

Determining the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Social Adjustment in Older Adults Attending Day Rehabilitation Centers in Tehran

Somayeh. Azimi¹, Satar. Keikhavani^{2*}, Vahid. Ahmadi¹, Sareh. Mirshekar¹

¹ Department of Psychology, I.I.C. Islamic Azad University, Ilam, Iran

² 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 and Social Adjustment in Older Adults Attending Day Rehabilitation Centers in Tehran. *Longevity*, 3(1), 1-19.

<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 psychological flexibility and social adjustment in older adults attending day rehabilitation centers in Tehran. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest-follow-up design and a control group. The statistical population of this study included all older adults attending day rehabilitation centers in Tehran in the first half of 2024, among whom 90 individuals were selected using purposive sampling according to the inclusion and exclusion criteria. They were randomly and by lottery assigned into three groups of 30: two experimental groups (Reality Therapy and ACT) and one control group. Participants responded to the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) and the short version of Bell's Adjustment Inventory (Bell, 1939) in pretest, posttest, and follow-up phases. The Reality Therapy protocol was based on Glasser's (2003) principles of Reality Therapy and was conducted in eight 90-minute sessions over two months. The ACT protocol was based on the principles of Acceptance and Commitment Therapy by Hayes et al. (2012) and was also conducted in eight 90-minute sessions over two months. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that in both posttest and follow-up phases, there was a significant difference between the Reality Therapy and ACT groups compared to the control group ($P < .05$), indicating the impact of both treatments on improving psychological flexibility and social adjustment. Furthermore, in both posttest and follow-up phases, there was a significant difference between the two experimental groups ($P < .05$), with mean comparisons showing that ACT was more effective in increasing psychological flexibility. In both posttest and follow-up phases, there was also a significant difference between the two groups ($P < .05$), with mean comparisons showing that Reality Therapy was more effective in improving social adjustment.

Keywords: *psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, social adjustment, older adults, reality therapy*

Introduction

Aging, as a universal biological process, is accompanied by cognitive, emotional, and social changes that challenge individuals' adaptive capacities in later life stages ([de Almeida Roediger et al., 2019](#); [Pruchno, 2021](#)). With projections indicating a doubling of the global population over 65 within the next four decades, the demand for effective psychological and social interventions is becoming critical ([Fotoukian et al., 2013](#)). Cognitive flexibility, defined as an individual's ability to shift cognitive sets in response to changing environmental demands, often diminishes with age ([Dajani & Uddin, 2015](#); [Entezari et al., 2018](#); [Tootak & Abedanzadeh, 2021](#)), though it remains vital for mental resilience and psychosocial functioning ([Ghiasabadi Farahani, 2021](#); [Ota et al., 2020](#); [Ram et al., 2019](#)). Similarly, social adjustment, involving effective emotional and behavioral adaptation to one's social environment, is a vital determinant of quality of life among the elderly, particularly those managing chronic conditions ([Chan, 2009](#)).

Recent therapeutic models, including Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), have gained traction for addressing these age-related psychological vulnerabilities. Reality Therapy, grounded in Glasser's Choice Theory, emphasizes personal responsibility, internal control, and value-based behavior change to enhance psychological functioning ([Glasser, 2003](#); [Habibi et al., 2018](#); [Shishefar, 2017](#)). It enables older adults to recognize their needs and enact behaviors aligned with fulfilling those needs constructively. On the other hand, ACT, a third-wave behavioral therapy, aims to foster psychological flexibility through mindfulness and value-driven action, counteracting experiential avoidance and cognitive fusion ([Falletta-Cowden & Hayes, 2022](#); [Klimczak & Levin, 2023](#); [Mottaghi et al., 2022](#)). This dual focus on acceptance and commitment has demonstrated efficacy in enhancing well-being and adaptive behavior in elderly populations ([Hsu et al., 2023](#); [Mazaheri Tehrani et al., 2022](#); [Oraki, 2018](#)).

Empirical comparisons of these two approaches are limited, particularly in geriatric populations. Prior studies report improvements in flexibility and self-care behavior among elderly participants through both therapies ([Behzadi et al., 2021](#); [Sepas, 2022](#); [Zandi et al., 2023](#)), but with nuanced differences in domain-specific outcomes. This study aims to assess and compare the effectiveness of Reality Therapy and ACT on psychological flexibility and social adjustment in older adults attending day rehabilitation centers in Tehran.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and two-month follow-up stages across three groups: two experimental groups (Reality Therapy and ACT) and one control group. Ninety older adults aged 65–80, meeting specific inclusion criteria (literacy, low scores in flexibility and adjustment, willingness to participate), were selected via purposive sampling and randomly allocated into groups of thirty. Interventions were administered across eight 90-minute weekly sessions over two months. Measurement tools included the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) and the short-form Bell Adjustment Inventory. Data analysis was performed using SPSS-27 with repeated measures ANOVA, Bonferroni post hoc tests, and necessary assumption tests.

Findings and Results

Results revealed significant demographic similarities across the three groups in terms of gender, age, and education level. Statistical analyses confirmed that both Reality Therapy and ACT led to substantial improvements in psychological flexibility from pre-test to post-test and maintained these effects during follow-up. The effect sizes for time and interaction effects were notably large in both treatment conditions ($\eta^2 = .982$ for Reality Therapy and $.984$ for ACT), indicating robust intervention effects. Pairwise comparisons indicated no significant differences among groups at pre-test; however, post-test and follow-up scores revealed that both treatments significantly outperformed the control group ($p < .001$). Notably, ACT was more effective than Reality Therapy in enhancing psychological flexibility at both post-test and follow-up ($p < .001$).

Regarding social adjustment, both interventions yielded significant within-group and between-group improvements over time ($\eta^2 = .961$ for Reality Therapy and $.929$ for ACT). Pairwise comparisons again showed no initial group differences, but significant improvements for both treatment groups versus control were evident at post-test and follow-up ($p < .001$). Importantly, Reality Therapy demonstrated greater efficacy than ACT in improving social adjustment across both assessment points ($p < .001$).

Conclusion

The findings underscore the effectiveness of both Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in enhancing psychological flexibility and social adjustment among older adults. ACT was superior in promoting psychological flexibility, likely due to its emphasis on experiential acceptance, mindfulness, and values-based action, which enable clients to adopt more adaptive coping strategies in the face of negative internal experiences. Its structured approach to value clarification and committed action may explain its substantial impact on psychological processes underlying flexibility.

Conversely, Reality Therapy was more effective in fostering social adjustment, possibly due to its focus on responsibility, interpersonal choice, and present-moment behavioral accountability. The therapy's emphasis on constructing effective relationships and satisfying five basic psychological needs—love/belonging, power, freedom, fun, and survival—may have empowered participants to navigate social environments more constructively. The structure of the protocol, including personal responsibility and action planning, likely enhanced their competence in social interactions and community involvement.

These findings affirm previous evidence supporting both treatments in improving psychological functioning and coping capacity in aging populations. They also offer important clinical insights: that tailored interventions addressing both intrapersonal flexibility and interpersonal adaptability can significantly enhance elderly individuals' psychosocial well-being. Incorporating such therapies into geriatric mental health services could thus play a critical role in promoting successful aging and reducing the burden of psychosocial dysfunction. Future research may explore long-term effects and extend such interventions to diverse settings to evaluate broader applicability.

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 و سازگاری اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران

سمیه عظیمی^۱، ستار کیخاونی^{۲*}، وحید احمدی^۱، ساره میرشکار^۱

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 و سازگاری اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران. *طول عمر*، ۳(۱)، ۱-۱۹.



© 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 و سازگاری اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران 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 آن ها 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) و نسخه کوتاه پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۳۹) پاسخ دادند. پروتکل واقعیت درمانی برگرفته از اصول واقعیت درمانی طرح شده از گلاس (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 و سازگاری اجتماعی 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 بر انعطاف پذیری روان شناختی بود. در دو مرحله پس آزمون و پیگیری همچنین بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت ($P > 0.05$) و مقایسه میانگین ها حاکی از اثربخشی بیشتر واقعیت درمانی بر سازگاری اجتماعی بود.

کلیدواژگان: انعطاف پذیری روان شناختی، درمان پذیرش و تعهد، سازگاری اجتماعی، سالمندان، واقعیت درمانی

مقدمه

"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 وافی 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 آمایه های 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 توجیهات 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 سازگارانه 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).

سالمندی با بیماری های جسمانی متعددی همراه است و در بیماری های جسمانی، بسیاری از مطالعات نقش اصلی تظاهرات بیماری را در سازگاری روانی اجتماعی (psychosocial adjustment) برجسته کرده اند. سازگاری به خصوصیات فردی که هر شخص برای مدیریت روانی-هیجانی-اجتماعی برای بهبود در زندگی خود به کار می گیرد، اطلاق می شود. فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن فرایندی پویاست که دائماً تحت تأثیر محرک های فردی و محیطی قرار می گیرد (Chan, 2009).

یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه سالمندی که می‌تواند بر سلامت روانی احساس ارزشمندی و سلامت اجتماعی آن تأثیرگذار باشد "واقعیت درمانی" (Reality Therapy) است. در این بین، "واقعیت درمانی" با تأکید بر مسئولیت‌پذیری و اصول انتخاب، به سالمندان کمک می‌کند تا انتخاب‌های مناسبی داشته باشند و متوجه باشند که می‌توانند بر جریان زندگی کنترل داشته باشند و از کنترل بیرونی رهایی یابند. در واقع افراد از طریق انتخاب‌های مناسب، مسئولیت رفتارشان را به عهده می‌گیرند (Shishefar, 2017). "واقعیت درمانی" مجموعه‌ای 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 تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر هیجانات منفی را بهبود بخشیده است. سالمندان نیازمند راهبردهایی هستند تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله‌ی خود را حفظ نماید. 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. نظریه‌پردازان این رویکرد بر این باور هستند که آسیب روانی با تلاش برای مهارکردن 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 بپردازند؛ 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 واقعیت درمانی بر روی زنان مبتلا به ام اس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب و تشویق شرکت کنندگان به تمرینات مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، آگاهی افراد از تجربیات لحظه ای 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 واقعیت درمانی 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 واقعیت درمانی بر رضایت از زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی به عنوان درمان‌های ترجیحی در مداخلات سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو می‌تواند مورد استفاده درمانگران قرار گیرد. زندی و همکاران (Zandi et al., 2023) در مطالعه خود با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دو نشان دادند که بین نمرات خودمراقبتی گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در مقایسه با گروه گواه در بیماران دیابت نوع دو تفاوت معناداری وجود دارد. اثربخشی مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی 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 واقعیت درمانی افزایش یافت.

در مطالعات متعددی به اثربخشی واقعیت درمانی 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 روش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم نماید. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران بود.

روش پژوهش

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 ملاک‌های 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. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت اند از: (۱) دامنه سنی ۸۰-۶۵ 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) 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 محدودی مخالف= ۳، خنثی= ۴، تا محدودی 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.

پرسشنامه سازگاری بل. نسخه کوتاه پرسشنامه سازگاری Bell (Bell, 1939) شامل ۳۲ گویه است که ۵ مؤلفه سازگاری در خانه (نمرات سطح بالای افراد در این سطح نشانگر عدم سازگاری مطلوب با محیط خانه است و نمرات پایین از سازگاری در خانه حکایت دارد)؛ سازگاری بهداشتی (نمرات بالا در این سطح، از سازگاری نامطلوب سخن می‌گوید و نمرات پایین معرف سازگاری رضایت بخش است)؛ سازگاری اجتماعی (نمره بالا نشانگر دوری و کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می‌شود و افرادی که نمره کم احراز کرده‌اند در تماس‌های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند)؛ سازگاری عاطفی (افراد با نمره بالا از نظر عادی بی‌ثباتی را نشان می‌دهند و افراد با نمره کم از ثبت عاطفی برخوردارند)؛ سازگاری شغلی/تحصیلی (افراد که نمرات کم می‌گیرند از مشاغل/تحصیل خود رضایت دارند و آنهایی که نمرات بالا به دست می‌آورند از مشاغل/تحصیل خود ناراضی‌اند) را به صورت بله= ۱ و خیر و نمی‌دانم= ۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران ترکمن و همکاران (Torkaman et al., 2018) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و روایی همگرای آن را با مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا در مؤلفه‌های سازگاری در خانه ۰/۷۹، سازگاری شغلی ۰/۸۲، سازگاری تندرستی ۰/۸۸، سازگاری عاطفی ۰/۸۵ و سازگاری اجتماعی ۰/۹۱ گزارش کردند.

پروتکل واقعیت درمانی برگرفته از اصول واقعیت درمانی گلاس (Glasser, 2003) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه اجرا شد. در جلسه اول معارفه، تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضا، بررسی اهمیت مهارت‌های ارتباطی، ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد و ابلاغ قوانین گروه انجام شد. در جلسه دوم مفاهیم نظری واقعیت درمانی آموزش داده شد، آگاهی اعضا از خود و نیازهای اساسی آن‌ها (شناخت پنج نیاز اساسی و فهرست‌بندی نیازها) مورد تاکید قرار گرفت. جلسه سوم به دریافت بازخورد، بررسی اهداف زندگی، معرفی رفتار کلی و چهار مولفه آن (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، آموزش مهارت تصمیم‌گیری و بررسی تغییرات فعلی اختصاص یافت. جلسه چهارم به معرفی تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری، بررسی ناکامی یا دسترسی به رفتار فعلی و کمک رفتار فعلی به اهداف اختصاص داشت. جلسه پنجم بر شناخت رفتار و احساس کنونی، کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته، کنترل درونی، آموزش تن‌آرامی، برنامه‌ریزی برای انجام بهتر کارها و آموزش برنامه‌ریزی جهت اهداف زندگی مشترک متمرکز بود. جلسه ششم مسئولیت‌پذیری، پذیرش مسئولیت رفتارها و راهکارهای مقابله با ناامیدی و کاهش شادکامی در اشتغال را تقویت کرد. جلسه هفتم اصول ده‌گانه نظریه انتخاب، مسئولیت‌پذیری، تغییر و تعهد، و ارائه تکالیف کوچک برای افزایش عزت نفس را آموزش داد. در نهایت، جلسه هشتم تاکید مجدد بر پذیرش مسئولیت، جایگزینی کنترل درونی، مواجهه با واقعیت، بودن در لحظه اکنون و فرایند تغییر جهت کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت انجام شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (Hayes, 2012) در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه انجام شد. در جلسه اول معرفی اعضا، توضیح قوانین و اصول، اخذ رضایت آگاهانه، معرفی اهداف درمان و درماندگی خلاق جهت درک بی‌اثر بودن نادیده گرفتن ارزش‌ها و اجتناب مطرح شد. جلسه دوم به بررسی راهبردهای کنترل خود، تاکید بر بی‌اثر بودن اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته و تکالیف یادداشت روزانه تجربه و ناراحتی اختصاص یافت. جلسه سوم به تمایز خودمفهوم‌سازی و خود مشاهدگری، سنجش توانایی گسست از افکار و احساسات، ادامه تمرینات ذهن‌آگاهی و شفاف‌سازی ارزش‌ها پرداخت. جلسه چهارم ادامه همین روند با تاکید بر جداسازی خود از افکار و احساسات و تمرین‌های ذهن‌آگاهی و ارزش‌یابی بود. جلسه پنجم اهمیت ارزش‌ها، تفاوت ارزش به‌عنوان رفتار و احساس، تمرین‌های آگاهی بدنی از احساسات و افزایش تمایل/پذیرش را شامل شد. جلسه ششم کمک به شناسایی حوزه‌های ناسازگار با ارزش‌ها، بررسی انتخاب‌ها، مرور رفتارهای مبتنی بر ارزش در یک هفته و شناسایی اهداف کوچک در راستای اهداف بزرگ‌تر بود. جلسه هفتم بر ارتباط اهداف و فعالیت‌ها، تقویت تمایل و گسست، تعهد به فعالیت‌های خاص در راستای اهداف بزرگ‌تر تاکید داشت. جلسه هشتم ارزیابی عمل متعهدانه، آموزش استفاده از مهارت‌ها پس از درمان، آمادگی برای شکست‌های احتمالی، شناسایی راهبردهای مقابله و ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل بود.

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 شرکت

کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی و برای انجام مرحله پیگیری، مجدداً از شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان 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 ۷۵-۷۰ 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 ۸۵-۸۰ 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 ۷۵-۸۰ 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 اندازه گیری مکرر برای واقعیت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه

درمان	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	η^2
واقعیت درمانی	زمان	۲۹۰۳۸/۷۱۱	۲	۱۴۵۱۹/۳۵۶	۳۲۰۳/۳۴۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۷۳۳۴/۱۷۸	۲	۱۳۶۶۷/۰۸۹	۳۰۱۵/۳۰۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۱
	خطا	۵۲۵/۷۷۸	۱۱۶	۴/۵۳۳			
	درمان مبتنی بر زمان	۴۴۵۱۱/۰۷۸	۲	۲۲۲۵۵/۵۳۹	۳۶۴۶/۵۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
پذیرش و تعهد	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۲۳۹۳/۶۱۱	۲	۲۱۱۹۶/۸۰۶	۳۴۷۳/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸۴
	خطا	۷۰۷/۹۷۸	۱۱۶	۶/۱۰۳			

جدول فوق نشان می دهد که انعطاف پذیری روان شناختی در طول زمان تغییراتی داشته است ($P < ۰/۰۵$)، اندازه اثر زمان بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی برابر با ۰/۹۸۲ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات انعطاف پذیری روان شناختی در طول زمان بین دو گروه واقعیت درمانی و گروه گواه داشته است ($P < ۰/۰۵$)، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی برابر با ۰/۹۸۱ می باشد.

همچنین، نتایج نشان می دهد که انعطاف پذیری روان شناختی در طول زمان تغییراتی داشته است ($P < ۰/۰۵$)، 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 ($P < ۰/۰۵$)، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی برابر با ۰/۹۸۴ می باشد.

جدول ۲

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 - پذیرش و تعهد	-۰/۵۶۶	۰/۶۹۷	۱
		واقعیت درمانی - گواه	-۱/۷۳۳	۰/۶۹۷	۰/۰۵۴
	پس آزمون	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	-۱/۱۶۶	۰/۶۹۷	۰/۶۹۷
		واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	-۱۳/۰۳۳	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
پیگیری	پیش آزمون	واقعیت درمانی - گواه	۴۹/۸۰۰	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - گواه	۶۲/۸۳۳	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	-۱۳/۷۳۳	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - گواه	۵۱/۲۶۶	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰
پیگیری	پس آزمون	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۶۵/۰۰۰	۰/۹۰۸	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - گواه			

جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون بین هیچ یک از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)، اما در مرحله پس‌آزمون 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 انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. هر دو رویکرد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شده‌اند. در مقایسه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز ملاحظه می‌شود که در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($P > 0.05$).

جدول ۳

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

درمان	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	η^2
واقعیت درمانی	زمان	۲۷۲۸/۲۱۱	۲	۱۳۶۴/۱۰۶	۱۴۴۴/۹۳۳	۰/۰۰۰	۰/۹۶۱
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۶۹۶/۹۴۴	۲	۱۳۴۸/۴۷۲	۱۴۲۸/۳۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶۱
	خطا	۱۰۹/۵۱۱	۱۱۶	۰/۹۴۴			
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	زمان	۱۵۱۸/۰۱۱	۲	۷۵۹/۰۰۶	۷۵۵/۶۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲۹
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۴۹۶/۱۴۴	۲	۷۴۸/۰۷۲	۷۴۴/۷۹۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲۸
	خطا	۱۱۶/۵۱۱	۱۱۶	۱/۰۰۴			

مندرجات جدول فوق نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی در طول زمان تغییراتی داشته است ($P < 0.05$)، اندازه اثر زمان بر افزایش سازگاری اجتماعی برابر با ۰/۹۶۱ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات سازگاری اجتماعی در طول زمان بین دو گروه واقعیت درمانی و گروه کنترل داشته است ($P < 0.05$)، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش سازگاری اجتماعی برابر با ۰/۹۶۱ می‌باشد. مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی در طول زمان تغییراتی داشته است ($P < 0.05$)، اندازه اثر زمان بر افزایش سازگاری اجتماعی برابر با ۰/۹۲۹ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات سازگاری اجتماعی در طول زمان بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل داشته است ($P < 0.05$)، علاوه بر این میزان اثر تعامل زمان و گروه بر افزایش سازگاری اجتماعی برابر با ۰/۹۲۸ می‌باشد.

جدول ۴

مقایسه زوجی مراحل سنجش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر سازگاری اجتماعی

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۰/۳۰۰	۰/۳۴۸	۱
		واقعیت درمانی - کنترل	۰/۲۳۳	۰/۳۴۸	۱
		اکت - کنترل	-۰/۰۶۶	۰/۳۴۸	۱
	پس‌آزمون	واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۴/۶۰۰	۰/۳۶۵	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - کنترل	۱۶/۴۰۰	۰/۳۶۵	۰/۰۰۰
		اکت - کنترل	۱۱/۸۰۰	۰/۳۶۵	۰/۰۰۰
پیگیری		واقعیت درمانی - پذیرش و تعهد	۴/۴۰۰	۰/۳۸۳	۰/۰۰۰
		واقعیت درمانی - کنترل	۱۶/۹۰۰	۰/۳۸۳	۰/۰۰۰
		اکت - کنترل	۱۲/۵۰۰	۰/۳۸۳	۰/۰۰۰

مندرجات جدول فوق نشان می دهد که در متغیر سازگاری اجتماعی در مرحله پیش آزمون بین هیچ یک از گروه ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، اما در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری بین گروه های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$)، که نشان از تاثیر این دو روش درمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی می باشد. هر دو رویکرد باعث افزایش سازگاری اجتماعی 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 و سازگاری اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران بود. 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 و سازگاری اجتماعی 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 بر انعطاف پذیری روان شناختی بود. در دو مرحله پس آزمون و پیگیری همچنین بین این دو گروه تفاوت معنادار وجود داشت $P>0/05$ و مقایسه میانگین ها حاکی از اثربخشی بیشتر واقعیت درمانی بر سازگاری اجتماعی بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش های پیتمن و همکاران (Mottaghi et al., 2022)؛ مظاهری تهرانی و همکاران (Mazaheri Tehrani et al., 2022)؛ هسو و همکاران (Hsu et al., 2023)؛ اورکی و همکاران (Oraki, 2018)؛ سپاس و همکاران (Sepas, 2022)؛ بهزادی و همکاران (Behzadi et al., 2021) و زندی و همکاران (Zandi et al., 2023) همسو 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 انتخاب های نادرست گذشته است. بنابراین، به دست آوردن کنترل روی انتخاب ها و پذیرفتن مسئولیت خود در زمینه انتخاب ها 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 انتخاب هایش روبرو شود و درک کند که خود (نه دیگران و دنیا) در بدبختی هایش نقش دارد. اوست که باید انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند و در نهایت به یک زندگی منعطف تر، معنادارتر و لذت بخش تر دست یابد (Glasser, 2001). براساس نظریه انتخاب عدم موفقیت در دستیابی به نیازهای اساسی است که سبب می شود رفتار شخص از هنجارها عدول کند. براساس نظریه انتخاب آن چه به عنوان بیماری خوانده می شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی خود، انتخاب می کنند تا رفتار کنند (Glasser, 2013). اگر انسان انکار را کنار بگذارد و درک کند که باید ارزیابی دوباره خواسته ها و رفتارهایش را فرا بگیرد تا بتواند به انتخاب های بهتری برای دست یافتن به رضایت از زندگی دست بزند، در نهایت به یک زندگی منعطف تر، معنادارتر و لذت بخش تر دست یابد (Glasser, 2019). این نظریه تأکید می کند که به دلیل آن که رفتار انتخاب شده است، کناره گیری 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 رابطه ای ناخوشایند انتخاب می شوند، پس هنگام تعامل با افرادی که

در زندگی به آن‌ها نیاز است می‌بایست انتخاب‌های مؤثرتری انجام گیرد (Wubbolding, 2012). در نظریه انتخاب اعتقاد براین 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 هیچ گاه 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 این که 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 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 مسئله 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، آن‌شناسایی 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).

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 چرا که 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 انعطاف پذیری روان شناختی می شود، رهایی یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات موجب ارزیابی مجدد آنها، حل تعارضات و جمع بندی دوباره آنها می گردد در نتیجه فرد طی فرایند پذیرش و تعهد ویژگی های ناشناخته و امور نیمه تمام زندگی اش را برای خود و دیگران آشکار می سازد و در جواب آنها نیز ممکن است واقعیات و حقایق پنهانی را بیان کنند (Strosahl, 2002). این آشکار سازی می تواند موجب شکل گیری و تقویت صمیمیت بین فردی و کاهش عدم صداقت و دفاع های ارتباطی شود که به افزایش انعطاف پذیری روان شناختی کمک می کند. در فرایند پذیرش و تعهد، افراد یاد می گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی، موقعیت های ناراحت کننده را با تغییر نحوه پاسخ به آنها سازمان داده و به جای واکنش تکنانشی بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت با داشتن انعطاف پذیری کاستی های خود را ببینند و بپذیرند.

به طور کلی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می شود که سالمند بتواند معانی جدید و ساختار بهتری برای خود بیابد درواقع این دو رویکرد درمانی به سالمندان کمک می کند تا تجربیات و دستاوردهای گذشته را شناسایی و بررسی کنند تا از آنها معنا پیدا کنند، تعارض ها 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 می رسد. هر پژوهشی در مراحل مختلف انجام آن با محدودیت ها و دشواری های فراوانی روبرو می باشد. 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 صاحب نظران توصیه می شود 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 تعمیم پذیری نتایج این مطالعه بیفزایند. با توجه به اثربخشی درمان ها در پیگیری دو ماهه، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه نیز بررسی شوند. توصیه می شود که این دو روش درمانی به عنوان یکی از روش های مداخله ای در سالمندان مورد استفاده قرار گیرد. نتایج این مطالعه برای برنامه ریزان و متخصصان سرای سالمندی و مشاوران اشارات کاربردی دارد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه ای 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 رایت 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>
- Bell, H. M. (1939). *The theory and practice of personal counseling: With special reference to the Adjustment Inventory*. Stanford University Press. https://books.google.de/books/about/The_Theory_and_Practice_of_Personal_Coun.html?id=4z07AAAAIAAJ&redir_esc=y
- 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/10.1016/B978-0-323-85049-0.00011-8>
- Chan, F., Da Silva Cardoso E, Chronister JA. (2009). *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation*. Springer Publishing Company.
- 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/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Curto, E., Crespo-Lessmann, A., González-Gutiérrez, M. V., Bardagi, 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
- 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
- Glasser, W. (2013). *Take charge of your life: How to get what you need with Choice Theory Psychology*. IUUniverse 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/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/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://jpmm.marvdasht.iau.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
- 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/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
- 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/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>
- Torkaman, M., Miri, S., & Farokhzadian, J. (2018). Relationship between adaptation and self-esteem in addicted female prisoners in the south east of Iran. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 32(4), 1-10. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0168>
- 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/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