

شناخت، رفتار، یادگیری

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران

سمیه عظیمی^۱، ستار کیخاونی^۲، وحید احمدی^۳، ساره میرشکار^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: skakhavani@yahoo.com

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی 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 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. شرکت کننده‌ها 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 دقیقه‌ای 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 دقیقه‌ای بمدت زمان دوماه انجام شد. داده‌های 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 گروه‌های 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 میانگین‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

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

شيوه استناددهی: عظیمی، سمیه، کیخاونی، ستار، احمدی، وحید، و میرشکار، ساره. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران. شناخت، رفتار، یادگیری، (۲)، ۱۱۱-۱۲۶.



شيوه استناددهی: عظیمی، سمیه، کیخاونی، ستار، احمدی، وحید، و میرشکار، ساره. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران. شناخت، رفتار، یادگیری، (۲)، ۱۱۱-۱۲۶.

Cognition, Behavior, Learning

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

Somayeh Azimi¹, Sattar Kikhavani^{2*}, Vahid Ahmadi³, Sareh Mirshekar³

1. PhD Student in general psychology, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Medical Sciences, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

*Corresponding Author's Email: skaikhavani@yahoo.com

Submit Date: 2024-04-13

Revise Date: 2024-05-18

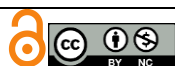
Accept Date: 2024-06-03

Publish Date: 2024-06-21

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility in older adults attending day rehabilitation centers in Tehran. This study employed a quasi-experimental design with a pretest, posttest, and follow-up, along with a control group. The statistical population comprised all older adults attending day rehabilitation centers in Tehran during the first half of 2024. From this population, 90 individuals who met the inclusion and exclusion criteria were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 30 participants each: two experimental groups (Reality Therapy and ACT) and one control group. Participants completed the Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) at pretest, posttest, and follow-up stages. The Reality Therapy protocol was based on the principles outlined by Glasser (2003) and was implemented over eight 90-minute sessions across two months. The ACT protocol was developed based on the principles proposed 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 indicated a significant difference between the Reality Therapy and ACT groups compared to the control group at both the posttest and follow-up stages ($P < 0.05$), demonstrating the effectiveness of both interventions in enhancing psychological flexibility. Additionally, a significant difference was observed between the two experimental groups in the posttest and follow-up stages ($P > 0.05$), with mean comparisons indicating greater effectiveness for ACT.

Keywords: *Psychological flexibility, Acceptance and Commitment Therapy, Older adults, Reality Therapy*



How to cite: Azimi, S., Kikhavani, S., Ahmadi, V., & Mirshekar, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Older Adults Attending Day Rehabilitation Centers in Tehran. *Cognition, Behavior, Learning*, 1(2), 111-126.

© 2024 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.

سالمندی فرآیند تغییرات طبیعی ناشی از گذشت زمان است، که با تولد آغاز و در طول زندگی ادامه پیدا می‌کند (Pruchno, 2021). افراد مسن، به‌طور کلی با توجه به طیف وسیعی از ویژگی‌ها از جمله سن، تغییر در نقش اجتماعی و تغییرات در توانایی‌های عملکردی تعریف می‌شوند (de Almeida Roediger et al., 2019). سالمندی از پدیده‌های مطرح در عرصه بهداشت و سلامت جهانی است با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می‌شود 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 می‌گیرند که این امر براساس میزان پیشرفته بودن کشورها متغیر است (Curto et al., 2019). سالمندی یکی از مراحل پرچالش زندگی و مجموعه پیچیده‌ای از تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی است که افراد سالمند با آن روبه‌رو می‌شوند و بار سنگینی برای عملکرد روانی اجتماعی و سلامت روانی آن‌ها به شمار می‌آید. سالمندی یکی از مراحل مهم در چرخه زندگی به‌شمار می‌رود و همین امر سبب می‌شود تا توجه به ابعاد مختلف زندگی سالمندان و تلاش برای ارتقای سطح سازگاری آن‌ها شایان توجه و اهمیت وافر قرار گیرد (Moini et al., 2023).

در فرایند سالمندی طبیعی، فرایندهای شناختی تحلیل می‌یابند. انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی و روانی در شرایط خطرناک است و با افزایش سن کاهش می‌یابد (Tootak & Abedanzadeh, 2021). منظور از انعطاف‌پذیری شناختی که حدود چهاردهه است محققان به آن توجه کرده‌اند، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیط است و می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (Entezari et al., 2018). انعطاف‌پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد و یک صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می‌دهد ایده‌های چندگانه را بپذیرد، در صورت لزوم، شناخت خویش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی پاسخ مناسب بدهد (Dajani & Uddin, 2015). انعطاف‌پذیری شناختی جنبه مهمی از عملکرد اجرایی تلقی می‌شود که توانایی انطباق مؤثر با تکالیف متغیر تعریف می‌گردد. با توجه به تغییر دائمی محیط، نیازها و اهداف، انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان عاملی بسیار مهم در بقا شناخته می‌شود. انعطاف‌پذیر بودن در دستیابی به موفقیت و اهداف در هنگامه روبرو شدن با دشواری و مشکلات اثرگذار است (Ghiasabadi Farahani, 2021). میزان انعطاف‌پذیری شناختی افراد در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آن‌ها بسیار تعیین‌کننده است. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر را دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیری کمی دارند، از نظر روان‌شناختی تاب‌آوری بالاتری دارند (Ram et al., 2019). انعطاف‌پذیری به سالمندان کمک می‌کند 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 می‌کند، افراد می‌توانند به روش‌های سازگارانه تر پاسخ دهند. این نه تنها به افراد کمک می‌کند تا به چالش‌ها بهتر پاسخ دهند، بلکه به آن‌ها کمک می‌کند تا با شکست‌ها در صورت وقوع، کنار بیایند (Ota et al., 2020).

یکی از جدیدترین درمان‌ها در حوزه سالمندی که می‌تواند بر سلامت روانی احساس ارزشمندی و سلامت اجتماعی آن تأثیرگذار باشد واقعیت درمانی 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 (Gargari, 2024; Taghizadeh et al., 2024). 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 واقعیت‌درمانی 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 بتوانند قدرت‌سازگاری و توان‌مقابله‌ی خود را حفظ نمایند. این درمان به سالمندان کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود (Habibi et al., 2018).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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 (Levin et al., 2024; Pavlova et al., 2024). نظریه‌پردازان این رویکرد بر این باور هستند که آسیب‌روانی با تلاش برای مهار کردن یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. درمان پذیرش و تعهد همچنین، طرفدار پذیرش تجربه‌های درونی است (Davis et al., 2024)، 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 واقعیت‌درمانی بر روی زنان مبتلا به ام اس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب و تشویق شرکت‌کنندگان به تمرینات مکرر، توجه متمرکز روی

محرك‌های 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 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 قرا گیرد. زندگی 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 موثر 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 این پژوهش به دنبال یافتن این موضوع است که آیا بین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه توانبخشی تهران تفاوتی وجود دارد؟

روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 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.

ابزار

سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و واندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) در آمریکا در سال ۲۰۱۰ ساخته شده و شامل ۲۰ عبارت است که ۲ مؤلفه جایگزین‌ها با ۱۳ گویه و گویه‌های شماره ۱، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و کنترل 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 سازندگان پرسشنامه (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 ناوارو 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, 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.

جدول ۱. شرح محتوای جلسات واقعیت درمانی

جلسات	محتوای جلسات واقعیت درمانی
اول	معارفه، تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضاء گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌ها ارتباطی، ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضاء و مشاور و ابلان قوانین گروه
دوم	آموزش مفاهیم نظری واقعیت درمانی، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضاء از خود و نحوه تاثیر این شناخت بر خود و دیگران. کمک به اعضاء در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی (شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازها اساسی اعضاء)
سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی اهداف افراد در زندگی و معرفی رفتار کلی و آشنا سازی افراد گروه با چهار مولفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) آموزش مهارت تصمیم گیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال.
چهارم	معرفی و توضیح تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری- تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضاء گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن به اهدافشان چه کمکی می‌تواند بکند.
پنجم	کمک به اعضاء برای شناختن رفتار و احساس کنونی شان و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تاکید بر کنترل درونی نسبت به اشتغال. آشنایی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجانات، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریع تر و بهتر کارها، آموزش برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک.
ششم	آشنایی اعضاء با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند.
هفتم	آموزش اصول ده گانه نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار- آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائه تکالیف هرچند کوچک، بر مبنای افزایش عزت نفس خود پنداره ارزشمند تا جلسه بعد.
هشتم	تاکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضاء، کمک به اعضاء برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرایند تغییر که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌شود.

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.

جدول ۲. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	معرفی اعضاء گروه و توضیح قوانین و اصول قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است. معرفی درماندگی خلاق که در آن شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌های قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد.
دوم	پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود و کنترل به عنوان کنترل مساله است نه راه حل، آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است.

تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه ناراحتی	
ارزیابی عملکرد- هدف جلسه: تمایز خودمفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری، سنجش توانایی درمان جو برای گسست از افکار احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفافیت سازی ارزش ها	سوم
ارزیابی عملکرد- هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده گری، سنجش توانایی درمان جو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش ها	چهارم
نشان دادن اهمیت ارزش ها و این که چگونه ارزش ها و تفهیم آن تمایل پذیرش را ارزشمند جلوه می دهد. ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی	پنجم
کمک به افراد گروه به طوری که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. انتخاب ها در برابر قضاوت ها/ تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)	ششم
کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعدد کردن به فعالیت های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش های بزرگتر درمان جو مشخص شده است.	هفتم
ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمان جو برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمان جو مهارت های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان، شناسایی راهبردهای ممکن، ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل.	هشتم

در این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای مربوطه و کد اخلاق، به مراکز نگهداری سالمندان مراجعه و با توجه به ملاک های ورود به پژوهش تعداد حدوداً ۷۰۰ نفر را که واجد شرایط تشخیص بودند و بعد از تشریح فرایند پژوهش و رعایت معیارهای اخلاقی بین آن ها پرسشنامه ها 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 جمع آوری و نمره گذاری سعی بر این شد که نتایج حدوداً ۱۶۰ نفر حایز اهمیت بیشتری باشد را که از بین آن ها قطعاً تعداد ۹۰ نفر که دارای ملاک های ورود به پژوهش (دامنه سنی ۸۰-۶۵ سال، داشتن سواد خواند و نوشتن، کسب نمره پایین تر در پرسشنامه های انعطاف پذیری روان شناختی، سازگاری اجتماعی و معنای زندگی، تمایل و رضایت جهت شرکت در پژوهش) انتخاب و به روش تصادفی ساده به سه گروه تقسیم شدند. گروه های آزمایش توسط رویکردهای منتخب مورد آموزش قرار گرفت. گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکرد. جلسات آموزشی به صورت گروهی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش (هفته ای یک بار در نوبت صبح)، توسط مشاور در یکی از اتاق های مخصوص مشاوره گروهی در یک کلینیک مددکاری برگزار شد. برای اجرای پس از آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت کنندگان پرسشنامه ها را تکمیل کردند. دو ماه پس از پایان جلسات آموزشی و برای انجام مرحله پیگیری، مجدداً از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه ها 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 آن ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش های آماری خی دو، تحلیل واریانس، تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر و آماره فیشر و برای آزمون پیش فرض های آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین، آزمون کرویت موچلی، آزمون گرینهوس-گیسر و آزمون تعقیبی بنفرونی و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده ها 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 ۷۰-۷۵ سال (۴۰/۰) و کمترین درصد فراوانی ۷۵-۸۰ سال (۶/۷) بود و همچنین میانگین و انحراف معیار سنی آنان برابر با $71/388 \pm 4/578$ 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. در جدول زیر، میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های مختلف در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل سنجش

گروه درمانی	مرحله سنجش	میانگین	انحراف معیار
واقعیت‌درمانی	پیش‌آزمون	۵۴.۹۸	۱۲.۰۸
واقعیت‌درمانی	پس‌آزمون	۷۸.۰۳	۵.۲۱
واقعیت‌درمانی	پیگیری	۶۹.۲۸	۱۴.۷۰
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۶۳.۹۵	۱۳.۳۲
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پس‌آزمون	۴۶.۲۴	۷.۱۲
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیگیری	۷۲.۵۸	۹.۸۷
گروه گواه	پیش‌آزمون	۵۸.۷۴	۱۱.۴۵
گروه گواه	پس‌آزمون	۶۰.۱۲	۱۰.۳۴
گروه گواه	پیگیری	۵۹.۰۸	۱۲.۲۱

نتایج جدول نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه‌های واقعیت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه گواه تقریباً مشابه است. اما در مرحله پس‌آزمون، افزایش معناداری در میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه آزمایشی مشاهده می‌شود، در حالی که تغییر محسوسی در گروه گواه دیده نمی‌شود. همچنین، در مرحله پیگیری، کاهش نسبی در میانگین نمرات گروه واقعیت‌درمانی مشاهده می‌شود، اما این مقدار همچنان بالاتر از مقدار پیش‌آزمون است. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پس از مداخله افزایش یافته و در مرحله پیگیری این افزایش حفظ شده است. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت هر دو روش درمانی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سالمندان است، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طولانی‌مدت اثر پایدارتری داشته است.

جهت بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های آماری، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد که نتایج نشان داد توزیع نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در هر سه گروه در مراحل مختلف سنجش از نرمالیتی برخوردار است ($P > 0/05$). همچنین، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد واریانس گروه‌ها در تمامی مراحل سنجش همگن است ($P > 0/05$). علاوه بر این، جهت بررسی فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون کرویت موچلی استفاده شد که نتایج آن نشان داد

این فرض برقرار است ($P > 0/05$) و بنابراین استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مناسب است. همچنین، مقادیر اپسیلون گرینهوس-گیسر محاسبه شد و در صورت نیاز تصحیح‌های لازم برای تحلیل داده‌ها اعمال شد. بر این اساس، تمامی پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده و تحلیل‌های آماری قابل اتکا هستند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای واقعیت درمانی و گروه گواه

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	P	η^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 ۴ 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 ۵. 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	η^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 ۵ نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در طول زمان تغییراتی داشته است ($P < 0/05$)، اندازه اثر زمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۹۸۴ است. همچنین نتایج تعامل زمان و گروه نشان تغییرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی 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 انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۹۸۴ می‌باشد.

جدول ۶. مقایسه زوجی مراحل سنجش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
انعطاف‌پذیری	پیش آزمون	واقعیت درمانی - اکت	-۰/۵۶۶	۰/۶۹۷	۱
روان‌شناختی		واقعیت درمانی - گواه	-۱/۷۳۳	۰/۶۹۷	۰/۰۵۴
		اکت - گواه	-۱/۱۶۶	۰/۶۹۷	۰/۶۹۷
	پس آزمون	واقعیت درمانی - اکت	-۱۳/۰۳۳	۰/۸۰۸	۰/۰۰۰
		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 ۶ 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 واقعیت‌درمانی 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 واقعیت‌درمانی 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 ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش هر دو بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثربخش بودند و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود.

در تبیین اثربخشی واقعیت‌درمانی می‌توان گفت واقعیت‌درمانی این باور است که انسان توانایی انتخاب دارد و می‌تواند 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 می‌شود و اگر آن را نیاموخته باشد، آسیب‌شناسی 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 داشته‌اند که واقعیت‌درمانی به سالمند کمک می‌کند 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 واقعیت‌درمانی 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 واقعیت‌درمانی بر حل مسئله و تصمیم‌گیری بهتر برای رسیدن به اهداف تمرکز دارد. واقعیت‌درمانی به سالمند کمک می‌کند تا بتواند با تصمیم‌گیری‌های مؤثرتر و با قبول مسئولیت،

رفتارهای ناکارآمدی که به رفع نیازهای 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 گسلس 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 (Seery et al., 2024)، 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 کند (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 درواقع 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 برنامه ریزان و متخصصان سرای سالمندی و مشاوران اشارات کاربردی دارد.

اصول اخلاقی

در پژوهش حاضر تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

Extended Abstract

Introduction

Aging is a natural process characterized by physical, cognitive, and social changes that impact individuals' overall well-being (Pruchno, 2021). With the rapid increase in the global aging population, it is estimated that the number of people aged 65 and older will double in the next four decades (Fotoukian et al., 2013). The cognitive decline associated with aging includes a reduction in psychological flexibility, which refers to the ability to adapt to changing environmental stimuli by altering cognitive responses (Entezari et al., 2018). Psychological flexibility plays a critical role in older adults' mental health, enabling them to regulate emotions, reframe stressful events, and maintain resilience (Dajani & Uddin, 2015). Reduced cognitive flexibility in older adults has been associated with lower adaptability, increased psychological distress, and diminished overall quality of life (Ram et al., 2019).

Reality Therapy (RT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have been explored as psychological interventions to improve cognitive and emotional adaptability. Reality Therapy, based on Choice Theory, emphasizes individual responsibility, decision-making, and control over one's actions (Glasser, 2003). It assists individuals in understanding how their behaviors affect their well-being and helps them shift from maladaptive to constructive choices (Shishefar, 2017). On the other hand, ACT is a third-wave behavioral therapy that focuses on psychological flexibility by encouraging acceptance of inner experiences rather than avoidance or suppression (Hayes, 2012). ACT integrates mindfulness and values-based actions to help individuals cope with distress and enhance their quality of life (Klimeczak & Levin, 2023).

Despite the established benefits of both therapies in different populations, limited research has examined their comparative effectiveness on psychological flexibility in older adults. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in enhancing psychological flexibility among older adults attending day rehabilitation centers in Tehran.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with a pretest, posttest, and follow-up, along with a control group. The study population consisted of all older adults attending day rehabilitation centers in Tehran during the first half of 2024. A total of 90 participants who met the inclusion and exclusion criteria were selected using purposive sampling and randomly assigned to three groups: Reality Therapy (n = 30), Acceptance and Commitment Therapy (n = 30), and a control group (n = 30).

The Cognitive Flexibility Inventory (Dennis & Vander Wal, 2010) was used to measure participants' cognitive flexibility at pretest, posttest, and follow-up. The Reality Therapy intervention followed the principles outlined by Glasser (2003) and was conducted in eight 90-minute sessions over two months. Similarly, the ACT intervention followed the principles of Hayes et al. (2012) and was administered in eight 90-minute sessions over two months. The control group did not receive any intervention.

The study adhered to ethical guidelines, and all participants provided informed consent. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) to assess changes in psychological flexibility across different time points.

Findings

The demographic analysis revealed that the majority of participants in all three groups were male, with the highest frequency observed in the Reality Therapy group (60%), ACT group (63.3%), and control group (66.7%). The age distribution showed that most participants in the Reality Therapy group were aged 70-75 years, while the ACT and control groups had a higher proportion of participants in the 65-70 age range.

The results of repeated measures ANOVA indicated significant changes in psychological flexibility over time in both the Reality Therapy and ACT groups ($p < 0.05$). The effect size for the time factor in increasing psychological flexibility was 0.982 for the Reality Therapy group and 0.984 for the ACT group. Additionally, there was a significant interaction effect between time and group ($p < 0.05$), suggesting that both interventions had a positive impact on psychological flexibility compared to the control group.

Pairwise comparisons showed no significant differences between groups at the pretest stage. However, at posttest and follow-up, both the Reality Therapy and ACT groups demonstrated significantly higher psychological flexibility scores compared to the control group ($p < 0.05$). Moreover, ACT was found to be more effective than Reality Therapy at both posttest and follow-up stages, as indicated by the mean comparisons.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrated that both Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy significantly improved psychological flexibility in older adults. However, ACT showed greater effectiveness in enhancing cognitive adaptability and emotional regulation over time.

The effectiveness of Reality Therapy can be attributed to its emphasis on personal responsibility and decision-making. Reality Therapy helps individuals recognize how their choices impact their well-being and provides them with tools to modify maladaptive behaviors. By fostering a sense of control and accountability, this approach enables older adults to develop healthier coping strategies and improve their psychological resilience. These results align with previous studies that have highlighted the role of Reality Therapy in enhancing self-regulation and adaptive functioning in older populations.

ACT, on the other hand, focuses on increasing psychological flexibility by encouraging individuals to accept rather than suppress negative thoughts and emotions. The core principles of ACT, including mindfulness, cognitive defusion, and values-based living, contribute to its effectiveness in helping older adults manage psychological distress. By shifting the focus from experiential avoidance to acceptance, ACT empowers individuals to engage in meaningful behaviors despite emotional discomfort. This approach may explain why ACT demonstrated superior long-term benefits in this study.

Given the growing aging population and the increasing need for effective psychological interventions, both Reality Therapy and ACT offer promising approaches for enhancing psychological flexibility among older adults. The findings suggest that ACT may be particularly beneficial for individuals struggling with cognitive rigidity and emotional distress, while Reality Therapy may be more suitable for those seeking structured behavioral modifications.

Future research should explore the long-term impact of these interventions beyond the two-month follow-up period. Additionally, studies with larger sample sizes and diverse cultural contexts would provide further insights into the generalizability of these findings. Practitioners working with older adults are encouraged to incorporate these evidence-based interventions into their therapeutic frameworks to promote psychological well-being and resilience in aging populations.

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>
- Davis, C. H., Klimczak, K., Aller, T. B., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2024). Reach, adoption, and maintenance of online acceptance and commitment therapy at a university: An implementation case study. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000834>
- 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, J. 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/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>

- Gargari, R. Y. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Reality Therapy on Emotional Regulation and Self-Efficacy in Women Seeking Divorce. *Psychology of Woman Journal*, 5(1), 12-22. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.1.2>
- 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*. HarperCollins. https://www.goodreads.com/book/show/230122.Counseling_with_Choice_Theory
- Glasser, W. (2003). *For parents and teenagers: Dissolving the barrier between you and your teen*. Harper Perennial. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282269114150016>
- 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., & Frosthalm, 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://jppmm.marvdasht.iau.ir/article_2556_1b01501fd8b120f22c11d43af7c41f2d.pdf
- Lennon, B. (2019). *A Choice theory psychology guide to stress: Ways of managing stress in your life (Choice Theory in action)*. Independently published. <https://wgii.ie/product/a-choice-theory-psychology-guide-to-stress/>
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- 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 Molineras, 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>
- Pavlova, M., Kohut, S. A., Jordán, I., Sumpton, J., Schraeder, K., Orr, S. L., Craddock, L., Noel, M., & Birnie, K. A. (2024). Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention for Parents Living With Chronic Pain: Feasibility and Acceptability Study. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 12(2), 170-180. <https://doi.org/10.1037/cpp0000525>

- 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.ljpsym_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>
- Seery, C., Leonard-Curtin, A., Naismith, L., King, N., O'Donnell, F., Byrne, B., & Bramham, J. (2024). Feasibility of the Understanding and Managing Adult ADHD Programme: open-access online group psychoeducation and acceptance and commitment therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Open*, 10(5), e163. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.743>
- 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>
- Taghizadeh, K., Lotfabadi, F., & Siami Alighialou, M. (2024). The Effectiveness of Reality Therapy on Identity Crisis and Mental Well-being of Child Laborers. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 43-50. <https://doi.org/10.61838/kman.jnnd.2.4.6>
- 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