

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت از زندگی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی

محمد طحان^۱، زهرا عسکری^۲، الهه آهنگری^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۵/۳۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: این پژوهش باهدف، بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت از زندگی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی انجام شد.

مواد و روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد می‌ان‌سال مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی سپید شهر کاشمر در سال ۱۳۹۵ بود. از این جامعه‌ی آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب، به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ 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 رضایت از زندگی (SWLS) داینر و همکاران (۱۹۸۵) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، با نرم‌افزار SPSS-22 و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های نشان داد که میانگین نمرات رضایت از زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت از زندگی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی تاثیر دارد. لذا می‌تواند به‌عنوان یک راهکار درمانی موردتوجه و استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، رضایت از زندگی، سندرم آشیانه خالی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره نهم، ص ۵۴۷-۵۴۰، آذر ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: خراسان جنوبی، قاین، شهرک ولیعصر، عطار ۷، تلفن: ۰۵۶۳۲۵۲۴۹۸۳

Email: t.mohammad2@gmail.com

مقدمه

بیشتر آدمیان در حال حاضر، چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سازگاری یا ناسازگاری، و ساخت کارآمد یا آشفته‌ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به‌صورت گروهی کارآمد یا توانا درآورد به‌نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائماً اعضای خود را از دست‌یابی به اهداف و نیازهای شخصی بازداشته باشد (۳). ویژگی تمام خانواده‌ها عبارت است از محبت، وفاداری، و تداوم عضویت. همین، ویژگی‌هاست که آن را از سایر نظام‌های اجتماعی متمایز می‌سازد (۴). هنگامی که این ویژگی‌ها مورد چالش قرار می‌گیرند، مثل زمانی که بحران خانوادگی پیش می‌آید، معمولاً باز هم

خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد، مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری‌های آن. ورود به چنین نظام سازمان یافته‌ای صرفاً از طریق تولد، فرزندخواندگی یا ازدواج صورت می‌گیرد (۱). همان‌طور که Kaye اظهار کرده است، خانواده‌ها، اعضای جدیدی به وجود می‌آورند و با آنکه سرانجام به این اعضای جدید، خودمختاری ارزانی می‌دارند، دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند (۲). خانواده از لحاظ ساختار نظام عاطفی پیچیده‌ای است که ممکن است دست‌کم سه، یا به خاطر طول عمر

^۱ باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مدرس دانشگاه پیام نور واحد کاشمر، کاشمر، ایران

خانواده در برابر تغییر مقاومت نشان می‌دهد و برای بازگردانی الگوهای تعاملی آشنای خود به حرکات اصلاحی تمسک می‌جوید. هر خانواده، بدون توجه به شکل آن (برای مثال، خانواده هسته‌ای، خانواده ناتنی، و خانواده تک‌والدی) یا توفیق نهایی که نصیبش می‌شود، باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند، به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از ریش (مثلاً، زمانی که فرزندان خانه را ترک می‌گویند) و نیز بحران‌های غیرمنتظره (طلاق، مرگ، بیماری‌های حاد ناگهانی) باشد. به‌طور کلی، همه خانواده‌ها باید خودشان را برای کنار آمدن با مشکلات روزمره زندگی آماده سازند. به‌ویژه، تمامی آن‌ها باید سبک‌ها و راهبردهای کنار آمدن با فشارهای روانی را که از درون و بیرون خانواده می‌جوشند، به روش موردنظر خودشان پرورش دهند (۱). ترک خانه به‌وسیله فرزندان می‌تواند برای زن و شوهرهایی که جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت‌آور باشد. به‌محض آنکه فرزندان خانه را بدرود می‌گویند زن و شوهر سعی می‌کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی‌ها و حتی استرس منفی تجلی می‌کنند که تحت عنوان «سندرم آشیانه خالی» یا «سندرم آشیانه متروک» از آن‌ها نام می‌برند (۵).

سندرم آشیانه خالی نوعی احساس غم، اندوه و تنهایی در والدین است که هنگامی که فرزندانشان خانه را ترک می‌کنند، در آن‌ها ایجاد می‌شود (۶). علائم سندرم آشیانه خالی عبارت است از: احساس از دست دادن هدف، احساس رد شدت یا نگرانی، افسردگی، استرس و اضطراب در مورد رفاه فرزندان است (۷). پژوهشگران معتقدند احساس تنهایی با عوامل بسیاری از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جنسی ضعیف و بیماری در ارتباط است (۸). Lever بیان می‌کند که درگیری در نشانگان آشیانه خالی نه‌فقط به معنای از دست دادن یا خارج شدن فرزندان از خانه، بلکه به معنای پیامدهای رنج‌آور ناشی از این مسئله است (۹،۱۰). به نظر Carter و McGoldrick، وقتی فرزندان خانه را ترک می‌گویند، احساس تنهایی و نومیدی در والدین آن‌ها بالا می‌رود (۱۱). پژوهشگران دریافته‌اند بین رضایت از زندگی و احساس تنهایی رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد (۱۲-۱۴).

رضایت از زندگی یکی از عوامل مهم در تکامل مثبت روانی است Sun و Shek نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند (۱۵). رضایت با نیاز دارای ارتباطی فراگیر است (۱۳). خانواده‌های زیادی هستند که فقط به خاطر فرزندانشان به زندگی مشترک خود ادامه داده‌اند و تمام ناکامی‌ها و کاستی‌ها را به خاطر فرزندانشان نادیده گرفته‌اند. این خانواده‌ها بعد از ترک

فرزندانشان از خانه، احساس تنهایی و افسردگی می‌کنند و دیگر بهانه‌ای برای ماندن در کنار یکدیگر نمی‌بینند. نتایج تحقیقات اخیر نشان داده زمانی که فرزندان خانه پدرها و مادرهای خود را ترک می‌کنند، روابط بین زن و شوهرها تیره و تارتر می‌شود. مرکز آمار ملی انگلستان طی مطالعه‌ای نشان داد میزان طلاق در بین زوج‌های بالای ۵۰ سال، بعد از ترک فرزندان از خانه به میزان ۶۵ درصد افزایش پیدا کرده است که نبود فرزندان در خانه عامل بسیار مؤثر در بروز این عامل و نارضایتی از زندگی است (۱۶). رضایت از زندگی به‌عنوان جزئی از کیفیت زندگی درک شده و جزء مهمی از احساس خوب بودن است و به‌عنوان ارزیابی شخصی و درکی هر فرد از وضعیت خودش در جنبه‌های مختلف زندگی تعریف می‌شود (۱۷). مطالعات مختلف نشان عدم رضایت از زندگی با بسیاری از بیماری‌های روانی مرتبط است (۱۸).

مشکلات مطرح‌شده نشان می‌دهد که سالمندان خصوصاً سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند که بر سلامت روان آن‌ها اثر می‌گذارد. از این رو اهمیت مداخلات روان‌شناختی برای کاهش و حتی رفع مشکلات در سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی دو ضروری است. لذا در این تحقیق به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) پرداخته شد. درمان پذیرش و تعهد بر روی یک نظریه فلسفی به نام زمی‌ن‌گرایی عملکردی مبتنی است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. اکت شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود این شش فرایند عبارت‌اند از پذیرش و گسلس خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد (۱۹). مفروضه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است، که منظور، اجتناب فرد از افکار و احساسات و سایر رویدادهای شخصی است (۲۰). ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای است که اثربخشی تاکنون در پژوهش‌های بسیاری در زمینه مسائل و مشکلات گوناگون تأیید شده است، به‌عنوان نمونه می‌توان به اثربخشی آموزش و پذیرش بر افزایش سازگاری (۲۱)؛ کاهش میزان افسردگی (۲۲)؛ کاهش اختلال اضطرابی (۲۳)؛ پریشانی روان‌شناختی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی اشاره کرد (۲۴). لذا با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش از یکسو و مسائلی که سالمندان خصوصاً سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی با آن مواجه هستند و کمبود تحقیقات داخلی در ارتباط با جامعه پژوهش، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش رضایت از زندگی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر است یا خیر؟

مواد و روش کار

۱. ابتدا به بیمارهای جسمی یا روانی حد ۲. عدم تمایل به شرکت در پژوهش ۳. همکاری نکردن و عدم حضور مرتب در جلسه- های درمانی.

ابزار گردآوری اطلاعات:

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS):

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS) توسط داینر، ایمونز، لارسن و گریفین در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. داینر خود از پیشگامان حوزه رضایت از زندگی است و نظریات بسیاری در این زمینه ارائه داده است. این پرسشنامه دارای ۵ ماده است که هر ماده در یک طیف لیکرت از ۱ تا ۷ نمره گذاری می‌گردد پایایی این مقیاس را از روش آلفای کرونباخ برای ملت‌های آمریکایی، آلمانی، ژاپنی، مکزیکی و چینی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۶۱ گزارش کردند. اسماعیلی (۱۳۸۷) برای تعیین پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کرد و ضریب پایایی را ۰/۸۰ گزارش کرد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از کسب اجازه از ریاست محترم مرکز روان‌درمانی سپید شهر کاشمر و برقراری ارتباط مؤثر با افراد می‌ان‌سال، بیان هدف پژوهش و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش به آن‌ها؛ از بین کلیه افراد می‌ان‌سال مراجعه‌کننده به این مرکز و دارای ملاکهای ورود به پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب، به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه- ای) درمان گروهی پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه در آغاز و پایان درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس-آزمون با گروه کنترل است. در این طرح پس از انتخاب نمونه‌ی تحقیق، آزمودنی‌ها به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، در ابتدا هر دو گروه به پرسشنامه رضایت از زندگی پاسخ می‌دهند (پیش‌آزمون). سپس گروه آزمایش در معرض اجرای متغیر مستقل (مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد) قرار می‌گیرند، و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند، در پایان مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه تحقیق پاسخ دادند (پس‌آزمون).

جامعه آماری و گروه نمونه:

جامعه آماری تحقیق، شامل کلیه افراد می‌ان‌سال مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی سپید شهر کاشمر در سال ۱۳۹۵ بودند. از این جامعه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب، به‌طور کاملاً تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به تحقیق:

۱. افراد می‌ان‌سالی که فرزندانشان به خاطر ازدواج، کار یا تحصیل خانه را ترک کرده‌اند. ۲. دریافت تشخیص افسردگی، اضطراب و غم بر اساس 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 حد.

ملاک‌های خروج از تحقیق:

پروتکل اجرایی جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۹)

جلسه ۱	آشنایی و معارفه 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؛ ارائه تکلیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه ۳	بررسی تکلیف؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات و تفکر غیر قضاوتی؛ ارائه تکلیف
جلسه ۴	بررسی تکلیف؛ ارائه تکلیف ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ ارائه تکلیف
جلسه ۵	بررسی تکلیف؛ آموزش و ایجاد شناخت تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی؛ ارائه تکنیک ذهن آگاه بودن؛ ارائه تکلیف
جلسه ۶	بررسی تکلیف؛ آموزش تعهد به عمل؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای افکار خودآیند منفی؛ ارائه تکلیف
جلسه ۷	جستجوی مسائل حل نشده، شناسایی طرح‌های رفتاری و تعهد برای عمل؛ ایجاد توانایی عمل در بین گزینه‌ها
جلسه ۸	بررسی تکلیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه؛ قدردانی؛ اجرای پس‌آزمون

جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل نمودار، میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس) با نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد:

جدول (۱): پیش‌آزمون و پس‌آزمون - میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت از زندگی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		رضایت از زندگی	آزمایش
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۸۶	۴/۸	۱/۳۶	۳/۸۷		
۱/۵	۳/۴	۱/۶۸	۳/۳۳		شاهد

برای اجرای آزمون‌های پارامتریک ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر پژوهش با استفاده از آزمون گلو موگروف - اسمیرنوف^۱ محاسبه گردید. سطوح معنی‌داری به‌دست‌آمده در متغیر

جدول (۲): نرمال-آزمون گلو موگروف - اسمیرنوف

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	مقدار آماره	پیش‌آزمون رضایت از زندگی
۰/۱۸	۳۰	۰/۰۷۱	
۰/۲۶	۳۰	۰/۰۲۴	پس‌آزمون رضایت از زندگی

قبل از اجرای تجزیه و تحلیل کوواریانس پیش فرض‌های آن بررسی شده است. ابتدا پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. همانطور که نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد در تمام متغیرها، پیش شرط تساوی واریانسها برقرار است ($P > 0.05$).

جدول (۳): تساوی واریانسها - آماره لوین برای آزمون تساوی واریانسها

سطح معنی‌داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	مقدار F	رضایت از زندگی
۰/۳۹	۲۸	۱	۰/۷۵	

در ادامه پیش فرض یکسانی شیب خط رگرسیون بررسی شد. بدین منظور از آزمون اثرات تعاملی متغیر گروه با پیش‌آزمون (گروه × پیش‌آزمون) استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برای اثر مذکور در تمام موارد معنی‌دار نیست، لذا شیب خط رگرسیون برای

جدول (۴): آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل

سطح معنی‌داری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	رضایت از زندگی
۰/۸۴	۰/۳۹	۰/۴۳	۱	۰/۴۳	گروه-پیش‌آزمون	

¹ Kolmogorov-Smirnov

کنترل) برحسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/01$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۳۶ بوده است.

نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون رضایت از زندگی اثر اصلی درمان ACT بر رضایت از زندگی معنی‌دار است و تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان (آزمایش -

جدول (۵): شاخص متغیر تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و شاهد

شاخص متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	مقدار f	معنی‌داری	میزان تأثیر (تا)
پیش‌آزمون	۲۷/۸۹	۱	۲۷/۸۹	۵۳/۳۷	۰/۰۱	۰/۶۶
عضویت گروهی	۸/۰۱	۱	۸/۰۱	۱۵/۳۴	۰/۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۴/۱	۲۷	۰/۵۲			
کل	۵۶۱	۳۰				

شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوارفکری، افزایش انعطاف‌پذیری در نحوه پاسخ‌دهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در کاهش افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط اجتماعی (پیشانی روان‌شناختی) مؤثر باشد. اکت با پذیرشی که برای فرد به بار می‌آورد می‌تواند چالش‌های ذهنی فرد برای پاسخگویی به سؤالاتی مانند چرا من؟ را از بین ببرد و فرد مدام در حال جستجو برای دلیل مشکل خود نمی‌شود و فرد بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این سؤالات و هیجانات آن‌ها را می‌پذیرد و به آرامشی دست می‌یابد که قبلاً نداشته است. این عامل می‌تواند به صورت مستقیمی منجر به کاهش ناراضیاتی از زندگی و پریشانی روان‌شناختی گردد (۲۸).

ذیرش و تعهد در افزایش رضایت از زندگی شامل تحریف آرمانی، ارتباطات و حل تعارض مؤثر است. Eifert و Pererson در تحقیقی نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر بهبود رضایت زناشویی مؤثر است. اکت افراد را تشویق می‌کند که با ارزشهای واقعی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها گردند. از دیدگاه پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب فرایند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش ناراضیاتی مؤثر است و کاهش آن می‌تواند نقش مؤثری در بهبود روابط و ارتباطات و رفع ناراضیاتی‌ها داشته باشد (۲۹). همچنین پذیرش بحث‌های غیرمؤثر خانوادگی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می‌کند و فضایی مهیا می‌کند تا افراد افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بپذیرند و بتوانند بدون قضاوت به تفکر بپردازند و احساس کنند و ناراضیاتی را کاهش دهند (۲۴). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد امکان می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش

نتیجه: فرضیه صفر رد و فرضیه آزمایش تأیید می‌شود یعنی بین رضایت از زندگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی که تحت درمان با ACT بوده‌اند و کسانی که تحت درمان نبوده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد؛ و پس از درمان ACT در گروه آزمایش میانگین نمره رضایت از زندگی افراد، با در نظر داشتن تأثیر پیش‌آزمون و نسبت به گروه شاهد، افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر رضایت از زندگی در سالمندان سندرم آشیانه خالی بود. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی در رضایت از زندگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر بود. نتایج این پژوهش با نتایج Hayes و Rommer هسو و همجهت است با این تفاوت که در این تحقیق به رضایت از زندگی در مبتلابات به سندرم آشیانه پرداخته شده است (۲۴، ۲۶، ۲۵). طحان و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر است که همجهت و مطابق با نتایج این پژوهش است (۲۷).

افسردگی، اضطراب، غم و تنهایی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی، منجر به کاهش رضایت از زندگی در این افراد می‌گردد، آن‌ها به میزان ناسالمی روی افکارشان متمرکزند و برای تغییر شکل یا فراوانی افکار نادرست در دامنه‌ای از رفتارهای فرار و اجتناب وارد می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزشهای زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است بپردازند، این درمان از مهارتهای ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش

از زندگی و سلامت روانی اشخاص، خصوصاً میانسالان مبتلا به سندرم آشیانه خالی استفاده نمایند و به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پیشنهاد می‌شود، پژوهش بر روی گروه‌های دیگر از لحاظ طبقات فرهنگی، اجتماعی و جنسی انجام شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به عدم امکان استفاده از چند درمانگر در تسریع و بهینه کردن اطلاعات و داده‌ها و کمبود منابع فارسی و عدم استفاده از این درمان بر روی سندرم آشیانه خالی در کشور اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکارانی که در این پژوهش ما را همیاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

حمایت مالی: این پژوهش بدون هر گونه حمایت مالی به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. **تعارض منافع:** تضاد منافی در این تحقیق وجود ندارد.

References:

1. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy. Translation: Hossein Shahi Broooti HR, Nashebandi S, Arjmand E. Tehran: Nasr Ravan; 2016.
2. Kaye K. Toward a developmental psychology of the family. In L. LAbate (Ed.), The handbook of family psychology and therapy (Vol. 1). Homewood, IL: Dorsey Prees; 1985.
3. Khalidian M, Sohrabi F. The Effectiveness of Group-Based Meaningful Therapy on Decreased Depression and Hope Growth in Elderly with Nasal Syndrome. Clin Psychol Stud 2013; 4 (15), 79-104.
4. Terkelson KG. Toward a theory of the family life cycle. In E. A. New York: Gardner; 1980.
5. Zenden J. Growth Psychology. Translation by Hamza Ganji. Tehran: Savalan Publication; 2013.
6. Clinic Staff M. Empty nest syndrome: Tips for coping 2013. Retrieve. www.mayoclinic.org

انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌شود، عدم قضاوت و انعطاف‌پذیری می‌تواند در افزایش رضایت از زندگی و کاهش نشانه‌های آشیانه خالی مفید واقع گردد. در واقع فردی که در پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود انعطاف داشته باشد با بهبود رضایت از زندگی روبه رو می‌شود. درمان اکت از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد و مبتلایان به سندرم آشیانه خالی نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند سازگاری، رضایت از زندگی و توان مقابله خود را حفظ کنند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این افراد کمک می‌کند تا خود را تنها، آسیب دیده و یا بدون امید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود. با توجه به اهمیت عوامل روان‌شناختی در زندگی میانسالان مبتلا به سندرم آشیانه 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

7. Myers EJ, Raup LJ. The empty nest syndrome: Myth or reality? J Counsel Devel 1989; 68(2), 180-3.
9. Lever HZ. Women as widows: Support systems. New York: Elsevier; 1977.
10. Mahdi Yar F, Hosseini Maryam. Comparing nursing syndrome in parents before and after leaving their children. Knowledge Res Appl Psychol 2013; 15 (4), 17-9.
11. Carter EA, McGoldrick M. Overview: The changing family life cycle: A framework for family therapy. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds), The changing family life cycle: A framework for family therapy (2nd ed). New York: Allyn and Bacon; 1988.
12. Ranjbar Hadi, Arab M, Hatami Zazadeh M, Shabani F, Nasri N. Correlation between the use of Internet problem with loneliness and life satisfaction among callers City kerman. J Nurs Midwifery Fac, Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services 2016; 26 (93), 40-31.

13. Kochaki G, Hojjati H, Sanagoo A. Relationship of feeling alone with life satisfaction in the elderly (cities of Gorgan and Gonbad). *J Res Develop Nurs Midwifery* 2011; 9 (1), 98-61.
14. Henrich M, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A Literature view. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(6): 695-718.
15. Sun RC, Shek DT. Life Satisfaction, Positive Youth Development, and Problem Behaviour Among Chinese Adolescents in Hong Kong. *Soc Indicators Res* 2010; 95 (3) 455- 74.
16. Dillner, L. How to cope when the children leave home. *Guardian News and Media Limited or its affiliated companies* 2010. <https://www.theguardian.com>.
17. Klaghofer R, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. Development of life satisfaction in young physicians: results of the prospective SwissMedCareer Study. *Int Arch Occup Environ Health* 2011;84(2):159-66.
18. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamaki H, Heikkila K, Kaprio J, Koskenvuo M. Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (3) 433-9.
19. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Counsel Psychol* 2012; 40(7), 976-1002.
20. Faghih MS, Kajbaf MB. The Effectiveness of Education Based on Acceptance Approach and Commitment to Mothers on the Self-Esteem of Children with Cleft Palate. *Quart J Appl Psychol* 2016; 10 (4), 453-76.
21. Nerimani M, Abbasi M, Abul Ghasemi A, Ahadi B. Comparison of the effectiveness of admission / commitment training with emotional regulation training on the adaptation of students with math disorders. *Learning disabilities* 2012; 2 (4), 154-76.
22. Yazdi R, Abedi MR. Treatment based on acceptance and commitment of Tehran. *Forest Publishing*; 2011.
23. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Cognitive Behav Practice* 2009; 16(1): 368-85.
24. Shahrnezhad S, Mouzen N, Hamidi M, Hashemi R, Bazzazadeh N, Bodaghi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychopathology, Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis. *Health J* 2017; 19 (1), 8-17.
25. Hayes Steven C, Luoma Jason B, Bond Frank W, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Therapy* 2006; 44(1), 1-25.
26. 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.
27. Tahan M, Emranry E, Asgari Z. The efficacy of group-based therapy based on commitment and admission on sexual satisfaction of people with nasal syndrome. *Quarterly Breeze of Health*. 2017.
28. Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh HM, Aho KM. Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System Sensitivity and psychological distress. *Person Indiv Differ* 2015; 72: 24-9.
29. Pererson BD, Eifert GH. Using Acceptance and Commitment Therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract* 2011; 18(4): 577-87.

THE EFFECTIVENESS OF GROUP-BASED THERAPY BASED ON COMMITMENT AND ACCEPTANCE ON IMPROVING THE LIFE SATISFACTION IN PEOPLE WITH NASAL SYNDROME

Mohammad Tahan^{1*}, Zahra Askari², Elahe Ahangri³

Received: 22 Aug, 2017; Accepted: 23 Oct, 2017

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to evaluate the efficacy of group-based therapy on commitment and acceptance in increasing life satisfaction in patients with empty nest syndrome.

Materials & Methods: The semi-experimental research had pretest design with control group. The statistical population included all middle aged people who referred to Kashmar Psychiatric Center in 2016. And 30 volunteers were selected randomly and were divided into two groups of 15 experimental and control groups. The experimental group received 8 consecutive 90-minute treatment sessions based on admission and commitment, and the control group did not receive any treatment. Both groups responded to the life-satisfaction questionnaire (SWLS) at the beginning and the end of treatment. Statistical analysis of the data was done with SPSS-22 and inferential statistics (covariance analysis).

Results: Findings showed that the mean of life satisfaction scores in the post test of the experimental group was significantly higher than the mean post-test scores in the control group.

Conclusion: The results showed that a group based on commitment and acceptance therapy leads to an increase in life satisfaction in people with empty nest syndrome. It can therefore be considered as a therapeutic approach.

Keywords: Acceptance and commitment, Life satisfaction, Empty nest syndrome

Address: N0.4, Atar 7, Valiasr, Ghaen, Khorasan, Iran

Tel: +985632524983

Email: t.mohammad2@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2017; 28(9): 547 ISSN: 1027-3727

¹ Young Researchers and Elite Club, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran (Corresponding Author)

² MSc in Clinical Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

³ MSc in General Psychology, Teacher of Payam Noor University of Kashmar, Kashmar, Iran