و هیجانی و افزایش سطح سلامتی و بهبودی روانشناختی است. Fava و همکاران (۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که بهبودی درمانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در کاهش اضطراب اثربخشی معناداری دارد. Golestanifar & DashtBozorgi (۱۹) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی دو روش درمان پذیرش و تعهد و بهبودی درمانی در بهبود امید به زندگی و سلامت روان شناختی در بیماران افسرده غیربستری سالمند پرداختند و نشان دادند که هر دو مداخله در افزایش امید به زندگی و سلامت روان شناختی سالمندان

تجربه عواطف و هیجانات منفی می گردد خود را برهاند و افکار و شناخت مثبت تر و کارآمدتری را نسبت به خود و جهان اطراف داشته باشند و بدین ترتیب ظرفیت روانی خود را ارتقاء داده و سلامت روان خود را حفظ کنند. افکار و شناخت مثبت حاصل از بهزیستی درمانی می تواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راههای مناسب و خلاقانه در جهت پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده نماید (۱۷). همچنین خودآگاهی نیز متغیری است که در اثر آموزش بهزیستی درمانی در افراد تقویت می شود و یکی از اساس های این روش درمانی پرورش هدف و معنا در زندگی است (۲۰) که در مورد افراد سالمند که در معرض احساسات منفی همچون ناامیدی، یأس و احساس پوچی قرار دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین بهزیستی درمانی با کمک به فرد برای رشد و تحول فردی می تواند با ایجاد سلامت ذهنی و خلق مثبت در افراد سالمند، آنها را در کنار آمدن مؤثر با مشکلات و نارسایی هایی که با آن مواجهه هستند، توانمند ساخته و مهارت حل مسئله، جستجوی حمایت اجتماعی و انگیزه برای پرداختن به رفتار ارتقاء دهنده سلامت را در آنها تسهیل سازد. این فرایند افراد سالمند را در کنار آمدن سازگاران با فشارهای روانی یاری می دهد و بنابراین این افراد بجای اجتناب از مصائب و سختی هایی که با آن روبرو هستند، به نحو فعال با این امور مواجهه شده و با مشارکت در شبکه های حمایت اجتماعی خود را از لحاظ روانی تجهیز ساخته و به توانمندی خود برای مقابله موثرتر می افزایند که این موارد در نهایت با کاهش احساس تنهایی همراه است.

همچنین نتایج نشان مطالعه حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی در سالمندان اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات Najjari و همکاران (۲۵)، Wynne و همکاران (۲۶) و Mahmoudpour و همکاران (۲۷) همسو است. Najjari و همکاران (۲۵)، در مطالعه ای نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش احساس تنهایی و سازگاری روانشناختی در زنان با تجربه طلاق اثربخش است. Wynne و همکاران (۲۶) در بررسی خود نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر در کاهش استرس روانشناختی موثر است. Mahmoudpour و همکاران (۲۷) در مطالعه ای نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان با تجربه طلاق در بهبود مهارت تنظیم هیجان و کاهش احساس تنهایی اثربخش است.

مؤثر هستند. Khazaei و همکاران (۲۰) در بررسی خود نشان دادند که بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان شناختی زنان خانه دار مؤثر است. در تبیین این یافته پژوهش باید گفت که بهزیستی درمانی بر این فرض استوار است که طبیعت انسان و فرایندهای روانی درونی بیش از وقایع و تجربیات مثبت به یادآوری و مرور تجارب و احساسات منفی گرایش دارد به طوری که انسانها در پردازش اطلاعات محیطی اغلب به سوی دریافت و پردازش اطلاعات منفی و ناخوشایند کشیده می شوند و حتی ممکن است رویدادهای مثبت و یا خنثی را نیز به صورت ناراحت کننده تفسیر کنند (۱۴). بنابراین ذات انسان به خودی خود مستعد ایجاد رنج و ناراحتی برای خود می باشد و این روند در شرایط بیماری، ناتوانی و سالمندی که فرد در معرض آسیب و شکنندگی قرار دارد، شدت می یابد. بر همین اساس بهزیستی درمانی با تاکید بر اصول استقلال عمل، روابط بین فردی مناسب و داشتن یک زندگی هدفمند فرد را به سوی رشد شخصی و شکوفایی استعدادهای ذاتی خود سوق می دهد (۱۵). رشد فردی و بروز پتانسیل های درونی گویای نزدیکی هرچه بیشتر فرد به واقعیت درون خود و دستیابی به خود ایده آلی است که زمینه تجربه هیجانات مثبت را در فرد تسهیل می کند (۱۶). هیجانات و عواطف مثبت، موجب تغییر رفتار و تداوم فعالیتهای هدفمند می شود و افراد را برمی انگیزاند تا با محیط پیرامون خود درگیر شوند. افراد سالمند به دلیل ناتوانی جسمی و بیماری با محدودیتهای بسیاری مواجهه هستند که آنها را مجبور به کناره گیری از اجتماع و انزوا از دیگران می سازد و این در دراز مدت زمینه ساز احساس تنهایی، افسردگی و تبعات ناشی از آن است (۱۷). بنابراین بهزیستی درمانی در افراد سالمند با ایجاد عواطف مثبت در آنها همچون امید و انگیزه و شادابی، به آنها کمک می کند تا بر نارسایی و ضعف های جسمی و روانی خود غلبه کنند و درگیر فعالیتهای مختلف از جمله روابط بین فردی ثمربخش شوند و بدین طریق بر احساس تنهایی فائق آیند (۱۸). به ویژه سرزندگی، خوش بینی و امید می تواند از پیامدهای مثبت بهزیستی درمانی باشد و این عواطف مثبت در تقابل با شاخص های آسیب شناختی روانی رایج در سالمندان از جمله افسردگی و اضطراب قرار گرفته و این می تواند با ایجاد آرامش روانی موجب بهبود احساس تنهایی در آنها گردد (۱۹). افراد سالمندی که بهزیستی درمانی را دریافت کرده اند می توانند از افکار ناکارآمدی که موجب

از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به دشواری در جلب همکاری سالمندان برای شرکت در مداخلات و حفظ انگیزه آنها برای تداوم همکاری و مشارکت در جلسات اشاره نمود. محدود بودن مطالعه بر روی سالمندان ساکن در خانه سالمندان نشاط شهر مشهد نیز از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر است که تعمیم نتایج را دشوار می سازد. همچنین عدم کنترل اثر متغیرهای مداخله کننده ای مانند سن و جنسیت و وضعیت بیماری نیز از دیگر محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی بر روی گروه وسیعتر سالمندان و با در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مداخله گر همچون سن و جنسیت انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود تا در مطالعات بعدی، تأثیر بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر سایر متغیرهای روانشناسی و بالینی مربوط به سالمندان درمانی نیز بررسی شود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، بهزیستی درمانی با تمرکز بر شش بعد پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران و درمان پذیرش و تعهد با تقویت انعطاف پذیری روانشناختی و افزایش توانایی سالمندان در ارتباط با تجربه شان در زمان حال، در کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر بودند. بر این اساس پیشنهاد می شود تا متخصصان سلامت روان به طراحی و بکارگیری مداخلات مبتنی بر ارتقای سطح بهزیستی روانشناختی و درمان پذیرش و تعهد در افراد سالمند بپردازند تا این افراد را در راستای ارتقای سلامت روان یاری برسانند.

سیاسگزار

این مقاله برگرفته از رساله دکترا و تأیید شده با کد IR.IAU.MSHD.REC.1399.127 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

بر اساس اصول درمان پذیرش و تعهد، یکی از دلایلی که بر سلامت روان افراد تأثیر منفی دارد، قضاوت در مورد فرایندهای درونی و بنابراین اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده است که خود موجب تشدید این احساسات و هیجانات منفی می شود. درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش ذهن آگاهی به افراد کمک می کند تا با تقویت حضور در لحظه و مشاهده گری بدون قضاوت، توجه کامل خود را به موقعیت های موجود بسپارند، بدون این که قضاوتی داشته باشند (۲۲). مهارت حضور در لحظه و مشاهده فرایندهای درونی بدون قضاوت آنها، ضمن کاهش علائم روانی از جمله احساس ترس تنهایی می تواند موجب افزایش میزان سازگاری فرد با مشکلات و نارسایی هایی شود که وی ناچار است با آنها کنار بیاید و این مسئله در مورد سالمندان به عنوان افرادی که به واسطه شرایط خود از ضعف و ناتوانی بسیاری رنج می برند، حائز اهمیت است. در درمان پذیرش و تعهد با ترغیب افراد برای اجتناب نکردن از تجارب درونی، به آنها کمک می شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر مشاهده و تجربه کنند و همچنین نواقص را به عنوان یک تجربه عمومی بپذیرند که این با افزایش انعطاف پذیری همراه است (۲۳). در این درمان به فرد کمک می شود تا به جای هم جوشی شناختی با افکار منفی و تلاش برای تغییر آنها، خزانه رفتاری خود را در جهت ارزش ها گسترش دهد و با تمرینات مرتبط با تصریح ارزش ها و اولویت بندی آنها، در راستای ارزش های انتخاب شده و دست یافتن به اهداف خود حرکت کند و با داشتن یک زندگی هدفمند، بر احساس تنهایی و ناامیدی غلبه کند (۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به سالمندان کمک کرد تا آنها تجارب درونی خود و از جمله نواقص و نارسایی های مانند ناتوانی جسمی و محدودیت اجتماعی را به عنوان یک فرایند درونی تجربه کنند و به جای قضاوت این تجارب و پاسخ به آنها، به ارزش های زندگی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند. در این درمان تمرینات تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز ترغیب افراد به شناسایی و دنبال کردن ارزش ها و اهداف خود در زندگی، همگی منجر به افزایش میزان سازگاری فردی-اجتماعی، داشتن یک زندگی با معنا، گسترش روابط اجتماعی، خوش بینی و اعتماد به نفس در سالمندان شد که تمام این عوامل می توانند فاکتوری مهم در کاهش احساس تنهایی باشند (۲۶).

References

- Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of "elderly". *Geriatrics & gerontology international*. 2006 Sep;6(3):149-58. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>
- Tajvar M, Grundy E, Fletcher A. Social support and mental health status of older people: a population-based study in Iran-Tehran. *Aging & mental health*. 2018 Mar 4;22(3):344-53. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1261800>
- Ghasemyani S, Jafari M, Teymourlouy AA, Fadayevatan R. Components of elderly long-term care system in Iran and selected countries: A comparative study. *Health Scope*. 2021 Aug 31;10(3). <https://doi.org/10.5812/jhealthscope.109140>
- van Hoof J, van den Hoven RF, Hess M, van Staalduinen WH, Hulsebosch-Janssen LM, Dikken J. How older people experience the age-friendliness of The Hague: A quantitative study. *Cities*. 2022 May 1;124:103568. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2022.103568>
- Nezamdoost Sedehi M, Borjali A, poursharifi h, Kraskian Mujembari A, Seirafi M. The Relationship between Hope and Sense of Coherence with Psychosocial Well-being among Older People: Mediating Role of Attitude toward death. *Aging Psychology*. 2018;4(3):79-95.
- Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018 Jul 1;113:80-4. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, Morrissey EC. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013632>
- Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 2020 Aug 24;49(5):748-57. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2018 Mar 1;75:96-103. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.11.004>
- Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An evaluation of a low-intensity cognitive behavioral therapy mHealth-supported intervention to reduce loneliness in older people. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Jan;16(7):1305. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071305>
- Wormald AD, McCallion P, McCarron M. The antecedents of loneliness in older people with an intellectual disability. *Research in developmental disabilities*. 2019 Feb 1;85:116-30. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.11.009>
- Burns A, Leavey G, Ward M, O'Sullivan R. The impact of loneliness on healthcare use in older people: evidence from a nationally representative cohort. *Journal of Public Health*. 2020 Jun 22:1-0. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.620264>
- Querstret D, Morison L, Dickinson S, Cropley M, John M. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*. 2020 Nov;27(4):394. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, Sirigatti S. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(1):26-30. <https://doi.org/10.1159/000082023>
- Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2003 Mar 1;34(1):45-63. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(03\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(03)00019-3)
- Fava GA. Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1999;68(4):171-9. <https://doi.org/10.1159/000056249> <https://doi.org/10.1159/000012329>
- Ruini C, Fava GA. Clinical applications of well-being therapy. *Praise for Positive Psychology in Practice*. 2004:463. <https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch23>
- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, Sirigatti S. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(1):26-30.

- <https://doi.org/10.1159/000082023>
19. Golestanifar S, DashtBozorgi Z. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Well-being Therapy on Life Expectancy and Psychological Health in Elderly Nonclinical Depressed Patients. *JRUMS*. 2021; 20 (3) :297-312
<https://doi.org/10.52547/jrums.20.3.297>
 20. Khazaei A, Shamsipour H, Davazdah Emamy MH. The effectiveness of Group well-being Therapy on marital satisfaction And psychological well-being among housewives. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2018 Dec 10;5(5):43-52.
<https://doi.org/10.29252/shenakht.5.5.43>
 21. Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020 Oct 1;18:181-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
 22. Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Jan 1;260:728-37.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
 23. Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*. 2018;11:2145.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S144631>
 24. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*. 2018 Jan 11;8:2350.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>
 25. Najjari F, Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad MR. The effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on loneliness and psychological adjustment in women after divorce. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2017 Oct 10;5(3):68-75.
 26. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2019 Mar 1;156(4):935-45.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.11.030>
 27. Mahmoudpour A, Rayesh N, Ghanbarian E, Rezaee M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional regulation and loneliness of divorced women in Iran. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2021 Oct;47(4):831-42.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12492>
 28. Javanbakht Z, Manshey G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Treatment on Meaning of Life and Feeling Lonely of Adolescents in the Alternative Care Center. *Quarterly journal of social work*. 2017 Mar 10;5(4):39-2.
 29. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980 Sep;39(3):472.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
 30. Zarei S, Memari AH, Moshayedi P, Shayestehfar M. Validity and reliability of the UCLA loneliness scale version 3 in Farsi. *Educational Gerontology*. 2016 Jan 2;42(1):49-57.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065688>
 31. Fava GA. *Wellbeing Therapy: Treatment Protocols and Clinical Applications* (translated by H. Nejat). Mashhad: Farangizesh; 2018.
 32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press; 2011.