

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی

زهرا عسکری^۱، محمد طحان^{۲*}، الهه آهنگری^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، علوم پزشکی مشهد، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، کاشمر، ایران
۲. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، مدرس دانشگاه، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر، کاشمر، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

زمینه و هدف سندرم آشپانه خالی نوعی پژمردگی روحی است که به دنبال خالی شدن منزل از فرزندان و عدم حضور آن‌ها در کنار والدین، در پدر و مادر احساس می‌شود و از آنجایی که وقوع این سندرم در دوران میان‌سالی و سنین بالاتر ممکن است به لحاظ اجتماعی بر سلامت کلی جامعه اثرات زیان‌باری بگذارد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی انجام شد.

مواد و روش‌ها روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمام افراد سالمند مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی سپید مشهد در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از این جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ سالمند به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه پانزده‌نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه نود دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه در آغاز و پایان درمان به پرسش‌نامه کیفیت زندگی (IRQOL) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) انجام شد ($p < 0/01$).

یافته‌ها نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر است.

نتیجه‌گیری براساس یافته‌ها، در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، کیفیت زندگی در زمان پس‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافته است. یافته‌های این پژوهش نقش و اهمیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش

کلیدواژه‌ها:

سندرم آشپانه خالی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سالمندان.

۱. مقدمه

می‌گردد. ارتباط روشن و مؤثر بین افراد خانواده موجب تکامل احساسات و ارزش‌ها می‌شود [۱]. اهمیت خانواده به‌اندازه‌ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فردی دارد و روش اداره و نوع عملکرد آن با یکدیگر

وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است و عملکرد خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی آن می‌شود؛ به همین دلیل موجب رشد و تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضا

* نویسنده مسئول: محمد طحان

نشانی: خراسان جنوبی، بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند

تلفن: ۰۹۱۲۰۲۵۲۱۰۴ دورنگار:

رایانه: t.mohammad2@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0003-2175-4584

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0003-2691-1278

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۸، ص ۵۸۴-۵۹۱

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

است از درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان [۱۰].

با توجه به افزایش چشمگیر جمعیت سالمند در سراسر دنیا و شیوع روزافزون سندرم آشیانه خالی، ارائه راهکارهای درمانی در این زمینه ضروری است. بنابراین در این تحقیق، به گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداخته شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن عبارت‌اند از: ۱. پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها؛ ۲. عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به‌عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته. روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به‌شیوه‌ای منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است [۱۱]. هدف اصلی در این روش، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز صورت گیرد یا درواقع به فرد تحمیل شود [۱۲]. برای درمان افسردگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی روش‌های روان‌شناختی متعددی وجود دارد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری این روش به‌علت سازوکار نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد. نظام ارتباطی درونی خانواده در طی زمان گسترش می‌یابد، محدود می‌شود و تغییر مسیر می‌دهد؛ بنابراین خانواده باید آن‌قدر انعطاف‌پذیر باشد که ورود و خروج اعضای خویش را تحمل کند و مشوق کوشش اعضای آن برای به‌حرکت درآوردن در مسیر رشد و تحول شخصی خودشان باشد. به خانواده‌هایی که از چرخه زندگی خویش منحرف می‌شوند، باید کمک کرد تا مجدداً در مسیر تحولی خویش قرار بگیرند. کارتر و مک‌گلدریک پیشنهاد می‌کنند که در چنین موقعیت‌هایی، هدف اصلی خانواده درمانی عبارت است از احیای توان تحولی خانواده. به نظر هیلی، وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران (آشیانه خالی) را به کمک یکدیگر برطرف سازند و از این طریق به توازن

متفاوت است؛ به همین دلیل دانشمندان و صاحب‌نظران تقسیم‌بندی‌های مختلفی از خانواده ارائه می‌دهند [۲]. خانواده واحدی عاطفی - اجتماعی، کانون رشد و تکامل و التیام و شفا‌دهندگی، اولین مبدأ کسب هویت و تربیت و تعلیم، مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی، تسهیل‌کننده رشد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اعضا، عامل زیربنایی در تربیت عاطفی، تأمین اقتصادی و احساس تعلق است. خانواده نقش بنیادینی را در ایجاد سلامت و بیماری در افراد ایفا می‌کند و اصلی‌ترین نهاد در حفظ سلامت فرد و جامعه است [۳]. یکی از پیامدهای تهدیدکننده سلامت روان در خانواده که با گذشت زمان و ورود به دوره میان‌سالی روی می‌دهد، سندرم آشیانه خالی است. این سندرم احساس تنهایی و غم و اندوه فراگیر و پایداری است که ممکن است والدین هنگامی که فرزندانشان خانه را ترک می‌کنند، به آن دچار شوند [۴]. به‌محض آنکه فرزندان خانه را ترک می‌کنند، زن و شوهر درصدد معنا دادن به زندگی یا روابط خود برمی‌آیند. در این دوره، برخی ناراحتی‌ها و حتی استرس‌های منفی پدید می‌آید که از آن به سندرم آشیانه خالی یاد می‌کنند؛ بنابراین در این برهه اگر فعالیت‌هایی انجام نشود، ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. سندرم آشیانه خالی یک پاسخ ناسازگارانه و ناهنجار به انتقال به دوران پس از مسئولیت پدر و مادری است [۵]. زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند، والدین از انواع علائم مانند حس از دست دادن، غم و اندوه و افسردگی رنج می‌برند. این احساس اضطراب و استرس ممکن است با نگرانی‌هایی درمورد آینده و احساس تنهایی بیشتر افزایش یابد. نتایج تحقیقات نشان داد هنگامی که فرزندانشان خانه را ترک می‌کنند، والدین تأثیرات زیان‌آوری را تجربه می‌کنند؛ تجربه‌ای که به پیامدهای منفی از جمله افسردگی، اعتیاد به الکل، بحران هویت و کشمکش‌های زناشویی منجر می‌شود [۶]. غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارضات زناشویی می‌شود یا به‌سبب احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آن‌ها حالت افسردگی و تنهایی دست می‌دهد [۷]. به‌نظر کارتر و مک‌گلدریک، وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس نومیدی در والدین آن‌ها بیشتر می‌شود [به نقل از ۸]. افزایش سن، از دست دادن عزیزان به‌ویژه همسر و دوری از فرزندان، ابتلا به بیماری جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی و عوامل طبیعی و بیولوژیکی، همگی از عواملی است که افراد سالمند را مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب می‌کند و باعث کاهش رضایت از زندگی و به‌تبع پایین آمدن امید و کیفیت زندگی در این افراد می‌شود [۹]. بنابه تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه کیفیت زندگی (IRQOL) بود. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده و در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. این ابزار از ۲۶ سؤال در ۴ حیطه سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی تشکیل شده است. پایایی و روایی آن را بونومی و همکارانش ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. نجات و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای که جهت اعتبارسنجی این ابزار انجام دادند، هم‌بستگی درون‌خوشه‌ای و آلفای کرونباخ را برای تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به‌دست آوردند.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از رئیس محترم مرکز روان‌درمانی سپید مشهد برای برقراری ارتباط مؤثر با افراد سالمند، بیان هدف پژوهش و اطمینان دادن درباره محرمانه بودن اطلاعات و در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش به سالمندان، از بین تمام سالمندان مراجعه‌کننده به این مرکز که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌شکل تصادفی در ۲ گروه پانزده‌نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (نود دقیقه‌ای) درمان گروهی پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. هر دو گروه در آغاز و پایان درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. موارد اخلاقی شامل بی‌نام بودن پرسش‌نامه، محرمانه بودن اطلاعات مشارکت‌کنندگان و کسب اجازه از مسئولان دانشگاه رعایت گردید و سپس پژوهش شروع شد. تحقیق حاضر با کد IR.BUMS.REC.1397217 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به‌تصویب رسیده است.

جدیدی دست یافته، با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد [۱۳]. بر این اساس، با توجه به پیر شدن جامعه کنونی ما و فراموش شدن این قشر از جامعه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی است.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمام سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی سپید مشهد در سال ۱۳۹۶-۹۷ بود. از این جامعه آماری به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌طور کاملاً تصادفی در ۲ گروه پانزده‌نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به تحقیق به این شرح بود: ۱. افراد سالمندی که فرزندانشان به‌خاطر ازدواج، کار یا تحصیل خانه را ترک کرده‌اند؛ ۲. دریافت تشخیص افسردگی، اضطراب و غم براساس نظر روان‌شناس و روان‌پزشک مرکز؛ ۳. تمایل به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش؛ ۴. زندگی مشترک با همسر؛ ۵. عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی حاد. معیارهای خروج از پژوهش هم عبارت بود از: ۱. ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روانی حاد؛ ۲. عدم تمایل به شرکت در پژوهش؛ ۳. همکاری نکردن و عدم حضور مرتب در جلسه‌های درمانی.

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بون کانیکی (۲۰۱۲)

جلسه ۱	آشنایی اعضای گروه؛ بیان انتظارات از جلسه درمانی؛ بیان اصل رازداری؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه ۲	ایجاد امید و انتظار درمان؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار؛ اجرای تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه ۳	بررسی تکلیف؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات و تفکر غیرقضوتی؛ ارزیابی تکلیف
جلسه ۴	بررسی تکلیف؛ ارائه تکلیف ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ اجرای تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ ارزیابی تکلیف
جلسه ۵	بررسی تکلیف؛ آموزش و ایجاد شناخت تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی؛ اجرای تکنیک ذهن آگاه بودن؛ ارزیابی تکلیف
جلسه ۶	بررسی تکلیف؛ آموزش تعهد به عمل؛ اجرای تکنیک توجه انتخابی برای افکار خودآیند منفی؛ ارزیابی تکلیف
جلسه ۷	جست‌وجوی مسائل حل‌نشده، شناسایی طرح‌های رفتاری و تعهد برای عمل؛ ایجاد توانایی عمل در بین گزینه‌ها
جلسه ۸	بررسی تکلیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ گزارش بازخورد به اعضای گروه؛ قدردانی؛ اجرای پس‌آزمون

در این پژوهش، ۳۰ سالمند با میانگین سنی $71/93 \pm 13/87$ حضور داشتند که از بین آن‌ها ۷۰/۶٪ زن بودند. برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای اجرای آزمون‌های

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل نمودار، میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) استفاده شد.

۳. یافته‌های پژوهش

پارامتریک، ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در تمام متغیرهای پژوهش از آزمون گلموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. سطوح معناداری به دست آمده در تمام متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است. لذا پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک مانعی ندارد (پیش آزمون $p = 0/41$ و پس آزمون $p = 0/40$). قبل از اجرای تجزیه و تحلیل کوواریانس پیش فرض - های آن بررسی شد.

ابتدا پیش شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. همان طور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد، در تمام متغیرها، پیش شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است ($p =$

۰/۰۵). در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش آزمون (گروه * پیش آزمون) استفاده شد. مقدار ($F = 2/58$) و ($p = 0/08$) محاسبه شده برای اثر مذکور در تمام موارد معنادار نیست؛ لذا شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است (تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر هم‌پراش معنادار نیست) و استفاده از تحلیل کوواریانس مانعی ندارد.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۷۳/۴	۲۵/۸۲	۸۱/۶۷	۲۳/۴۶
کنترل	۶۲/۳۳	۲۶/۹۱	۶۲/۰۷	۲۷/۷۱

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی را در گروه آزمایش و کنترل در دو زمان پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همان طور که مشهود است، نمرات گروه آزمایش در متغیر کیفیت زندگی در پس آزمون بیشتر از پیش آزمون بوده است. برای بررسی معناداری این تفاوت خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ آمده است. برای تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و کنترل

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	میزان تأثیر (اتا)
پیش آزمون	۱۷۶۲۴/۴۸	۱	۱۷۶۲۴/۴۸	۵۷۳/۴۷	۰/۰۱	۰/۹۵
عضویت گروهی	۵۸۹/۴۱	۱	۵۸۹/۴۱	۱۹/۱۷	۰/۰۱	۰/۴۱
خطا	۸۲۹/۷۸	۲۷	۳۰/۷۳			
کل	۱۷۶۲۸۰	۳۰				

یافته است.

۴. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم آشپانه خالی انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به این سندرم مؤثر است. این یافته‌ها با پژوهش‌های طحان و همکاران [۱۴] و رومر و همکار [۱۵] همسویی دارد. فتحی احمدسرائی و همکاران [۱۶] و نصیری و همکاران [۱۷] نیز در تحقیق خود اثبات کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مؤثر است که با نتایج این تحقیق همسانی دارد. ما در حال حاضر می‌دانیم که درمان پذیرش و تعهد در بهبود

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با حذف اثر پیش آزمون کیفیت زندگی، اثر اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره‌های پس آزمون معنادار است. به عبارت دیگر، تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان (آزمایش - کنترل) با توجه به عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۹٪ اطمینان معنادار است ($p < 0/01$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۴۱ بوده است. بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود؛ یعنی بین کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندرم آشپانه خالی که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد؛ و پس از درمان پذیرش و تعهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره کیفیت زندگی افراد، با در نظر داشتن تأثیر پیش آزمون و نسبت به گروه کنترل، افزایش

زندگی آن‌ها افزوده می‌شود. همچنین در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان می‌دهد که در وهله نخست به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن به آگاهی درونی و وضوح آن است. به‌علاوه بر تقویت رابطه غیرقضاوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌شود. عدم قضاوت و انعطاف‌پذیری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های آشپانه خالی مفید است. در واقع فردی که در پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف داشته باشد، با بهبود کیفیت زندگی روبه‌رو می‌شود. درمان اکت از طریق عواملی باعث بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی (مانند آسیب‌پذیری) برای هیجانات منفی می‌شود. برخی از عوامل که باعث بهبود تنظیم هیجان می‌شود، عبارت‌اند از: پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب یا سرکوب یا تلاش برای تغییر آن‌ها. مبتلایان به سندرم آشپانه خالی نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند سازگاری، رضایت از زندگی و توان ایستادگی خود را حفظ کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک می‌کند تا خود را تنها، آسیب‌دیده و ناامید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود.

با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی در زندگی میان‌سالان مبتلا به سندرم آشپانه خالی و لزوم توجه به وضعیت روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها، مراکز بهداشت، بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی از این شیوه درمانی برای افزایش رضایت از زندگی و سلامت روانی اشخاص، به‌خصوص میان‌سالان مبتلا به سندرم آشپانه خالی، استفاده کنند. همچنین به‌منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج توصیه می‌شود پژوهش در گروه‌های دیگر از لحاظ طبقات فرهنگی، اجتماعی و جنسی انجام شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نبود امکان به‌کارگیری چند درمانگر در تسریع و بهینه کردن اطلاعات و داده‌ها و کمبود منابع فارسی و عدم استفاده از این درمان در سندرم مورد بررسی در کشور اشاره کرد.

قدردانی و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به‌طور ویژه تشکر می‌شود و نیز از تمام همکارانی که در این پژوهش ما را همیاری کردند، سپاس‌گزاریم. این پژوهش با کد IR.BUMS.REC.1397217 کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به‌تصویب رسیده است. در این بررسی، تمام اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها،

حال مراجعان و افزایش عملکرد آن‌ها مؤثر است؛ ولی درباره اینکه تأثیرات درمانی «چرا و چگونه» انجام می‌شود، چیز زیادی نمی‌دانیم. درباره علت تغییر افراد در فرایند روان‌درمانی بحث‌های نظری باکیفیتی وجود دارد؛ اما مستندات تجربی حمایت‌کننده بسیار اندک‌اند. به‌گفته مارک توین، «همه درباره آب‌وهوا صحبت می‌کنند؛ اما هیچ‌کس در مورد آن کاری انجام نمی‌دهد» [به نقل از ۱۸]. عوامل زیادی را می‌توان به‌عنوان میانجی‌هایی در ایجاد تغییرات درمانی بررسی کرد که همه آن‌ها را در یک پژوهش واحد نمی‌توان گنجاند. این پژوهش براساس مبانی نظری و تحقیقات انجام‌شده در گذشته [۱۶] که به بررسی «پذیرش» و «تعهد» پرداخته‌اند، صورت گرفته است.

راهبرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای تجارب درونی منفی، حذف یا نداشتن این تجارب نیست. این رویکرد درمانی بر تجربه کردن کامل هیجان‌های منفی به‌جای سرکوب کردن آن‌ها تأکید دارد. این مداخله زمینه را فراهم می‌کند تا فرد را با وجود داشتن هیجان‌های منفی و درعین حال سرکوب نکردن آن‌ها، به سمت ارزش‌های شخصی خود سوق دهد [۱۹]. درمانگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از استعاره‌ها و راهبردهای زیادی برای کمک به افراد برای دست کشیدن از کنترل تجارب درونی استفاده می‌کنند. چنین به‌نظر می‌رسد به‌کار بردن شیوه نامیدی خلاقانه و استعاره‌هایی مانند «انسان در چاه و باتلاق شنی» در پژوهش حاضر باعث شد سالمندان در مقابل افکار و هیجان‌ها پذیراتر شوند و راهکارهای اجتنابی مانند سرکوب هیجان‌ها را بی‌ثمر بدانند. همچنین فرایند تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌ناپذیر تلقی نکنند و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرند [۲۰].

در این پژوهش، آزمودنی‌ها به کمک تمرین‌ها، استعاره‌ها و توضیحات ذکر شده در جلسات پی‌برند آنچه را که آن‌ها جدی تلقی می‌کنند، فقط رشته‌ای از کلمات‌اند و بیانگر واقعیت نیستند. همچنین با به‌کارگیری راهبردهایی نظیر گلسش و ذهن‌آگاهی به سالمندان کمک شد تا افکار خود را مشاهده کنند و آن‌ها را پدیده‌های ذهنی بدانند و به قضاوت‌های منفی درباره خود یا وقایع نپردازند و صرفاً مشاهده‌گر افکار باشند. همچنین در پژوهش حاضر با ترغیب سالمندان به تعیین ارزش‌ها و انجام عمل مؤثر، به آن‌ها کمک شد به‌جای اجتناب از مشکلات، دست به اقدام متعهدانه در راستای ارزش‌های زندگی بزنند و مسئولیت زندگی‌شان را بپذیرند. درمان پذیرش و تعهد به‌سبب افزایش تلاش‌های فرد که متمرکز بر رشد شخصی است، معنای مثبت در ذهن وی می‌آفریند و مساعی فرد را برای کسب حمایت‌های اطلاعاتی، ملموس و عاطفی افزایش می‌دهد. در نتیجه بر کیفیت

پژوهش رعایت شده است.

رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از

References

- [1]. Khalidian M, Sohrabi F, Asghari Ganji A, Karami Z. Comparison of the effectiveness of two cognitive-behavioral group therapy and group therapy on reducing depression and increasing the life expectancy in an empty hole syndrome. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2017; 8 (29): 136-64. (persian)
- [2]. RashidiNezhad H, Tabrizi M, Shafiabadi A. Satyr parental training and family therapy approach to emotional family atmosphere. *Journal of Applied Psychology and research*, 2012; 13 (3): 11-14. (persian)
- [3]. Tahmassian K, Mootabi F, Chimeh N, Anari A, Anari R, Taheri Far Z. Situation Analysis of Iranain Families: Concept Of Healthy Family, Recognizing Features of I ranain Healty Family and Traumatic Factors From The Healthy Family and Traumatic Factors From The Healthy Family and Traumatic Factors From The Experts View. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*, 2017; 15 (8): 641-30.
- [4]. Sephod S . Frequency of empty hangar syndrome and its related factors in middle aged women of Ahwaz city. Master's Degree of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz 2016. (persian)
- [5]. Van der Senden, James W. *Developmental Psychology*. Translation by Hamza Ganji, Tehran: Savalan, 2014.
- [6]. Mahdi Yar F, Khayr M, Hosseini S.M. Comparing the syndrome of hives in parents before and after leaving their children. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2015; 15 (4): 17-29.
- [7]. Goldenberg, Irene; Goldenberg, Herbert. *Family therapy*. Translation: Hamid Reza Hossein Shahi Broooti, Siamak Nashebandi, Elham Arjmand. Tehran: Nasr Ravan, 2016.
- [8]. Momeni K. The effectiveness of integrative reminiscence and narrative reducing the symptoms of depression in elderly women across elderly, *Journal of Counseling and Family Therapy*, 2011; 1 (3): 388-361.
- [9]. Taban H, Ghasemi Gh, Kazemi M. *Old age problems in Iran and the world*. Tehran: Publication familiar, 2006. (persian)
- [10]. Bonomi A.E, Patrick D.L, Bushnell D. M. Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53 (1): 19-23.
- [11]. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens I. *The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework*. *Psychol Record*, 2010; 60: 249-72.
- [12]. Forman E. M, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds.), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 2008; 263-26.
- [13]. Khalidian M, Sohrabi F. The Effectiveness of Group Therapy on Decreasing Depression and Increasing Hope in the Elderly with Lack Syndrome. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 2015; 15 (4): 80-103. (persian)
- [14]. Tahan M, Ahangari E ,Askari Z. The effectiveness of group-based therapy based on commitment and acceptance on the increase of life satisfaction in people with hives syndrome. *Urmia Medical Journal*, 2017; 28 (9): 540-547. (persian)
- [15]. Rommer D, Hennessy M. A biosocial- affect model of adolescent sensation seeking the role of affect evaluation and peer group influence in adolescent drug use. *Soc Prevention Res* 2007; 8: 89-101.
- [16]. Fathi N, Neshat Dost, Hamid Taher, Manshei G.R, Nadi M.A. Determine the effectiveness of adherence-based treatment and commitment to quality of life in patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Health Education and Promotion of Health*, 2016; 4 (1): 31-39. (persian)
- [17]. Nasiri, S, Ghorbani M, Adibi P. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Treatment on Quality of Life in Patients with Functional Gastrointestinal Syndrome, 2015; 7 (4): 93-105. (persian)
- [18]. Kazdin, A.E. *Psychotherapy for children and adolescents*. New York: Oxford University Press, Inc, 2002.
- [19]. Twohig M, Masuda A, Varra A, & Hayes SC. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety disorder. In *Acceptance and mindfulness- based approaches to anxiety*, 2005; 101- 29.
- [20]. Abdali A, Golmohammadian M, Rashidi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on test anxiety and academic buoyancy of secondary high school female students. *Medical Sciences University of Sabzevar*, 2018; 25(4), 573-80. (persian)

The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment to Quality of Life in Elderly People with Nasal Syndrome

Zahra Askari¹, Mohammad Tahan^{2,3*}, Elahe Ahangari⁴

1. MSc. in Clinical Psychology, Mashhad University of Medical Sciences, Health Education Complex of Kashmar, Kashmar, Iran
2. Young Researchers and Elite Club, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
3. MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
4. M.A, Psychology, University Lecturer, Department of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor Kashmar, Kashmar, Iran

Abstract

Introduction: An empty nest syndrome is a kind of mental wilting, which is felt in the parents after the emptying of the house from their children and their absence along with parents, since the occurrence of this syndrome in middle age and ages Higher socially in this age group can have a special effect on the overall health of the community. Therefore, the present study aimed to determine the efficacy of a group therapy based on acceptance and commitment on the quality of life of the elderly with nasal syndrome.

Methods: A quasi-experimental research was carried out with a pretest-posttest design with control group. The statistical population consisted of all elderly people referred to the Mashhad Mashhad Psychiatric Center in 2018. In this voluntary and voluntary sample population, 30 elderly as a sample were randomly assigned to two groups of 15 experimental and control groups. The experimental group underwent eight sessions of 90 minutes of treatment based on acceptance and commitment, and the control group did not receive any treatment. Both groups responded to the quality of life questionnaire (IRQOL) at the beginning and the end of treatment. Statistical analysis of data was done with SPSS-22 software and inferential statistics (covariance analysis) ($p < 0.01$).

Results: The results showed that mean scores of quality of life in the post test of the experimental group were significantly higher than the mean post test scores in the control group.

Conclusion: According to the findings, the quality of life in post test period was significantly increased in the experimental group compared with the control group. The findings of this study indicate the role and importance of treatment based on admission and commitment in increasing the quality of life in the elderly with empty-nest syndrome.

Received: 2018/08/19

Accepted: 2018/11/10

Keywords: Empty-nest syndrome, Acceptance and commitment therapy (ACT), Quality of life, Seniors.