

# Determining the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Clients of Tehran Day Rehabilitation Centers

Somayeh. Azimi<sup>1</sup>, Satar. Keikhavani<sup>2\*</sup>, Vahid. Ahmadi<sup>1</sup>, Sareh. Mirshekar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, I.I.C. Islamic Azad University, Ilam, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

\* Corresponding author email address: skaikhavani@yahoo.com

## Article Info

### Article type:

Original Research

### How to cite this article:

Azimi, S., Keikhavani, S., Ahmadi, V., & Mirshekar, S. (2025). Determining the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Clients of Tehran Day Rehabilitation Centers. *Longevity*, 3(1), 1-17.

<https://doi.org/10.61838/kman.longevity.3.1.2>



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## ABSTRACT

The aim of the present study was to determine the effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the psychological flexibility of elderly individuals attending rehabilitation centers. The research method was quasi-experimental, using a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population consisted of all elderly individuals who attended day rehabilitation centers in Tehran during the first half of 2024. From this population, 90 individuals who met the inclusion and exclusion criteria were purposefully selected and randomly assigned through a lottery method to three groups of 30 people: two experimental groups (Reality Therapy and ACT) and one control group. Participants completed the Cognitive Flexibility Inventory developed by Dennis and Vander Wal (2010) during the pretest, posttest, and follow-up phases. The Reality Therapy protocol, based on the principles of Glasser's Reality Therapy (2003), was administered over eight 90-minute sessions across two months. The ACT protocol, adapted from the principles of Acceptance and Commitment Therapy by Hayes et al. (2012), was also conducted in eight 90-minute sessions over the same period. The research data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA). The results revealed significant differences between the Reality Therapy and ACT groups compared to the control group at both the posttest and follow-up stages ( $p < .05$ ), indicating the effectiveness of both therapeutic approaches in enhancing psychological flexibility. Furthermore, a significant difference was observed between the two experimental groups at both the posttest and follow-up stages ( $p < .05$ ), and the comparison of means suggested greater effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy.

**Keywords:** Psychological flexibility, Acceptance and Commitment Therapy, elderly, Reality Therapy.

## Extended Abstract

### Introduction

Aging is a natural developmental process marked by physical, psychological, and social transformations that can challenge an individual's adaptive capacity (de Almeida Roediger et al., 2019; Pruchno, 2021). As the global population rapidly ages, projections indicate that the number of individuals over 65 will double within the next four decades (Fotoukian et al., 2013). While the onset of old age is defined differently across contexts—from mid-40s in some nations to 70s in others—it consistently entails a range of losses that can impair well-being (Curto et al., 2019). Cognitive flexibility, a key executive function involving adaptive thought patterns and behavioral adjustments in changing circumstances, declines with age and becomes crucial in determining psychological health in older adults (Moini et al., 2023; Tootak & Abedanzadeh, 2021). It allows for perspective shifts, tolerance for ambiguity, and the ability to disengage from unproductive cognitive sets (Dajani & Uddin, 2015; Entezari et al., 2018)—a capacity significantly linked to resilience and stress management (Ghiasabadi Farahani, 2021; Ota et al., 2020; Ram et al., 2019).

In the context of geriatric mental health, therapeutic approaches that enhance psychological flexibility are increasingly important. Reality Therapy (RT), rooted in Glasser's choice theory, emphasizes internal control, accountability, and fulfilling five basic human needs: love and belonging, power, freedom, fun, and survival (Glasser, 2003; Shishefar, 2017). RT encourages individuals to confront their ineffective behaviors and adopt responsible alternatives, which can lead to greater psychological well-being and satisfaction (Habibi et al., 2018). In parallel, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)—a third-wave behavioral approach—targets psychological inflexibility through mindfulness, cognitive defusion, and value-driven action (Klimczak & Levin, 2023; Mottaghi et al., 2022). ACT's foundation in Relational Frame Theory facilitates openness to internal experiences, counteracting cognitive fusion and experiential avoidance (Falletta-Cowden & Hayes, 2022).

Empirical evidence supports the use of RT and ACT in various populations to foster psychological flexibility. For instance, RT has been linked to enhanced self-regulation and positive self-image through restructuring mental representations (Mazaheri Tehrani et al., 2022), while ACT interventions have effectively reduced rigidity and distress in student and clinical samples (Hsu et al., 2023; Oraki, 2018). Studies comparing these approaches among women with chronic conditions, such as multiple sclerosis and diabetes, suggest ACT may offer more sustained benefits due to its emphasis on present-moment awareness and committed action (Sepas, 2022; Zandi et al., 2023). Given the limited research on elderly populations in this context, the present study aims to evaluate and compare the effectiveness of RT and ACT on psychological flexibility in older adults attending day rehabilitation centers in Tehran.

### Methods and Materials

This quasi-experimental study utilized a pretest-posttest-follow-up design with a control group. The statistical population comprised elderly individuals attending Tehran's day rehabilitation centers in early 2024. From this group, 90 participants meeting inclusion criteria (aged 65–80, literate, low baseline scores on flexibility and social adjustment scales) were selected through purposive sampling. They were randomly assigned to three groups of 30: Reality Therapy, ACT, and control. The Cognitive Flexibility

Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010), which includes two subscales—Alternatives and Control—was administered at all three time points.

Reality Therapy was conducted based on Glasser's model over eight 90-minute weekly sessions. Core components included identifying needs, evaluating behaviors, developing responsibility, and practicing decision-making and relaxation strategies. The ACT protocol, derived from Hayes et al. (2012), also consisted of eight 90-minute sessions emphasizing acceptance, mindfulness, value clarification, and committed action. Both interventions spanned two months. Data analysis was conducted using repeated measures ANOVA, with follow-up Bonferroni tests and appropriate checks for statistical assumptions. Ethical guidelines were strictly followed, and informed consent was obtained from all participants.

## Findings and Results

Demographically, the majority of participants in all three groups were male, with most aged between 65–75 years and possessing elementary education. Repeated measures ANOVA revealed significant time effects on psychological flexibility scores in both intervention groups ( $p < .001$ ), with effect sizes exceeding  $\eta^2 = .98$ , indicating large effects. Interaction effects between time and group were also statistically significant ( $p < .001$ ), demonstrating that changes over time differed between experimental and control groups.

Pairwise comparisons showed no significant difference between groups at the pretest stage ( $p > .05$ ), affirming baseline equivalence. At posttest and follow-up, however, both Reality Therapy and ACT groups exhibited significantly higher psychological flexibility compared to the control group ( $p < .001$ ). Furthermore, ACT was significantly more effective than Reality Therapy at both posttest and follow-up ( $p < .001$ ), suggesting a stronger impact of ACT on enhancing psychological flexibility in elderly participants.

## Conclusion

The findings of this study underscore the effectiveness of both Reality Therapy and ACT in improving psychological flexibility among older adults, with ACT showing superior outcomes. The enhancement in flexibility through Reality Therapy can be attributed to its focus on empowering individuals to recognize their control over behavior and decision-making. This aligns with the theoretical assumption that psychological distress often arises from ineffective choices made in the quest to fulfill unmet needs. By re-evaluating desires and behavior, individuals can replace maladaptive patterns with more functional responses, leading to greater life satisfaction and resilience.

These outcomes corroborate prior research emphasizing the utility of Reality Therapy in promoting self-responsibility and reducing external blame, thereby enhancing adaptive coping. The approach's stress on internal control and behavior change equips older adults with practical skills for addressing emotional and cognitive rigidity, which often accompanies aging. The observed improvements support Glasser's choice theory, which posits that behavior change follows from personal choice and accountability, fostering a more satisfying and autonomous life.

The greater efficacy of ACT may stem from its dual emphasis on acceptance and mindfulness. Unlike traditional cognitive interventions that aim to alter thought content, ACT encourages individuals

to embrace internal experiences without resistance, thereby diminishing the struggle against distress. This open, nonjudgmental stance allows for more flexible psychological functioning. Moreover, ACT's integration of value-driven behavior appears particularly relevant to elderly individuals navigating existential challenges and role transitions. By aligning actions with deeply held personal values, participants likely experienced increased coherence and meaning in life, contributing to enhanced psychological flexibility.

Furthermore, ACT's unique use of metaphors and experiential exercises may have facilitated deeper insight and commitment to behavioral change. The emphasis on defusion and present-focused awareness likely supported participants in distancing themselves from rigid cognitive patterns. The capacity to tolerate discomfort and reframe experiences could explain the robust post-intervention gains. These mechanisms are especially pertinent for older adults dealing with physical limitations, loss, and identity shifts. Through ACT, participants may have developed a greater capacity for psychological adaptation, enabling them to construct a life worth living despite adversity.

In summary, both Reality Therapy and ACT proved effective in improving psychological flexibility in elderly clients, with ACT demonstrating a comparatively greater impact. These results highlight the value of incorporating structured, evidence-based therapeutic interventions in geriatric mental health services. By fostering adaptability, emotional openness, and purposeful engagement, such approaches can significantly enhance the well-being and quality of life of aging populations.

### **Conflict of Interest**

There is no conflict of interest in conducting the present study.

### **Acknowledgments**

We sincerely thank all who participated in this study.

### **Authors' Contributions**

All authors contributed equally to the writing of this article.

### **Ethical Considerations**

This study was conducted in full compliance with ethical principles in writing and publishing scientific articles.

### **Data Transparency**

The data and sources used in this study will be made available upon request from the corresponding author, in compliance with copyright regulations.

### **Funding**

This research received no financial support.

## تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران

سمیه عظیمی<sup>۱</sup>، ستار کیخاونی<sup>۲\*</sup>، وحید احمدی<sup>۱</sup>، ساره میرشکار<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران  
 ۲. گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

\* ایمیل نویسنده مسئول: skaikhavani@yahoo.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

عظیمی، سمیه، کیخاونی، ستار، احمدی، وحید، و میرشکار، ساره. (۱۴۰۴). تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران. طول عمر، ۳(۱)، ۱-۱۷.



© ۱۴۰۲ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی سالمندان مراکز توانبخشی بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بودند که از میان آنها تعداد ۹۰ نفر با رعایت ملاک های ورود و خروج از پژوهش به روش هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده و قرعه کشی در سه گروه ۳۰ نفری شامل دو گروه آزمایش رویکرد واقعیت درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه قرار گرفتند. شرکت کننده ها جهت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری "سیاهه انعطاف پذیری شناختی" دنیس و واندر (۲۰۱۰) پاسخ دادند. پروتکل واقعیت درمانی برگرفته از اصول واقعیت درمانی طرح شده از گلاسر (۲۰۰۳) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بمدت زمان دوماه انجام شد. پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بمدت زمان دوماه انجام شد. داده های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین گروه های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ ) که نشان دهنده تاثیر این دو روش درمانی بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی بود. در دو مرحله پس آزمون و پیگیری بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت ( $P > 0/05$ ) و مقایسه میانگین ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

کلیدواژه‌گان: انعطاف پذیری روان شناختی، درمان پذیرش و تعهد، سالمندان، واقعیت درمانی

"سالمندی" (elderly) فرآیند تغییرات طبیعی ناشی از گذشت زمان است، که با تولد آغاز و در طول زندگی ادامه پیدا می کند (Pruchno, 2021). افراد مسن، به طور کلی با توجه به طیف وسیعی از ویژگی ها از جمله سن، تغییر در نقش اجتماعی و تغییرات در توانایی های عملکردی تعریف می شوند (de Almeida Roediger et al., 2019). سالمندی از پدیده های مطرح در عرصه بهداشت و سلامت جهانی است با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شود (Fotoukian et al., 2013). در بیشتر کشورهای توسعه یافته غربی، آغاز سن پیری از ۶۰ تا ۶۵ سال است؛ با این حال، کشورها و جوامع مختلف، شروع سن پیری را از اواسط ۴۰ تا ۷۰ سالگی در نظر می گیرند که این امر براساس میزان پیشرفته بودن کشورها متغیر است (Curto et al., 2019). سالمندی یکی از مراحل پرچالش زندگی و مجموعه پیچیده ای از تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی است که افراد سالمند با آن روبه رو می شوند و بار سنگینی برای عملکرد روانی اجتماعی و سلامت روانی آن ها به شمار می آید. سالمندی یکی از مراحل مهم در چرخه زندگی به شمار می رود و همین امر سبب می شود تا توجه به ابعاد مختلف زندگی سالمندان و تلاش برای ارتقای سطح سازگاری آن ها شایان توجه و اهمیت وافر قرار گیرد (Moini et al., 2023).

در فرایند سالمندی طبیعی، فرایندهای شناختی تحلیل می یابند. "انعطاف پذیری شناختی" (cognitive flexibility) به عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی و روانی در شرایط خطرناک است و با افزایش سن کاهش می یابد (Tootak & Abedanzadeh, 2021). منظور از "انعطاف پذیری شناختی" که حدود چهاردهه است محققان به آن توجه کرده اند، توانایی تغییر آمیاهای شناختی به منظور سازگاری با محرک های در حال تغییر محیط است و می تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (Entezari et al., 2018). انعطاف پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد و یک صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می دهد ایده های چندگانه را بپذیرد، در صورت لزوم، شناخت خویش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی پاسخ مناسب بدهد (Dajani & Uddin, 2015). انعطاف پذیری شناختی جنبه مهمی از عملکرد اجرایی تلقی می شود که توانایی انطباق مؤثر با تکالیف متغیر تعریف می گردد. با توجه به تغییر دائمی محیط، نیازها و اهداف، انعطاف پذیری شناختی به عنوان عاملی بسیار مهم در بقا شناخته می شود. انعطاف پذیر بودن در دستیابی به موفقیت و اهداف در هنگامه روبرو شدن با دشواری و مشکلات اثرگذار است (Ghiasabadi Farahani, 2021). میزان انعطاف پذیری شناختی افراد در میزان بروز آسیب ها و سطح عملکرد اجتماعی آن ها بسیار تعیین کننده است. افرادی که توانایی تفکر انعطاف پذیر را دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می کنند و موقعیت های چالش برانگیز یا رویدادهای استرس زا را می پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف پذیری کمی دارند، از نظر روان شناختی تاب آوری بالاتری دارند (Ram et al., 2019). انعطاف پذیری به سالمندان کمک می کند با منعطف ماندن از نظر روانی، الگوهای فکری و رفتاری را ایجاد کنند. به جای گیر افتادن در فرایندها و رفتارهای سفت و سخت که مشکلات را بدتر و پیچیده تر می کند، افراد می توانند به روش های سازگاران تر پاسخ دهند. این نه تنها به افراد کمک می کند تا به چالش ها بهتر پاسخ دهند، بلکه به آن ها کمک می کند تا با شکست ها در صورت وقوع، کنار بیایند (Ota et al., 2020).

یکی از جدیدترین درمان ها در حوزه سالمندی که می تواند بر سلامت روانی احساس ارزشمندی و سلامت اجتماعی آن تأثیرگذار باشد "واقعیت درمانی" (Reality Therapy) است. در این بین، "واقعیت درمانی" با تأکید بر مسئولیت پذیری و اصول انتخاب، به سالمندان کمک می کند تا انتخاب های مناسبی داشته باشند و متوجه باشند که می توانند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی رهایی یابند. در واقع افراد از طریق انتخاب های مناسب، مسئولیت رفتارشان را به عهده می گیرند (Shishefar, 2017). "واقعیت درمانی" مجموعه ای

از روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به سالمندان، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های مخرب به سازنده، و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود. در این رویکرد، به دست آوردن کنترل روی انتخاب‌ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب‌ها و برآورد نیازها موضوع درمان قرار دارد. واقعیت درمانی به فرد کمک می‌کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخاب‌هایش روبرو شود و درک کند که خود (نه دیگران و دنیا) در مشکلاتش نقش دارد. اوست که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند (Glasser, 2003). هدف اصلی واقعیت درمانی تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا رفتار غیرمسئولانه انسان موجب ناراحتی او می‌شود. این درمان می‌تواند سلامت روانی سالمندان را از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجرب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر هیجانات منفی را بهبود بخشیده است. سالمندان نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند قدرت سازگاری و توان مقابله‌ی خود را حفظ نمایند. این درمان به سالمندان کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود (Habibi et al., 2018).

"درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" (acceptance and commitment based therapy) از درمان‌های موج سوم رفتاری است و سازوکار اصلی درگیر در تأثیر درمان پذیرش و تعهد، مربوط به تأثیری است که این درمان بر انعطاف‌پذیری روانی دارد. هدف اولیه این درمان افزایش سازگاری یا کاهش تأثیر راهبردهای مهارگری نامؤثر و حمایت از تغییر رفتار مبتنی بر ارزش‌هاست. نظریه پردازان این رویکرد بر این باور هستند که آسیب روانی با تلاش برای مهار کردن یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. درمان پذیرش و تعهد همچنین، طرفدار پذیرش تجربه‌های درونی است، زیرا اعتقاد دارد اجتناب از تجربیات دردناک منجر به رنج بیشتر بشر می‌شود، در حالی که با یافتن معنا در رنج‌ها، کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد (Mottaghi et al., 2022). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه‌های محکمی در سنت‌های رفتاری دارد و بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی بنا شده است. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر شکل یا فراوانی تجربه‌های درونی (افکار، احساسات) بر تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها تمرکز می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهایی که در بطن خود دارد می‌تواند به فرد کمک کند در عوض اجتناب و سرکوب هیجان‌های ناخوشایند آن‌ها را بپذیرند و سپس به تنظیم آن‌ها پردازند؛ بدین ترتیب، این درمان مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (Klimczak & Levin, 2023). طبق دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به وسیله دو فرایند مرتبط با هم ایجاد می‌شود که عبارتند از: آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای. آمیختگی شناختی به درگیری در محتوای رویدادهای خصوصی برمی‌گردد. به جای توجه به فرایند مداوم تفکر و احساس، آمیختگی شامل وابستگی به محتوای رویدادهای خصوصی و پاسخ به محتوا به صورتی است که انگار واقعیت دارد. به همین ترتیب، آمیختگی شناختی به اجتناب تجربه‌ای یا تمایل نداشتن به تجربه رویدادهای خصوصی و تلاش برای اجتناب، مدیریت، تغییر یا کنترل فراوانی، فرم یا حساسیت موقعیتی برمی‌گردد. اجتناب تجربه‌ای در نقطه مقابل پذیرش روان‌شناختی قرار دارد. پذیرش روان‌شناختی یعنی بازبودن یا تمایل به تجربه رویدادها به طور کامل؛ همان‌طور که هستند، بدون چالش یا دفاعی شدن در مقابل آن‌ها (Falletta-Cowden & Hayes, 2022).

در این راستا، مظاهری تهرانی و همکاران (Mazaheri Tehrani et al., 2022) نشان دادند که واقعیت‌درمانی با تأکید بر دنیای کیفی افراد به اعضا کمک می‌شود با تغییر تصاویر ذهنی موجود در دنیای مطلوب خود، خودمهارگری بیشتری را تجربه کنند، افراد تصور مثبتی از خودشان داشته باشند، و تصویر مثبتی از خودشان پیدا کنند، و در نتیجه انعطاف‌پذیری آن‌ها بالا می‌رود. هسو و همکاران (Hsu et al., 2023) در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌ناپذیری

دانشجویان می‌شود. پیتمن و همکاران (Mottaghi et al., 2022) در مطالعه خود نشان دادند استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم روان‌پریشی که این فرآیندها را در زمینه روان‌پریشی هدف قرار می‌دهند. اورکی و همکاران (Oraki, 2018) نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان سالمند مؤثر است.

سپاس و همکاران (Sepas, 2022) در مطالعه خود با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر روی زنان مبتلا به ام‌اس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب و تشویق شرکت‌کنندگان به تمرینات مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، آگاهی افراد از تجربیات لحظه‌ای حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌شود. در صورتی که در الگوی درمانی واقعیت‌درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی هدف‌هایشان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند. بهزادی و همکاران (Behzadi et al., 2021) در مطالعه خود با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی به عنوان درمان‌های ترجیحی در مداخلات سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو می‌تواند مورد استفاده درمانگران قرار گیرد. زندگی و همکاران (Zandi et al., 2023) در مطالعه خود با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دو نشان دادند که بین نمرات خودمراقبتی گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در مقایسه با گروه گواه در بیماران دیابت نوع دو تفاوت معناداری وجود دارد. اثربخشی مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر میزان خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو متفاوت است. میانگین متغیر خودمراقبتی پس از مداخله در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی افزایش یافت.

در مطالعات متعددی به اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم روان‌شناختی در افراد و گروه‌های مختلف در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داده شده است و هر دو درمان به عنوان دو رویکرد مؤثر در این زمینه مذکور شناخته شده‌اند. از سویی با توجه به اینکه پژوهش‌های صورت گرفته در سالمندان در این زمینه اندک می‌باشد، انجام چنین تحقیقاتی از لحاظ علمی می‌تواند به فهم مکانیسم و رورش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم نماید. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سالمندان مراکز توانبخشی بود.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۳ بودند که از میان آن‌ها تعداد ۹۰ نفر با رعایت ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به روش هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده و قرعه‌کشی در سه گروه ۳۰ نفری شامل دو گروه آزمایش رویکرد واقعیت‌درمانی و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: (۱) دامنه سنی ۶۵-۸۰ سال، (۲) داشتن سواد خواند و نوشتن (۳) کسب نمره پایین‌تر در پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و معنای زندگی، (۴) تمایل و رضایت جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: (۱) مصرف داروهای روان‌پزشکی، (۲)



سابقه دریافت مداخلات واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳) غیبت بیشتر از یک جلسه، (۴) شرکت همزمان در مداخلات روان‌شناختی، (۵) عدم تمایل برای ادامه شرکت در پژوهش بود.

"سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی" (Cognitive Flexibility Inventory) توسط (Dennis & Vander Wal, 2010)

(2010) در آمریکا در سال ۲۰۱۰ ساخته شده و شامل ۲۰ عبارت است که ۲ مؤلفه جایگزین‌ها (Alternatives) با ۱۳ گویه و گویه‌های شماره ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و "کنترل" (Control) با ۷ گویه و گویه‌های شماره ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۷ را در یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف = ۱، مخالف = ۲، تا حدودی مخالف = ۳، خنثی = ۴، تا حدودی موافق = ۵، موافق = ۶ تا کاملاً موافق = ۷ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در این ابزار ۲۰ و حداکثر ۱۴۰ است. نمره ۲۰ تا ۶۰ به معنای انعطاف‌پذیری شناختی پایین، نمره ۶۱ تا ۸۰ به معنای انعطاف‌پذیری شناختی متوسط و نمره ۸۱ تا ۱۴۰ به معنای انعطاف‌پذیری شناختی بالا است. در پژوهش Dennis & Vander Wal (2010) روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی ۱۹۶ دانشجوی آمریکایی بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی بر روی نمونه‌های فوق با فاصله زمانی ۷ هفته ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش Navarro و همکاران (Navarro et al., 2022) روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی ۹۶۸ نفر از مردم عادی کلمبیا بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی الحسینی (Kohandani & Abolmaali Alhosseini, 2017) روایی سازه این ابزار با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی ۲۴۵ نفر از کارکنان وظیفه در پدافند هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران بررسی و ساختار دو عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش شاره و همکاران (Shareh, 2014) روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی ۲۷۷ تن از دانشجویان دانشگاه شیراز بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی و با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۹۰ گزارش شد.

پروتکل واقعیت درمانی برگرفته از اصول واقعیت درمانی طرح شده از گلاسر (Glasser, 2003) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بمدت زمان دومه انجام شد. مداخله واقعیت‌درمانی در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در جلسه اول، اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند، قوانین گروه با همکاری شرکت‌کنندگان تنظیم گردید و رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد میان مشاور و اعضا برقرار شد. در جلسه دوم، مفاهیم نظری واقعیت‌درمانی آموزش داده شد و تمرکز بر خودشناسی و شناخت نیازهای اساسی افراد از جمله پنج نیاز اصلی انسان قرار گرفت. جلسه سوم با مرور جلسه قبل، بررسی اهداف زندگی، معرفی مفهوم رفتار کلی و آموزش مهارت تصمیم‌گیری برای تغییر در افکار، احساسات، اعمال و واکنش‌های فیزیولوژیک ادامه یافت. در جلسه چهارم، تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری معرفی شد و میزان دستیابی یا ناکامی اعضا در رفتارهای کنونی جهت تحقق اهداف مورد بررسی قرار گرفت. جلسه پنجم به کمک به شناخت رفتارها و احساسات فعلی، کاهش تأکید بر گذشته، آموزش مهارت تن‌آرامی، برنامه‌ریزی جهت بهبود عملکرد و تنظیم اهداف زندگی اختصاص یافت. در جلسه ششم، مسئولیت‌پذیری افراد در قبال انتخاب‌ها و رفتارهایی که منجر به ناامیدی شغلی یا کاهش شادکامی می‌شود، افزایش یافت. جلسه هفتم به آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب و تقویت تعهد رفتاری در قالب تکالیف کوچک برای ارتقاء عزت‌نفس و خودپنداره اختصاص داشت. نهایتاً در جلسه هشتم، پذیرش مسئولیت، جایگزینی کنترل درونی، حضور در لحظه حال و آغاز فرآیند تغییر با هدف کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت مورد تأکید قرار گرفت.

پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (Hayes, 2012) طی ۸

جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بمدت زمان دومه انجام شد. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. در جلسه اول،

اعضای گروه معرفی شدند، قوانین و اصول اخلاقی حاکم بر جلسات تبیین شد، رضایت آگاهانه دریافت گردید و هدف درمان با تأکید بر امکان‌پذیری تغییر و مفهوم "درماندگی خلاق" معرفی شد. در جلسه دوم، ناکارآمدی راهبردهای کنترل ذهنی تبیین شد و تأکید گردید که اجتناب یا سرکوب تجربارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است. همچنین، تکلیف یادداشت‌برداری روزانه از تجربارب ناراحت‌کننده ارائه شد. در جلسات سوم و چهارم، تمایز بین مفهوم‌سازی از خود و خود مشاهده‌گر مورد بررسی قرار گرفت، تمرین‌های ذهن‌آگاهی ادامه یافت و فرایند شفاف‌سازی ارزش‌ها دنبال شد. جلسه پنجم به بررسی ارزش‌ها، تمایز بین ارزش به‌عنوان احساس و ارزش به‌عنوان رفتار، و تمرین آگاهی بدنی اختصاص داشت. در جلسه ششم، افراد تشویق شدند تا حوزه‌هایی از زندگی را که با ارزش‌هایشان سازگار نیست شناسایی کنند، و تفاوت میان انتخاب و قضاوت را درک نمایند. در جلسه هفتم، ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها بررسی شد و راهکارهایی برای پایبندی به اقدامات متعهدانه در راستای اهداف شخصی ارائه گردید. در نهایت، جلسه هشتم به ارزیابی عملکرد متعهدانه، آموزش استفاده عملی از مهارت‌های آموخته‌شده پس از پایان درمان، آمادگی برای شکست‌های احتمالی و مرور کلی محتوای جلسات قبلی اختصاص یافت.

در این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای مربوطه و کد اخلاق، به مراکز نگهداری سالمندان مراجعه و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد حدوداً ۷۰۰ نفر را که واجد شرایط تشخیص بودند و بعد از تشریح فرایند پژوهش و رعایت معیارهای اخلاقی بین آن‌ها پرسشنامه‌ها تقسیم شد و در ضمن انجام آگه سوال یا موردی نیاز به توضیح داشته باشد پژوهشگر همراهی لازم را انجام داد و در پایان بعد از جمع‌آوری و نمره‌گذاری سعی بر این شد که نتایج حدوداً ۱۶۰ نفر حایز اهمیت بیشتری باشد را که از بین آن‌ها قطعاً تعداد ۹۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (دامنه سنی ۸۰-۶۵ سال، داشتن سواد خواند و نوشتن، کسب نمره پایین‌تر در پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و معنای زندگی، تمایل و رضایت جهت شرکت در پژوهش) انتخاب و به روش تصادفی ساده به سه گروه تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش توسط رویکردهای منتخب مورد آموزش قرار گرفت. گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. جلسات آموزشی به صورت گروهی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش (هفته‌ای یک بار در نوبت صبح)، توسط مشاور در یکی از اتاق‌های مخصوص مشاوره گروهی در یک کلینیک مددکاری برگزار شد. برای اجرای پس از آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی و برای انجام مرحله پیگیری، مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. به منظور رعایت اصول اخلاقی در پایان انجام پژوهش برای گروه گواه با توجه به نتایج رویکرد درمانی که بیشترین اثربخشی را داشته باشد دوره آموزش مطابق پروتکل مربوطه انجام خواهد گرفت.

لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری "خی دو" (chi-square)، "تحلیل واریانس" (analysis of variance)، "تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر" (analysis of variance with repeated measures design) و "آماره فیشر" (Fisher statistic) و برای آزمون پیش فرض‌های آزمون از "آزمون شاپیرو-ویلک" (Shapiro-Wilk test)، آزمون لوین (Levene's test)، "آزمون کرویت موچلی" (Mauchly's Test of Sphericity)، "آزمون گرینهوس-گیسر" (Greenhouse-Geisser Test) و "آزمون تعقیبی بنفرونی" (Bonferroni Post Hoc test) و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر بیشترین درصد فراوانی جنسیت در هر سه گروه مرد (گروه واقعیت درمانی ۶۰/۰، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۳/۳ و گروه گواه ۶۶/۷) و کمترین درصد فراوانی جنسیت در هر سه گروه زن (گروه واقعیت درمانی ۴۰/۰، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه ۳۳/۳) بوده است. بیشترین درصد فراوانی مربوط به سن گروه واقعیت درمانی ۷۰-۷۵ سال (۴۳/۳) و کمترین درصد فراوانی ۷۵-۸۰ سال (۱۰/۰) بود و همچنین میانگین و انحراف معیار سنی آنان برابر با  $71/966 \pm 4/627$  می‌باشد. همچنین بیشترین درصد فراوانی مربوط به سن گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۵-۷۰ سال (۴۶/۷) و کمترین درصد فراوانی ۸۰-۸۵ سال (۳/۳) بود و همچنین میانگین و انحراف معیار سنی آنان برابر با  $70/600 \pm 4/198$  می‌باشد، و در آخر بیشترین درصد فراوانی مربوط به سن گروه گواه ۶۵-۷۰ سال و ۷۵-۷۰ سال (۴۰/۰) و کمترین درصد فراوانی ۷۵-۸۰ سال (۶/۷) بود و همچنین میانگین و انحراف معیار سنی آنان برابر با  $71/4 \pm 388/578$  می‌باشد. بیشترین درصد فراوانی مربوط به میزان تحصیلات گروه واقعیت درمانی ابتدایی (۴۶/۷) و کمترین درصد فراوانی دیپلم (۱۶/۷) بود. همچنین بیشترین درصد فراوانی مربوط به میزان تحصیلات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدایی (۴۶/۷) و کمترین درصد فراوانی کاردانی (۳/۳) بود، و در آخر بیشترین درصد فراوانی مربوط به میزان تحصیلات گروه گواه (۴۰/۰) و کمترین درصد فراوانی دیپلم (۲۳/۳) بود.

## جدول ۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای واقعیت درمانی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	$\eta^2$
انعطاف‌پذیری	زمان	۲۹۰۳۸/۷۱۱	۲	۱۴۵۱۹/۳۵۶	۳۲۰۳/۳۴۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
روان‌شناختی	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۷۳۳۴/۱۷۸	۲	۱۳۶۶۷/۰۸۹	۳۰۱۵/۳۰۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۱
	خطا	۵۲۵/۷۷۸	۱۱۶	۴/۵۳۳			

جدول ۱ نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول زمان تغییراتی داشته است ( $P < 0/05$ )، اندازه اثر زمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۹۸۲ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول زمان بین دو گروه واقعیت درمانی و گروه گواه داشته است ( $P < 0/05$ )، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۹۸۱ می‌باشد.

## جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	$\eta^2$
انعطاف‌پذیری	زمان	۴۴۵۱۱/۰۷۸	۲	۲۲۲۵۵/۵۳۹	۳۶۴۶/۵۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
روان‌شناختی	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۲۳۹۳/۶۱۱	۲	۲۱۱۹۶/۸۰۶	۳۴۷۳/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
	خطا	۷۰۷/۹۷۸	۱۱۶	۶/۱۰۳			

جدول ۲ نشان می دهد که انعطاف پذیری روان شناختی در طول زمان تغییراتی داشته است ( $P < 0/05$ )، اندازه اثر زمان بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی برابر با ۰/۹۸۴ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات انعطاف پذیری روان شناختی در طول زمان بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه داشته است ( $P < 0/05$ )، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی برابر با ۰/۹۸۴ می باشد.

### جدول ۳

مقایسه زوجی مراحل سنجش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
انعطاف پذیری روان شناختی	پیش آزمون	واقعیت درمانی - اکت	-۰/۵۶۶	۰/۶۹۷	۱
		واقعیت درمانی - گواه	-۱/۷۳۳	۰/۶۹۷	۰/۰۵۴
		اکت - گواه	-۱/۱۶۶	۰/۶۹۷	۰/۶۹۷
		واقعیت درمانی - اکت	-۱۳/۰۳۳	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	واقعیت درمانی - گواه	۴۹/۸۰۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
		اکت - گواه	۶۲/۸۳۳	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
	پیگیری	واقعیت درمانی - اکت	-۱۳/۷۳۳	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - گواه	۵۱/۲۶۶	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰
		اکت - گواه	۶۵/۰۰۰	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰

جدول ۳ نشان می دهد که در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی در مرحله پیش آزمون بین هیچ یک از گروهها تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0/05$ )، اما در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین گروههای واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )، که نشان از تاثیر این دو روش درمانی بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می باشد. هر دو رویکرد باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی شده اند. در مقایسه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز ملاحظه می شود که در دو مرحله پس آزمون و پیگیری بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ( $P > 0/05$ ).

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی سالمندان مراکز توانبخشی

بود.

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی می توان گفت واقعیت درمانی این باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می تواند برای برآوردن نیازهای اساسی خود شامل تعلق خاطر و رغبت اجتماعی (عشق)، پیشرفت و قدرت، آزادی، تفریح و نیاز به بقاء و با ارزیابی خود خطاهایش را در برآوردن این نیازها تصحیح کند. این کنترل از راه یادگیری ایجاد می شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب شناسی روانی آغاز خواهد شد که به معنای ارضای ناموفق این نیازها از راه تکرار انتخابهای نادرست گذشته است. بنابراین، به دست آوردن کنترل روی انتخابها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخابها باید موضوع درمان قرار گیرد (Robey et al., 2011). همسو با این نتایج، امام دوست و همکاران (Emamdoost et al., 2020) چنین عنوان داشته اند که واقعیت درمانی به سالمند کمک می کند که عمیقاً با واقعیت رفتارها و انتخابهایش

روبرو شود و درک کند که خود (نه دیگران و دنیا) در بدبختی‌هایش نقش دارد. اوست که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت‌بخش‌تر دست یابد (Glasser, 2001). براساس نظریه انتخاب عدم موفقیت در دستیابی به نیازهای اساسی است که سبب می‌شود رفتار شخص از هنجارها عدول کند. براساس نظریه انتخاب آن‌چه به عنوان بیماری خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند (Glasser, 2013). اگر انسان انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته‌ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب‌های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند، در نهایت به یک زندگی منعطف‌تر، معنادارتر و لذت‌بخش‌تر دست یابد (Glasser, 2019). این نظریه تأکید می‌کند که به دلیل آن‌که رفتار انتخاب شده است، کناره‌گیری از مسئولیت شخصی یا مقصر دانستن دیگران یا جامعه برای مشکلات غیر قابل پذیرش است. از آنجا که رفتارها به عنوان راهی برای حل ناکامی ناشی از رابطه‌ای ناخوشایند انتخاب می‌شوند، پس هنگام تعامل با افرادی که در زندگی به آن‌ها نیاز است می‌بایست انتخاب‌های مؤثرتری انجام گیرد (Wubbolding, 2012). در نظریه انتخاب اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می‌تواند کاری برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند کاری کند و از آنجایی که امید به اختیار خود انسان است و از آنجا ناشی می‌شود که تصمیم بگیرد که هیچ‌گاه خود را کمتر از موجودی بی‌همتا نپندارد، شخص امید را با تصمیم به داشتن آن به دست می‌آورد و به سادگی تصمیم می‌گیرد که دیگر به وسیله هیچ چیزی بیرون از وجود خویش خرد و فرسوده نخواهد شد و مسئولیت زندگی خویش را در صورت نامطلوب بودن بر عهده گرفته و علی‌رغم مخاطرات مربوط این کار را انجام خواهد داد (Lennon, 2019). بدین ترتیب تأکید بر مفاهیمی چون کنترل، مسئولیت‌پذیری و انتخاب در واقعیت درمانی می‌تواند بر راهبردهای مقابله و منبع کنترل افراد اثر بگذارد، زیرا که نظریه انتخاب روان‌شناسی کنترل درونی است. فرد در مقابل این‌که می‌داند از وجود خود چه می‌خواهد بسازد احساس مسئولیت خواهد کرد و با تصمیم‌گیری‌های منطقی و سازمان‌دهی بهتر به پرورش شناختی خویش می‌پردازد. در حقیقت واقعیت درمانی بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد. واقعیت درمانی به سالمند کمک می‌کند تا بتواند با تصمیم‌گیری‌های مؤثرتر و با قبول مسئولیت، رفتارهای ناکارآمدی که به رفع نیازهایش کمک چندانی نمی‌کنند را شناسایی کرده و آن‌ها را با گزینه‌های مؤثرتر جایگزین نماید، نیازهای عاطفی خود را مسئولانه برطرف کند و با انتخاب رفتارهایشان زندگی خود را بهبود بخشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به ارزش‌های شخصی، بر پذیرش درد و رنج و نه اجتناب از آن و یا سرکوب عوامل ناراحت‌کننده تمرکز می‌کند. هدف از این مداخله ایجاد واکنش‌های انعطاف‌پذیرتر به چالش‌های زندگی، درد و رنج و پذیرش نشانه‌ها بجای از بین بردن خود آنهاست. این درمان رویکرد رفتاری نوینی است که با ترکیب پذیرش و ذهن‌آگاهی (mindfulness) به افراد کمک می‌کند از افکار و احساسات دشوار رها شوند و به این ترتیب پرداختن به الگوهای رفتاری را که به وسیله ارزش‌های شخصی هدایت می‌شوند، تسهیل می‌کند (Bowins, 2021). برگشت به گذشته، مرور شکست‌ها و تهدید در ارزش‌ها از عمده‌ترین چالش‌های دوران سالمندی محسوب می‌شود که تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش شاخص‌هایی مثل افزایش توانایی پذیرش ارتباط با زمان حال، عمل متعهدانه و گسلش در سالمندان شود. در نهایت باید به این نکته نیز اشاره کرد که این تمرین‌ها علاوه بر موارد قبلی توانایی و مهارت حل مسأله را در سالمندان افزایش داده و با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در برابر مشکلات موجب خواهد شد تا آن‌ها بهترین راه حل را انتخاب کنند (Chin & Hayes, 2017). از سویی دیگر درمان پذیرش و تعهد از طریق نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباطی، آن شناسایی و کم کردن خطاهای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات، کم کردن خطاهای شناختی، کنترل و تحلیل منطقی مشکلات سالمندان را برای داشتن

یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یاری می‌دهد. لازم به ذکر است در این رویکرد، راهبردهای ذهن‌آگاهی و تغییر رفتار، به کار گرفته می‌شوند تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را همراه با رفتارهای عملکردی افزایش دهند (Whittingham & Coyne, 2019).

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت استفاده هدفمند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تمثیل‌های که بینش سریع و عمیقی در افراد ایجاد می‌کند به افراد شهامت و اراده زیادی برای برنامه‌ریزی هوشمند، شروع یک برنامه و تداوم داشتن علیرغم مخالفت‌های دیگران و یا مخالفت‌های افکار خودآیند منفی می‌بخشد. سالمندان از این عقیده هیز که مسئله این نیست که در زندگی خود سختی و درد و رنج داشته باشید یا نه چراکه به هر حال زندگی بشر همراه با درد و رنج است، بلکه مسئله این است که زندگی را بنا کرده باشی که ارزش این سختی‌ها را داشته باشد به خوبی سرلوحه خود قرار داده‌اند و به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالایی دست یافته‌اند. از طرفی دیگر یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (Hoffmann et al., 2019)، ترغیب سالمندان به شناسایی ارزش‌های خود و تعیین اهداف اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف موجب می‌شود تا ضمن تحقق اهداف رضایت از خود و زندگی حاصل شود و فرد از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی که به نوبه خود موجب کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، رهایی یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات موجب ارزیابی مجدد آنها، حل تعارضات و جمع‌بندی دوباره آنها می‌گردد در نتیجه فرد طی فرایند پذیرش و تعهد ویژگی‌های ناشناخته و امور نیمه تمام زندگی‌اش را برای خود و دیگران آشکار می‌سازد و در جواب آنها نیز ممکن است واقعیات و حقایق پنهانی را بیان کنند (Strosahl, 2002). این آشکارسازی می‌تواند موجب شکل‌گیری و تقویت صمیمیت بین فردی و کاهش عدم صداقت و دفاع‌های ارتباطی شود که به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمک می‌کند. در فرایند پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی، موقعیت‌های ناراحت‌کننده را با تغییر نحوه پاسخ به آنها سازمان داده و به جای واکنش تکانشی بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت با داشتن انعطاف‌پذیری کاستی‌های خود را ببینند و بپذیرند.

به‌طور کلی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که سالمند بتواند معانی جدید و ساختار بهتری برای خود بیابد در واقع این دو رویکرد درمانی به سالمندان کمک می‌کند تا تجربیات و دستاوردهای گذشته را شناسایی و بررسی کنند تا از آنها معنا پیدا کنند، تعارض‌ها را حل کنند با دوستان و خانواده تعامل نمایند و کارهای ناقص را به پایان برسانند. در نتیجه مطابق با نظریه تکاملی اریکسون افراد سالمند با حل تعارض بین انسجام و ناامیدی در آخرین مرحله زندگی به اوج خود می‌رسد. هر پژوهشی در مراحل مختلف انجام آن با محدودیت‌ها و دشواری‌های فراوانی روبرو می‌باشد. جامعه آماری پژوهش به محدوده جغرافیایی شهر تهران محدود بود. در پژوهش حاضر امکان پیگیری طولانی مدت تر فراهم نبود. از آنجایی که در این پژوهش فقط در شهر تهران و در بین سالمندان مورد مطالعه قرار گرفته است به پژوهشگران و صاحب‌نظران توصیه می‌شود جهت کاربردی کردن نتایج این مطالعه، با انجام مطالعاتی در سایر مراکز توانبخشی در شهرهای گوناگون کشور و مقایسه نتایج آنها با یکدیگر، بر توان تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه بیفزایند. با توجه به اثربخشی درمان‌ها در پیگیری دو ماهه، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه نیز بررسی شوند. توصیه می‌شود که این دو روش درمانی به عنوان یکی از روشهای مداخله‌ای در سالمندان مورد استفاده قرار گیرد. نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و متخصصان سرای سالمندی و مشاوران اشارات کاربردی دارد.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

### مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

### موازین اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در پژوهش و نشر در این مطالعه رعایت گردید.

### شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی راییت ارسال خواهد شد.

### حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

## References

- Behzadi, S., Tajeri, B., Sodagar, S., & Shariati, Z. (2021). The comparison of the effectiveness of acceptance, commitment, and reality therapy on life satisfaction and self-care behaviors of the elderly with type II diabetes. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 2(4), 483-501. <https://journals.kmanpub.com/index.php/aftj/article/view/827>
- Bowins, B. (2021). Chapter 11 - Acceptance and commitment therapy. In B. Bowins (Ed.), *States and Processes for Mental Health* (pp. 107-114). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85049-0.00011-8>
- Chin, F., & Hayes, S. C. (2017). Chapter 7 - Acceptance and Commitment Therapy and the Cognitive Behavioral Tradition: Assumptions, Model, Methods, and Outcomes. In S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 155-173). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Curto, E., Crespo-Lessmann, A., González-Gutiérrez, M. V., Bardagí, S., Cañete, C., Pellicer, C., Bazús, T., Vennera, M. d. C., Martínez, C., & Plaza, V. (2019). Is asthma in the elderly different? Functional and clinical characteristics of asthma in individuals aged 65 years and older. *Asthma Research and Practice*, 5(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40733-019-0049-x>
- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, 38(9), 571-578. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
- de Almeida Roediger, M., de Fátima Nunes Marucci, M., Duim, E. L., Santos, J. L. F., de Oliveira Duarte, Y. A., & de Oliveira, C. (2019). Inflammation and quality of life in later life: findings from the health, well-being and aging study (SABE). *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1092-2>
- Dennis, J. P., Vander Wal, Jillon S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>

- Emamdoost, Z., Teimory, S., Khoyneshad, G. R., & Rajaei, A. R. (2020). Comparison of effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and reality therapy in attitudes of parents toward their children in mothers of children with Autism spectrum disorders. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(5.1), 722-731. <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.15582>
- Entezari, M., Shamsipour Dehkordi, P., & Sahaf, R. (2018). Effect of Physical Activity on Cognitive Flexibility and Perfectionism in the Elderly [Research]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 12(4), 402-413. <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.402>
- Falletta-Cowden, N., & Hayes, S. C. (2022). 6.03 - Acceptance and Commitment Therapy: Applying Contextual Behavioral Science to the Therapeutic Process. In G. J. G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)* (pp. 34-57). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00173-4>
- Fotoukian, Z., Mohammadi Shahboulaghi, F., & Fallahi Khoshknab, M. (2013). Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 2(4), 65-76. <http://jhpm.ir/article-1-239-fa.html>
- Ghiasabadi Farahani, E., Jafari Harandi R. (2021). Predict cognitive flexibility through social adjustment and responsibility among female students. *Social Psychology Research*, 10(40), 135-150. <https://doi.org/10.22034/spr.2021.127718>
- Glasser, C. (2019). A choice theory psychology guide to happiness: How to make yourself happy (the choice theory in action series). In. Independently published.
- Glasser, W. (2001). *Counseling with Choice Theory*. Harper Perennial. [https://books.google.ch/books/about/Counseling\\_with\\_Choice\\_Theory.html?id=8pgapP2X9\\_AC&redir\\_esc=y](https://books.google.ch/books/about/Counseling_with_Choice_Theory.html?id=8pgapP2X9_AC&redir_esc=y)
- Glasser, W. (2003). *For Parents and Teenagers: Dissolving the Barrier Between You and Your Teen*. Harper Perennial. [https://books.google.ch/books/about/For\\_Parents\\_and\\_Teenagers.html?id=av\\_HzgEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.ch/books/about/For_Parents_and_Teenagers.html?id=av_HzgEACAAJ&redir_esc=y)
- Glasser, W. (2013). *Take charge of your life: How to get what you need with Choice Theory Psychology*. IUniverse Publishing.
- Habibi, K., Alimohammadzadeh, K., & Hojjati, H. (2018). The effect of group reality therapy on the coping of spouses of veterans with post-traumatic stress disorder [Research]. *Journal of Health Promotion Management*, 6(6), 1-7. <https://doi.org/10.21859/jhpm-07041>
- Hayes, S. C., Strosahl K, Wilson KG. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hoffmann, D., Rask, C. U., & Frostholm, L. (2019). Chapter Seven - Acceptance and Commitment Therapy for Health Anxiety. In E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety* (pp. 123-142). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00007-X>
- Hsu, T., Adamowicz, J. L., & Thomas, E. B. K. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30(1), 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006>
- Klimczak, K. S., & Levin, M. E. (2023). Acceptance and commitment therapy. In H. S. Friedman & C. H. Markey (Eds.), *Encyclopedia of Mental Health (Third Edition)* (pp. 1-9). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00121-1>
- Kohandani, M., & Abolmaali Alhosseini, K. (2017). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Models and Methods*, 8(29), 53-70. [https://jpmmm.marvdasht.iaui.ir/article\\_2556\\_1b01501fd8b120f22c11d43af7c41f2d.pdf](https://jpmmm.marvdasht.iaui.ir/article_2556_1b01501fd8b120f22c11d43af7c41f2d.pdf)
- Lennon, B. (2019). *A Choice Theory Psychology Guide to Stress: Ways of Managing Stress in Your Life*. Independently published. [https://books.google.ch/books/about/A\\_Choice\\_Theory\\_Psychology\\_Guide\\_to\\_Stre.html?id=Ld\\_ZxQEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.ch/books/about/A_Choice_Theory_Psychology_Guide_to_Stre.html?id=Ld_ZxQEACAAJ&redir_esc=y)
- Mazaheri Tehrani, F., Kokali, M., Savabi Niri, V., & Bikas Yekani, M. (2022). The Effectiveness of Reality Therapy on Cognitive Flexibility and Self-Differentiation in Mothers with Children with Special Learning Disorders [Research]. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 9(1), 84-99. <https://doi.org/10.52547/jcmh.9.1.7>
- Moini, J., Akinso, O., Ferdowsi, K., & Moini, M. (2023). Chapter 8 - Elderly health. In J. Moini, O. Akinso, K. Ferdowsi, & M. Moini (Eds.), *Health Care Today in the United States* (pp. 171-191). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-99038-7.00028-X>
- Mottaghi, R., Maredpour, A., & Karamin, S. (2022). A Comparison Study on the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Sleep Hygiene Education on Sleep Quality and Physiological Parameters in Older Adults [Research]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 17(2), 170-185. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.1438.3>
- Navarro, M. C., Quiroz Molinares, N., & Mebarak, M. (2022). Psychometric Study of the Cognitive Flexibility Inventory in a Colombian Sample. *International Journal of Psychological Research*, 15(1), 42-54. <https://doi.org/10.21500/20112084.5371>



- Oraki, M., Jahani F, Rahmanian M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of the elderly women. *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 47-56. <https://doi.org/10.22075/jcp.2018.14182.1378>
- Ota, M., Takeda, S., Pu, S., Matsumura, H., Araki, T., Hosoda, N., Yamamoto, Y., Sakakihara, A., & Kaneko, K. (2020). The relationship between cognitive distortion, depressive symptoms, and social adaptation: A survey in Japan. *Journal of affective disorders*, 265, 453-459. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.094>
- Pruchno, R. (2021). Chapter 19 - Successful Aging: An Obscure but Obvious Construct. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging (Ninth Edition)* (pp. 301-318). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816094-7.00008-8>
- Ram, D., Chandran, S., Sadar, A., & Gowdappa, B. (2019). Correlation of Cognitive Resilience, Cognitive Flexibility and Impulsivity in Attempted Suicide. *Indian J Psychol Med*, 41(4), 362-367. [https://doi.org/10.4103/ijpsym.Ijpsym\\_189\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpsym.Ijpsym_189_18)
- Robey, P., Burdenski, T. K., Britzman, M., Crowell, J., & Cisse, G. S. (2011). Systemic Applications of Choice Theory and Reality Therapy: An Interview With Glasser Scholars. *The Family Journal*, 19(4), 427-433. <https://doi.org/10.1177/1066480711415038>
- Sepas, L., Shaker Dioulag A, Khademi A. (2022). Comparison of the effectiveness of acceptance-based therapy and reality therapy on reducing anxiety sensitivity in women with MS in Urmia. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 13(51), 85-113. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.64043.2808>
- Shareh, H., Farmani A, Soltani E. (2014). Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. *Practice in Clinical Psychology*, 2(1), 43-50.
- Shishefar, S., Kazemi F, Pezeshk Sh. (2017). The effectiveness of reality therapy training to increase happiness and responsibility in the mothers of children with Autism disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 7(27), 53-77. <https://doi.org/10.22054/jpe.2018.18761.1487>
- Strosahl, K. (2002). Acceptance and Commitment Therapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (pp. 1-8). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B0-12-343010-0/00001-5>
- Tootak, M., & Abedanzadeh, R. (2021). Effectiveness of brain gym exercise on cognitive flexibility of male elderly [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 22(4), 65-74. <https://doi.org/10.30514/icss.22.4.65>
- Whittingham, K., & Coyne, L. W. (2019). Chapter 14 - Integrating Acceptance and Commitment Therapy with other interventions. In K. Whittingham & L. W. Coyne (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 377-402). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814669-9.00014-X>
- Wubbolding, R. E. (2012). *Reality Therapy (Theories of Psychotherapy)* (1st ed.). American Psychological Association.
- Zandi, A., Dinpanah-Khoshdarehgi, H., Ebrahim-Madahi, M., & Jamehri, F. (2023). Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy and reality therapy on the self-care of diabetes type II patients. *J Educ Health Promot*, 12, 364. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1174\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1174_22)