

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن

دکتر زیبا برقی ایرانی  
دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب

✉ زهره پیرحیاتی  
دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب

پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۰۵

دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۱۹

سالمندی دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن، سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی آنان مورد تهدید قرار می‌گیرد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش، سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن و مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی چشم نوردیدگان کرج بود. نمونه پژوهش شامل ۲۸ نفر بودند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برنامه مداخله بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت مشاوره گروهی انجام شد. نتایج با استفاده از روش تحلیل واریانس مکرر و آزمون‌های تبعی LSD تحلیل شد و نتیجه حاصل از این پژوهش اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر متغیر سلامت روان در سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی معنادار نشان داد ولی نتایج در خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی معنادار نبود. این اثرات در پیگیری نیز حفظ شده بود، اما مداخله مذکور بر عملکرد شناختی بی‌تأثیر بود. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سلامت روان در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روان، عملکرد شناختی، سالمندی، تخریب ماکولا وابسته به سن

بهداشت در مقابل هر کودکی که در کشورهای توسعه نیافته به دنیا می‌آید ۱۰ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر وجود دارد و تخمین زده می‌شود این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۱۵ نفر برسد (صمدی، بیات، طاهری، جنید و روزبهانی، ۱۳۸۶). بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان ایران به بیش از ۲۶ میلیون نفر برسد که در آن زمان ۲۶ درصد از کل جمعیت کشور را تشکیل خواهند داد (مرتضوی، اردبیلی، اسحاقی، دورالی، و شاه‌سیاه، ۱۳۹۱). با افزایش جمعیت سالمندان، سلامتی آنان به‌ویژه مشکلات

پدیده سالمندی با همه ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی از جمله مسائل جدی و چالش‌زا برای خانواده‌ها به‌طور اخص و برای جامعه به‌طور اعم در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است (رضایی و منوچهری، ۱۳۸۷). با توجه به گزارش سازمان جهانی

زهره پیرحیاتی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب، ایران؛ زیبا برقی ایرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به زهره پیرحیاتی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب، ایران باشد.

پست الکترونیکی: zohrehpirhayati@yahoo.com

دائمی در افراد مسن است که عامل دقیق آن ناشناخته می‌باشد، اما میزان وقوع با هر دهه افزایش سن بالای ۵۰ سال بیشتر می‌شود. سایر ارتباطات جدای از سن عبارت از نژاد (معمولاً قفقازی)، جنسیت (در زنان مختصری بیشتر)، سابقه خانوادگی و سابقه مصرف سیگار هستند. این بیماری طیف وسیعی از یافته‌های بالینی و آسیب‌شناسی را در بر می‌گیرد که به دو گروه قابل تقسیم است که عبارت از غیر اگزوداتیو (خشک) و اگزوداتیو (مرطوب) هستند. اگرچه هر دو نوع پیشرونده و معمولاً دوطرفه هستند، اما از لحاظ تظاهرات، پیش‌آگهی و معالجه با یکدیگر فرق دارند. نوع شدیدتر اگزوداتیو مسئول حدود ۹۰ درصد از همه موارد نابینایی قانونی به علت دژنراسانس ماکولا مربوط به سن است (اشترنخعی، ۱۳۸۷).

در وضعیت کنونی که بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن (در این بیماری ماکولا یا لکه زرد تخریب می‌شود) سبب نابینایی می‌گردد و نابینایی با هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی، عاطفی بسیاری بر سلامت روان افراد، خانواده و در نهایت جامعه تأثیرگذار خواهد بود و از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چشم‌اندازی به سلامت روان ایجاد می‌کند که اساساً با سایر مدل‌های روان‌درمانی متفاوت است. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش سلامت روان، در اصل به افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی بستگی دارد نه کاهش علائم مسأله یا اختلال روانی؛ و منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به اقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (فلکسمن، بلکلج، باند، ۱۳۹۳). بنابراین در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن پرداخته شد.

در پژوهش‌های متعدد بر اهمیت و ضرورت کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه از مؤلفه‌های سلامت روان (افسردگی و اضطراب) تأکید شده است از جمله بوهلمری و همکاران (۲۰۱۱) اثربخشی مداخله زود هنگام مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی بزرگسالان مبتلا به نشانه‌های افسردگی را نشان دادند. در

مربوط به سلامت روان<sup>۱</sup> بیشتر اهمیت می‌یابد (هیل و برتل، ۲۰۰۶).

به نظر روان‌شناسان سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از ۶۵-۶۰ سالگی آغاز می‌شود و در این دوره تغییراتی در شکل و عملکرد اندام‌های درونی و بیرونی بدن ایجاد می‌شود که سازگاری فرد با محیط را مشکل می‌سازد. با افزایش جمعیت سالمندان، مشکلات سلامتی آنان به‌ویژه مشکلات مربوط به سلامت روان بیشتر اهمیت می‌یابد (عالی‌وند، طهیری، قاسم‌وند، لطیفی و فتحی، ۱۳۹۳). سلامت روان حالتی از بهزیستی و این احساس در فرد است که می‌تواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت‌بخش است (دهقان، ۱۳۸۵). بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی در مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت عبارت از توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی است. بهداشت، تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. منظور از سلامت روان، سلامت در ابعاد خاص از جمله هوش، ذهن و حالت فکر است. از طرف دیگر سلامت روان بر روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. افراد دارای سلامت روان قادر هستند در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابند (کاظمی و همکاران، ۱۳۸۸). اختلالات شناختی یکی از مشکلات شایع در دوران سالمندی است (اسپرانز و همکاران، ۲۰۰۴) و در سال‌های اخیر مطالعات زیادی در زمینه تغییرات عملکرد شناختی مرتبط با افزایش سن انجام گرفته است (رشیدی، رضایی و قریب، ۲۰۱۴) که اکثر آنها ارتباط بین فعالیت اجتماعی، ذهنی و فیزیکی را با عملکرد شناختی در سالمندان تأیید می‌کنند (بک و الادی، ۲۰۱۴). به دنبال به وجود آمدن اختلال در عملکردهای اجرایی شناختی، عوارض شایع سالمندی شناختی همچون در جاماندگی، نقص در شروع و ناتوانی در مهار پاسخ‌های نامناسب مشاهده می‌شود. نقص در عملکرد اجرایی افت کارایی و ناتوانی سالمندان در انجام دادن فعالیت‌های روزانه آنها را موجب می‌شود (رحمانی،

۱۳۹۲). از آنجا که نابینایی بر سلامت روان مانند بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی (بیرد، مای‌فیلد و بارکر، ۱۹۹۷، به نقل از نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱) و عملکرد شناختی فرد تأثیرگذار است (نجاتی، ۱۳۸۹) و بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن، عامل اصلی نابینایی

<sup>۱</sup> mental health

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در چارچوب یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل مورد اجرا قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش، سالمندان زن و مرد ساکن شهر کرج بودند که مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن تشخیص داده شده و به کلینیک فوق تخصصی چشم نوردیدگان کرج در فاصله پاییز و زمستان سال ۱۳۹۴ تا بهار ۱۳۹۵ مراجعه نموده بودند. در این پژوهش ۲۸ نفر از افراد سالمندی را که زیر نظر چشم‌پزشک (حاضر در کلینیک نوردیدگان کرج) معاینه و مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن تشخیص داده شدند، به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی (نمونه‌گیری در دسترس) انتخاب و بر اساس نقطه برش در پرسش‌نامه سلامت‌روان و پرسش‌نامه عملکرد شناختی و ملاک‌های ورود و خروج در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل (۱) سن ۶۰ سال و بالاتر، (۲) ابتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن از نوع خشک یا مرطوب، (۳) گذشت حداقل ۵ سال از ابتلا به این بیماری (۴) نمره بالاتر از ۶ در مقیاس سلامت‌روان و ۲۳ یا ۲۴ در عملکرد شناختی، (۵) عدم وجود افسردگی شدید و احتمال خطر خودکشی، و (۶) عدم اختلالات عصب‌شناختی شدید می‌شد و ملاک خروج از پژوهش عبارت از عدم تمایل به ادامه درمان بود.

### ابزار

**پرسش‌نامه سلامت‌روان گلدبرگ<sup>۱</sup>.** این آزمون ۲۸ سؤال دارد که چهار زیرمقیاس را در بر می‌گیرد. زیرمقیاس اول شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به این زیرمقیاس است. زیرمقیاس دوم شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند که سؤالات ۸ تا ۱۴ را در بر می‌گیرد. زیرمقیاس سوم گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به این زیرمقیاس است. و بالاخره چهارمین

این بررسی بزرگسالان مبتلا به اختلال خفیف تا متوسط با میانگین سنی ۴۹ سال مورد بررسی قرار گرفتند و بعد از اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و پیگیری ۳ ماهه آن، کاهش قابل توجهی در اضطراب و خستگی مشاهده شد. کاکاوند و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی، به این نتایج رسیدند که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تنیدگی ادراک شده مثبت را افزایش و تنیدگی ادراک شده منفی را در بیماران قلبی-عروقی کاهش دهد. وسرل و همکاران (۲۰۱۱) به بررسی اثربخشی درمان (فردی) مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی ۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب منتشر پرداختند و انجام مداخله مذکور سبب کاهش نگرانی و افسردگی در افراد سالمند گردید. دویسون، اپینگاستال، رونی و اوکانر (۲۰۱۶) به بررسی اثربخشی یک مداخله درمانی بر اساس پذیرش و تعهد درمانی برای بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب در افراد مسن ساکن در مراکز مراقبت بلندمدت پرداختند. در این پژوهش چهل و یک نفر از ساکنان بین ۶۳ تا ۹۷ سال شرکت کردند. برای این افراد ۱۲ جلسه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و بعد از آن یک پیگیری سه ماهه نیز انجام گرفت. نتایج نشان داد که افسردگی این گروه بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر آمده است. جستجوی نویسندگان پژوهش حاضر در پایگاه‌های اینترنتی یافته‌هایی متناقض یا بی‌اثر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد مشکلات اضطرابی و افسردگی را نشان نداد. یافته‌های این پژوهش-ها حاکی از کارایی این شیوه نوظهور درمان شناختی‌رفتاری بود. در زمینه بررسی سلامت‌روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن در بین سالمندان خلأهای پژوهشی زیادی وجود دارد و تحقیق خاصی در این زمینه صورت نگرفته است. بنابراین و با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش در پی پاسخ به این دو سؤال است که (۱) آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت‌روان در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن تأثیرگذار است؟ و (۲) آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن تأثیرگذار است؟

<sup>1</sup> Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28)

شناختی فرد طبیعی است یا دارای اختلالات شناختی است را فراهم می‌کند. این آزمون توسط فولستاین، فولستاین و مک‌هوق (۱۹۷۵) ساخته و پایایی این تست به روش بازآزمایی بعد از ۲۴ ساعت توسط فولستاین ارزیابی شد و ضریب همبستگی آن  $0/88$  محاسبه گردید. این پرسش‌نامه برای بررسی عملکرد سلامت شناختی سالمندان استفاده می‌شود و اطلاعاتی در مورد جهت‌یابی «ثبت اطلاعات» توجه و محاسبه «یادآوری» طراحی حاصل می‌نماید. حداکثر نمره این آزمون ۳۰ است. نمره بین ۳۰-۲۴ سلامت شناختی و نمرات ۲۳ یا پایین‌تر نشان‌دهنده اختلال شناختی است. تعداد سؤالات این آزمون ۱۹ سؤال و دارای ۳۰ نمره است. زیرمقیاس حافظه و جهت‌یابی که سؤالات ۱ تا ۱۰ را شامل می‌شود (۱۰ نمره). زیرمقیاس ثبت اطلاعات که سؤال ۱۱ را شامل می‌شود (۳ نمره). زیرمقیاس توجه و محاسبه که شامل سؤال ۱۲ است (۵ نمره). زیرمقیاس یادآوری که سؤال ۱۳ را در بر می‌گیرد (۳ نمره) و زیرمقیاس ارزیابی توانایی‌های زبان و فهم که شامل سؤالات ۱۴ تا ۱۹ می‌باشد (۹ نمره). در تحقیق فروغان، جعفری، شیرین‌بیان، فراهانی و رهگذر (۱۳۸۵) روایی معاینه مختصر وضعیت شناختی به روش ملاکی همزمان نشان داد که این آزمون از روایی کافی برخوردار است. علاوه بر آن، محاسبه پایایی آن با دو روش تعیین آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن نیز کاملاً رضایت‌بخش بود. مطالعه مقدماتی انجام شده در ایران نیز روایی و پایایی را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵). نقطه برش مرسوم در این پرسش‌نامه ۲۳ و ۲۴ است.

**پروتکل درمانی.** برنامه مداخله بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مبتنی بر الگوی باند و هیز، ۲۰۱۱).

زیرمقیاس دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط هستند که سؤالات ۲۲ تا ۲۸ را در بر می‌گیرد. سیستم نمره‌گذاری سؤالات از صفر تا ۳ را در بر می‌گیرد. نمره هر فرد در هر زیرمقیاس از صفر تا ۲۱ متغیر است. نمره صفر تا ۷ نشانه وضع وخیم پاسخگو است. ۷ تا ۱۴ وضعیت در آستانه بیماری را نشان می‌دهد و نمره ۱۴ تا ۲۱ نشانگر وضع سلامتی پاسخگو است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به‌دست می‌آید. فردی که در مجموع از چهار زیرمقیاس، نمره صفر تا ۲۸ دریافت کند وضعیت وخیمی دارد. نمره ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه بیماری پاسخگو را نشان می‌دهد و فردی که نمره ۵۶ تا ۸۴ را کسب کند از وضعیت سلامتی خوبی برخوردار است. پایایی این پرسش‌نامه با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به ترتیب، ضرایب پایایی  $0/70$ ،  $0/93$  و  $0/90$  حاصل گردید. همچنین برای مطالعه روایی پرسش‌نامه مزبور از روش همبستگی خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین  $0/72$  و  $0/87$  متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسش‌نامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند (تقوی، ۱۳۸۰). نقطه برش ۶ با روش سنتی و نقطه برش ۲۳ با روش لیکرتی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است.

**پرسش‌نامه عملکرد شناختی.** این پرسش‌نامه از متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در سطح جهان است که اطلاعاتی را در مورد اینکه قابلیت‌های

## جدول ۱

پرتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (باند و هیز، ۲۰۱۱)

جلسه	خلاصه محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تکلیف خانگی، فهرست نمودن ۳ تا ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه هستند. (اضطراب، افسردگی و احساس ناتوانی در انجام کارها)
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش خود. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.

چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردها از گروه و برنامه‌شان برای باقی زندگی.

## روش اجرا

پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان در کلینیک چشم-پزشکی فوق تخصصی نوردیدگان البرز و بیان اهداف تحقیق، پرسش‌نامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به آنها اطمینان داده شد که پاسخ‌هایشان محرمانه باقی خواهد ماند. پس از مشخص شدن شرکت‌کنندگان بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه، برنامه مداخله بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مبتنی بر الگوی باند و هیز، ۲۰۱۱) در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به‌صورت مشاوره گروهی انجام شد و داده‌های پژوهش به کمک تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از آزمون

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آن بررسی شدند. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که با توجه به این که سطح معناداری این آزمون در متغیرهای پژوهش حاضر معنادار نبود، بنابراین می‌توان گفت داده‌های پژوهش حاضر توزیعی نرمال داشتند. نتایج آزمون لوین نیز معنادار نبود که نشان از برقرار مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. در ادامه سطوح معناداری حاصل از آزمون کرویت موشلی در مورد عملکرد شناختی (کمتر از میزان ۰/۰۵) به دست آمد. بنابراین می‌توان گفت که همگنی کوواریانس‌ها در مورد عملکرد شناختی رعایت نشده است و به دلیل رعایت نشدن مفروضه فرض کرویت، در خروجی تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر، نتایج آزمون گرین‌هاوس‌گیزر ارائه می‌گردد. در جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر ارائه گردیده است.

جدول ۲

تأثیر بین گروهی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
سلامت عمومی	۱۸۴/۷۷	۱/۳۶	۱۳۶/۰۱	۱۳/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
سلامت عمومی و گروه	۲۳۷/۹۳	۱/۳۶	۱۷۵/۱۳	۱۷/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
نشانه جسمانی	۱۴/۰۲	۱/۴۷	۹/۵۷	۶/۲۷	۰/۰۰۹	۰/۱۹
نشانه جسمانی و گروه	۲۷/۱۷	۱/۴۷	۱۸/۵۴	۱۲/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲
اضطراب	۲۸/۱۷	۱/۳۲	۲۱/۲۷	۶/۰۸	۰/۰۱	۰/۱۹
اضطراب و گروه	۴۲/۶۴	۱/۳۲	۳۲/۲۰	۹/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۶
کارکرد اجتماعی	۵/۷۴	۱/۳۷	۴/۱۷	۴/۹۳	۰/۰۲	۰/۱۶
کارکرد اجتماعی و گروه	۱/۳۶	۱/۳۷	۰/۹۹	۱/۱۶	۰/۳۱	۰/۰۴
افسردگی	۴/۹۵	۱/۴۸	۳/۳۳	۷/۷۳	۰/۰۰۳	۰/۲۳
افسردگی و گروه	۶/۳۸	۱/۴۸	۴/۲۹	۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸

مشاهده نشد. این نتایج بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی است. میزان تأثیر یا تفاوت (مجذور اتا) و توان آماری هر کدام از متغیرها در جدول ۲ ارائه گردیده است. به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون تعقیبی (LSD) با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شده است. این آزمون به منظور مقایسه دو به دو میانگین‌ها انجام می‌شود که نتایج آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های نشانه‌های جسمانی و افسردگی در سطح  $p \leq 0/01$  و همچنین اضطراب، کارکرد اجتماعی در سطح  $p \leq 0/05$  تفاوت معناداری به دست آمده است. در بررسی تعامل بین مراحل آزمون و گروه‌ها، نتایج نشان داد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در میزان سلامت عمومی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی تعامل معناداری مشاهده شد ( $p \leq 0/01$ )، اما در مورد کارکرد اجتماعی تعامل معناداری

## جدول ۳

واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن در مقایسه دوه‌دو مراحل آزمون در گروه آزمایش

مراحل		پیش‌آزمون-پیگیری		پس‌آزمون-پیگیری		متغیر
تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	
۰/۳۸	-۰/۵۷	۰/۰۰۴	۲/۸۲	۰/۰۰۰۱	۳/۳۹	سلامت عمومی
۰/۳۷	-۰/۲۵	۰/۰۵۲	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶	نشانه جسمانی
۰/۵۳	-۰/۲۱	۰/۰۴	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱	۱/۳۲	اضطراب
۰/۱۵	-۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۵۷	افسردگی

نیز مانده است؛ اما کاهش معنادار نشانه‌های جسمانی با گذشت زمان پایدار نمانده است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان می‌دهد، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان عملکرد شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p \leq 0/05$ ). همچنین در بررسی تعامل بین مراحل آزمون و گروه‌ها، نتایج نشان داد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در میزان عملکرد شناختی تعامل معناداری مشاهده نشد ( $p \leq 0/05$ ). این نتایج بیانگر اثربخش نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد شناختی در مبتلایان به تخریب ماکولا وابسته به سن است.

بر اساس نتایج جدول ۳، بین میانگین نمرات سلامت عمومی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی در مقایسه مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p \leq 0/01$ ). همچنین بین میانگین نمرات سلامت عمومی ( $p \leq 0/01$ ) و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی ( $p \leq 0/05$ ) در مقایسه مراحل پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری به دست آمد؛ اما تفاوت معناداری در مورد نشانه‌های جسمانی مشاهده نشد. به طور کلی نتایج نشان داد که میزان مشکلات سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است و این کاهش به مرور زمان پایدار

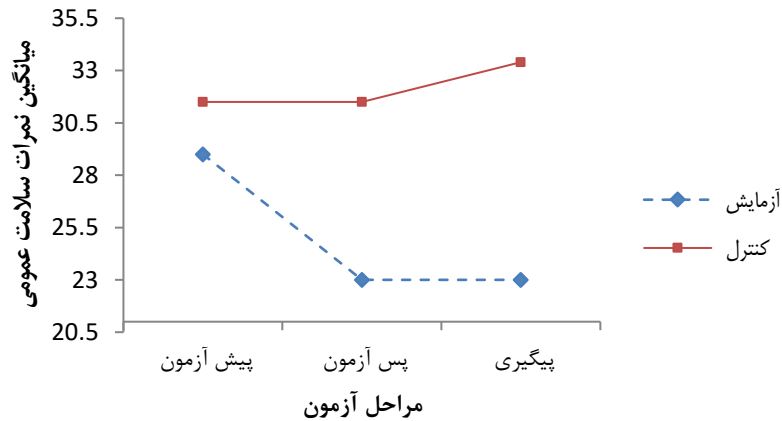
## جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل متغیر عملکرد شناختی

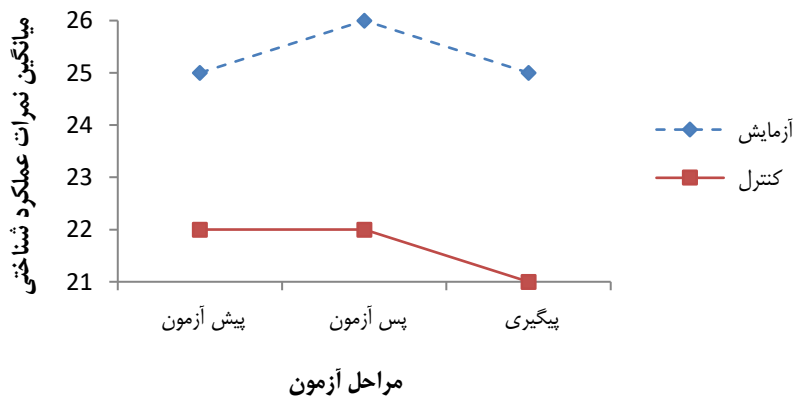
تأثیر بین گروهی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
عملکرد شناختی	۷/۱۴	۱/۳۹	۵/۱۱	۲/۱۲	۰/۱۵	۰/۰۸
عملکرد شناختی و گروه	۵/۸۱	۱/۳۹	۴/۱۶	۱/۷۲	۰/۱۹	۰/۰۶

را در سه مرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

نمودار ۱ وضعیت میانگین نمرات سلامت عمومی کل را در سه مرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد و نمودار وضعیت میانگین نمرات عملکرد شناختی



شکل ۱. میانگین نمرات سلامت عمومی کل در سه مرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل



شکل ۲. میانگین نمرات عملکرد شناختی در سه مرحله آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

## بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن پرداخته شد. سلامت روان قدرت آرام زیستن با خود و دیگران است. قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با فشارهای روانی است. شخص سالم از کار و زندگی احساس رضایت می‌کند و از وقت خود استفاده مفید می‌کند و با دیگران تفاهم دارد و برای احساس و عواطف مردم اهمیت قائل بوده و آنها را محترم می‌شمارد. چنین فردی می‌تواند دوست بدارد و محبت بپذیرد، حقایق را قبول کرده و خود را

با آنها وفق دهد و با اجتماع سازش کند. فرد سالم احساس می‌کند راحت است و می‌تواند با خودش زندگی کند. محرومیت‌ها و استعدادهای خود را می‌شناسد، کمبودهای خود را می‌پذیرد بر احساسات خود تسلط دارد و معیارهای جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کند زیر پا نمی‌گذارد. معیار دیگر سلامت روان چگونگی روابط فرد با اطرافیان است. شخص سالم خود را با ناملایمات تطبیق داده از راه سازگاری به عرصه زندگی وارد می‌شود و اهداف واقع‌گرا را برای خود در نظر می‌گیرد و برای دستیابی به آنها اقدام می‌کند (میلانی‌فر، ۱۳۷۶). در رویکرد پذیرش و تعهد هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود

اكتسابی انجام گرفت و نتایج نشان حاکی از آن بود که مقداری همپوشانی بین سازه‌های انعطاف‌پذیری شناختی با انعطاف‌پذیری روانی وجود دارد ولی لزوماً نباید فرد از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیر باشد تا انعطاف‌پذیر روانی نیز به حساب آید اما این امر می‌تواند کمک کننده باشد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش شامل کمبود پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه این مطالعه؛ بی‌سواد بودن برخی از اعضای نمونه و احتمال عدم درک صحیح پرسش‌نامه‌ها و تحت تأثیر قرار دادن نتایج پژوهش؛ دشوار بودن انتساب نمونه و هزینه و زمان بر بودن آن (زمان حدود یک سال)؛ انجام پژوهش در یک کلینیک در کرج و اشکال در تعمیم نتایج آن به سایر مناطق می‌شوند. در قسمت پیشنهادات، با توجه به اینکه این پژوهش در کلینیک فوق تخصصی چشم‌پزشکی نوردیدگان کرج انجام شد، می‌تواند در سطح وسیع‌تری انجام گیرد تا نتایج آن قابل تعمیم به سایر مناطق و استان‌ها باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش مؤثرتر در امر انتقال روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برخورد با اعضای کم‌سواد و بی‌سواد انجام گیرد و علاوه بر پرسش‌نامه از مصاحبه نیز استفاده گردد.

**سپاسگزاری:** بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و همچنین اساتید محترم کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

اشترنخعی، پ. (۱۳۸۷). خلاصه چشم‌پزشکی و وگان. تهران: طبیب.

اشمیت، ر.، و تیموث، ل. (۱۳۸۷). کنترل و یادگیری حرکتی با تأکید بر رفتار (ترجمه: ا. فرخی، ع. بهرام و ح. خلجی). تهران: نرسی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹)

تقوی، م.، (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۲۰، ۳۹۸-۳۸۱.

دهقان، ن.، (۱۳۸۵). *ارتباط بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت‌ذهنی با برنامه آموزشی در دانش‌آموزان یزد* (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

رحمانی، م.، (۱۳۹۲). *تأثیر تمرینات پیلاتس بر بهبود برخی از فاکتورهای شناختی، تعادل و کیفیت زندگی سالمندان مرد غیرفعال شهر کرمانشاه* (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه رازی، کرمانشاه.

که به آنها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. مراجعان با جایگزین کردن «خود به‌عنوان زمینه» توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند در واقع هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد بود. این رویکرد همان‌طور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معناداری در مؤلفه‌های سلامت‌روان یعنی نشانه‌های جسمانی، افسردگی و اضطراب و افزایش سلامت عمومی این بیماران شد. با استفاده از این درمان به‌خوبی می‌توان مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد. نتیجه پژوهش با نتایج پژوهش‌های وسرل و همکاران (۲۰۱۱)، دویسون و همکاران (۲۰۱۶)، و اسکات، دالی، یو، و مک‌کراکن (۲۰۱۶) همخوانی دارد.

با توجه به نمرات، این سؤال که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن تأثیرگذار است تأیید نمی‌گردد. در پژوهش حاضر مداخله درمان مبتلا به پذیرش و تعهد تأثیری بر عملکرد شناختی سالمندان نداشت نکته حائز اهمیت این است که با توجه به یافته‌های پژوهش هربرت، برایان و اسپیگل هالتر (۱۹۹۹) که بر روی گروهی از سالمندان انجام شد نشان دادند که میزان ناتوانی در فعالیت، رابطه معکوس با میزان عملکردهای شناختی و خلقی سالمندان دارد و این مطلب نشان می‌دهد که عملکرد شناختی مؤلفه‌ای است که بعد جسمانی و فیزیکی افراد در آن بسیار مهم است و کهولت سن سبب ضعف آن می‌شود و این خود می‌تواند دلیلی بر اثربخش نبودن این درمان بر متغیر ذکر شده باشد. به زعم نگارنده اگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با رویکردهای دیگر همچون درمان مبتنی بر شفقت و درمان شناختی-رفتاری غنی‌سازیم بر متغیر مذکور تأثیرگذارتر باشد. البته در این زمینه نیاز به پژوهش‌های بیشتری می‌باشد. پژوهش ویتینگ، دیانی، کیاروچی و مک‌لود (۲۰۱۴) بر روی ارتباط انعطاف‌پذیری روانی (که از پیامدهای رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است) با انعطاف‌پذیری شناختی در افراد آسیب مغزی



- رشیدی، و.، رضایی، م.، و غریب، م. (۱۳۹۳). شیوع اختلال شناختی در بزرگسالان سالمند ساکن خانه سالمندان. *مجله نوروساینس بالینی و پایه*، ۵(۱)، ۲۸-۳۶.
- رضایی، س.، و منوچهری، م. (۱۳۸۷). بررسی و مقایسه اختلالات روانی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در شهر تهران. *مجله سالمندی ایران*، ۳(۱)، ۱۶-۲۵.
- صمدی، س.، بیات، ا.، طاهری، ج.، جنید، ب.، و روزبهانی، ن. (۱۳۸۶). اثربخشی فعالیت‌های فیزیکی منظم بر سلامت روان سالمندان. *مجله علوم پزشکی قزوین*، ۱(۴۲)، ۸۳-۹۴.
- عالی‌وند، پ.، طهیری، م.، قاسم‌زاده، ر.، لطیفی، م.، و فتحی، ک. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت روان سالمندان کم‌شنوای دارای سمعک و بدون سمعک اهواز سال ۱۳۹۱. *مجله علوم پیراپزشکی و توان بخشی مشهد*، ۳(۱)، ۳۷-۴۵.
- فروغان، م.، جعفری، ز.، شیرین بیان، پ.، قائم مقام فراهانی، م و رهگذر، م. (۱۳۸۵). هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی در سالمندان شهر تهران. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۲)، ۲۹-۳۷.
- فلکسمن، پ. آ.، بلکلج، ج. ت.، و باند، ف. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و پایداری (ترجمه م. میرزایی، و س. نونهال). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۱)
- کاظمی، ه.، قاسمی، س.، شریفی، ف.، فخرزاده، ح.، قادرسپاهی، م.، میرعارفی، م.، ... محمدخانی، پ. (۱۳۸۸). ارتباط وضعیت شناختی و توانایی عملکردی در سالمندان آزمایشگاه خیریه کهریزک. *مجله سالمند ایران*، ۱۲(۴)، ۱۲-۲۵.
- کاکاوند، ع.، باقری، م.، و شیرمحمدی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی. *فصلنامه روان‌شناسی پیری*، ۱(۳)، ۱۷۷-۱۸۵.
- محمدی، ل.، صالح‌زاده ابرقوئی، م.، و نصیریان، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹)، ۸۵۳-۸۶۱.
- مرتضوی، ص.، اردبیلی، ح.، عشاقی، ر.، بنی، ر.، شاه‌سیاه، م.، و بطلانی، س. (۱۳۹۱). اثربخشی فعالیت‌های فیزیکی منظم بر سلامت روان سالمندان. *مجله پزشکی اصفهان*، ۲۹(۱۶۱)، ۱-۱۰.
- میشارا، ب.، و ریدل، ر. (۱۳۷۱). *روانشناسی بزرگسال* (ترجمه ا. داوودیان، و ح. گنجی) تهران: اطلاعات. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۴)
- میلانی‌فر، ب. (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*. تهران: قوس.
- نجاتی، و. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای شناختی مغز در نابینایان و بینایان هم‌تا. *مجله طب نظامی*، ۱۲(۴)، ۲۱۷-۲۲۱.
- نریمانی، م.، سلیمانی، و.، و ابوالقاسمی، ا. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر دانش‌آموزان نابینا و بینا. *فصلنامه روانشناسی مدرسه*، ۲(۱)، ۱۳-۱.
- هریس، ر. (۱۳۹۳). *در آغوش کشیدن اهریمنان ذهن* (ترجمه ع. فیضی). تهران: ارجمند.
- Bak, T. H., & Alladi, S. (2014). Can being bilingual affect the onset of dementia? *Future Neurology*, 9(2), 101-103.
- Bal, A. E., & Goldberg, A. P. (2015). Insights into autism spectrum disorder genomic architecture and biology from 71 risk loci. *Neuron*, 87(6), 1215-1233.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior research and therapy*, 49(1), 62-67.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42 (4), 676-688.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2016). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766-773.

- Dindo, L., Recober, A., Marchman, J. N., Turvey, C., & O'Hara, M. W. (2012). One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: a pilot study. *Behavior research and therapy*, 50(9), 537-543.
- Esperanza, A., Miralles, R., Rius, I., Fernandez, B., Digón, A., Arranz, P., ... Muniesa, J. M. (2016). Evaluation of functional improvement in older patients with cognitive impairment, depression and/or delirium admitted to a geriatric convalescence hospitalization unit. *Arch Gerontol Geriatr*, 9, 149-153.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *General health questionnaire*. Granada Learning Group.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment*
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., ... Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.
- therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hereford, A. (2001). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(3), 309-318.
- Hébert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150(5), 501-510.
- Hill, A., & Brettle, A. (2006). Counselling older people: what can we learn from research evidence? *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 281-297.
- Scott, W., Daly, A., Yu, L., & McCracken, L. M. (2016). Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 3(7), 860-867.
- Whiting, D. L., Deane, F., Ciarrochi, J., McLeod, H., & Simpson, G. (2014). Exploring the relationship between cognitive flexibility and psychological flexibility after acquired brain injury. *Brain Injury*, 28(5-6), 646-647.