



Research Article

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Improving Cognitive Flexibility in the Elderly

Afshin Einbeigi ¹ , Ali Akbar Soleimani ^{2,*} , Mahmoud Jajarmi ³ 

¹ PhD Student, Department of Counseling, Islamic Azad University, Bojnord, Branch, Iran

² Associate Professor, Department of Counseling, Humanities Faculty, University of Bojnord, Bojnord, Iran

³ Associate Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Bojnord, Branch, Iran

* **Corresponding author:** Ali Akbar Soleimani, Associate Professor, Department of Counseling, Humanities Faculty, University of Bojnord, Bojnord, Iran. E-mail: soliemani@gmail.com

DOI: [10.52547/nkums.13.1.85](https://doi.org/10.52547/nkums.13.1.85)

How to Cite this Article:

Einbeigi A, Soleimani AA, Jajarmi M. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existentialism Therapy on Increasing Improving Cognitive Flexibility in the Elderly. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2021;**13**(1):85-92. DOI: 10.29252/nkjms-130111

Received: 26 Jul 2020

Accepted: 02 Jan 2021

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy
Existentialism Therapy
Cognitive Flexibility
Elderly

Abstract

Introduction: Having cognitive flexibility enables people to not only cope better with stressful situations, but also have less stress and have more ability to cope with problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of treatment of acceptance and commitment and existentialism therapy on increasing psychological flexibility in the elderly.

Methods: The current research method is semi-experimental and its design is pre-experimental-post-experimental with control group. The statistical population of the present study included all members of the Bojnord Retirement Association in 2020, who were at least 60 years old. The sample size in this study included 45 people, first by targeted sampling and random substitution in three experimental groups 1 [15. Individual], experimental group 2 [15 people] and control group [15 people] were included. The research instrument was the Dennis and Vandervall Cognitive Flexibility Questionnaire [2010]. Acceptance and commitment therapy packages were administered in 8 sessions of 90-minute and existential therapy in 10 sessions of 90-minute for intervention groups. Data using descriptive statistics [mean and standard deviation] and inferential statistics [analysis of covariance And follow-up test] were analyzed. Data analysis was performed using SPSS statistical analysis software version 22.

Results: Acceptance and commitment-based and existential therapeutic package were effective in increasing participants' cognitive flexibility. Also, in terms of comparison between the two treatments, there was a slight difference in the cognitive flexibility variable, but this amount of difference between the two treatment approaches was not statistically significant.

Conclusions: Acceptance and commitment-based therapy package and existential therapy in 8 and 10 sessions of 90 minutes, respectively, were able to increase cognitive flexibility in the elderly. Therefore, it seems that performing such interventions in turn can provide the basis for improving performance in the elderly in most issues and areas of social and psychological life.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی در سالمندان

افشین عین بیگی^۱، دکتر علی اکبر سلیمانیان^{۲*}، دکتر محمود جاجرمی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، ایران

^۲ دانشیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

^۳ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، ایران

* نویسنده مسئول: دکتر علی اکبر سلیمانیان، دانشیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران. ایمیل:

solimanian@gmail.com

DOI: 10.52547/nkums.13.1.85

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۵	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳	مقدمه: برخوردار بودن از انعطاف پذیری شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی در سالمندان صورت گرفته است.
واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان وجودی انعطاف پذیری شناختی سالمندان	روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش حاضر شامل کلیه اعضای کانون بازنشستگان شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۹ بود که حداقل دارای سن ۶۰ سال بودند. حجم نمونه در این پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که ابتدا به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و جایگزینی تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفره)، گروه آزمایش ۲ (۱۵ نفره) و گروه کنترل (۱۵ نفره) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه انعطاف پذیری دنیس و وندروال (۲۰۱۰) بود. بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان وجودی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های مداخله اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری اس پی اس نسخه ۲۲ انجام شد.
	یافته‌ها: بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی شرکت کنندگان تأثیر گذار بود. همچنین از نظر مقایسه بین دو درمان در متغیر انعطاف پذیری شناختی با وجود تفاوت اندکی که وجود داشت، اما این مقدار تفاوت از نظر آماری بین دو رویکرد درمانی، معنادار نبوده است.
	نتیجه‌گیری: بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی به ترتیب طی ۸ و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توانست انعطاف پذیری شناختی افراد سالمند را افزایش دهد. بنابراین، به نظر می‌رسد انجام چنین مداخلاتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در سالمندان در اکثر موضوعات و محورهای زندگی اجتماعی و روانشناختی فراهم نماید.

مقدمه

شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از سالمندان از مشکلات معطوف به سلامت جسمی و روانی در رنج هستند (۴-۶). در نتیجه بررسی نقش متغیرهای مختلف در سلامت روان و بهزیستی سالمندان ضروری است. امروزه بخش بزرگی از پژوهش‌های حیطه روانشناسی درباره توانمندی‌های انسان و قابلیت‌های او برای خلق زندگی شاد اختصاص یافته‌اند.

انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان مهارت و توانایی ذهن برای سوئیچ کردن بین دو موضوع مختلف و توانایی فکر کردن در مورد مفاهیم چندگانه به‌طور همزمان توصیف شده است (۷). با افزایش انعطاف پذیری شناختی و داشتن مؤلفه‌های انعطاف پذیری در سالمندان، می‌توان بیان نمود که آن‌ها می‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل

انسان‌ها طی تغییر و تحول روانی‌فیزیولوژیکی با مرحله‌ای به نام سالمندی روبه‌رو می‌شوند که در فرایند تحول به طور طبیعی به دست می‌آید؛ به‌طوری‌که با سرنوشت آدمی عجین و ضرورتی اجتناب‌ناپذیر محسوب می‌شود (۱). آمارها نشان می‌دهد، تعداد سالمندان و سرعت پیر شدن در کشورهای مختلف در حال افزایش است (۲). بر اساس گزارش انجمن جهانی جمعیت سالمندی (۲۰۱۵) کشور ایران از نظر تعداد افراد سالمند پس از کشورهای امارات متحده عربی و بحرین، رتبه سوم را در جهان دارد. بر این اساس تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی حدود ۲۲ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال باشد؛ این در حالی است که این نسبت در حال حاضر ۸ درصد می‌باشد (۳).

برقرار کنند و در واقع، به جای تمرکز بر مشکلات بیرونی، بر روابط فعلی اعضا با یکدیگر تأکید دارد (۲۱). این نوع درمان ساختار مطلوبی برای کار روی مسائل وجودی مراجعان است که سؤال‌های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه، و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه، و کار از سوی مراجع تأکید می‌کند (۲۰).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سلامت جامعه سالمندان و نقش کلیدی آنها در تشکیل جامعه و نیز فقدان پژوهش در حیطه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر انعطاف پذیری شناختی جامعه سالمند از یک سو و با توجه به مشکلات موجود در سالمندی و کاهش میزان انعطاف پذیری شناختی در آنها از سوی دیگر، اتخاذ رویکردی درمانی که بر این مهم فائق آید واجد اهمیت تلقی می‌شود. در این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک روش جدید و درمان وجودی به عنوان یک روش درمان قدیمی مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر سعی دارد رویکردی را عملیاتی کند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در خود در برداشته باشد و ضمن آن، این سؤال اساسی را بررسی کند که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی در سالمندان می‌شود؟ کدامیک از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی روش مناسبتری برای افزایش انعطاف پذیری شناختی سالمندان هستند؟.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه اعضای کانون بازنشستگان شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۹ بود که حداقل دارای سن ۶۰ سال بودند. جهت انتخاب نمونه ۴۵ نفر از اعضای متقاضی از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند در دو مرحله به صورت تصادفی ساده و تخصیص تصادفی از بین کسانی که نمره انعطاف پذیری شناختی آنها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، انتخاب شدند. بدین گونه که در مرحله اول، اسامی هر یک از ۴۵ نفر از افراد متقاضی در برگه‌های مخصوصی نوشته شد و آنها به صورت نامشخصی در یک ظرفی قرار داده شدند، سپس ۱۵ عدد از آن برگه‌ها که هر کدام حاوی یک اسم بود از داخل ظرف برداشته شد و تحت عنوان گروه الف نامگذاری شدند، ۱۵ برگه دیگر نیز به همین ترتیب برداشته شد و به عنوان گروه ب نام گذاری گردید، سپس ۱۵ برگه باقی مانده نیز به عنوان گروه ج نامگذاری شدند. در مرحله دو، به همین ترتیب عناوین گروه الف، ب و ج که هر کدام نماینده ۱۵ اسم بودند، در داخل ظرف قرار داده شد و مجدد اولین برگه‌ای که از داخل ظرف برداشته شد، به عنوان گروه آزمایش یک، دومین برگه‌ای که از داخل ظرف برداشته شد، به عنوان گروه ب انتخاب شد و برگه دیگر نیز به عنوان گروه کنترل مد نظر قرار گرفت.

برای شروع مطالعه ابتدا، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از اداره کل بهزیستی شهرستان بجنورد اخذ شد. سپس در کانون بازنشستگی مراکز مشاوره و بهزیستی در سطح شهر بجنورد اطلاعیه مبنی بر برگزاری دوره آموزشی روانشناسی به صورت رایگان به همراه شماره تماس نصب

کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشند و در موقعیت‌های سخت بتوانند به راه حل‌های جایگزین فکر کنند، و نیز چهارچوب ذهنی خود را به صورت مثبت بازسازی کنند و در مقابل مشکلات روانشناختی آن‌ها را موقتی و محدود دانسته و با آن‌ها انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر رفتار کنند (۸، ۹). از آنجا که انعطاف‌پذیری شناختی جزئی لازم و حیاتی در امر یادگیری است هر گونه نقص در این زمینه ممکن است پیامدهای دیگری داشته باشد علاوه براین، انعطاف پذیری شناختی به عنوان یک متغیر برخاسته از روانشناسی مثبت نگر، یک مفهوم چند مؤلفه‌ای است که توانایی شخص را در مواجهه با انتظارات و دشواری های زندگی روزمره افزایش می‌دهد (۱۰). برخوردار بودن از انعطاف پذیری افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توانایی بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا اینگونه افراد دارای سلامت روانشناختی بالاتری نیز هستند (۱۱). همچنین انعطاف پذیری شناختی با کاهش اضطراب و استرس (۱۲)، و ارتقاء سلامت روان (۱۳) رابطه معنادار داشته است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که اخیراً مورد توجه روان‌درمانگران و دست‌اندرکاران سلامت روان قرار گرفته است (۱۴)، در صدد است به جای شناخت‌ها، ارتباط شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد (۱۵). فرض زیربنایی این درمان براین باور است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند، اما از نظر این رویکرد این تلاش‌ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (۱۴). از دیدگاه اکت، افزایش سلامت روان، در اصل به افزایش انعطاف پذیری شناختی بستگی دارد - نه کاهش علائم مسئله یا اختلال روانی (۱۶). این انعطاف پذیری شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق فرآیندهای شش‌گانه پذیرش، گسلش، تماس با لحظه لحظه‌های زندگی، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه صورت می‌گیرد (۱۴).

از آنجایی که سالمندان بخاطر نداشتن روابط مناسب و گرم با دیگران و اعضای خانواده مستعد بیماری افسردگی و بی‌معنایی در زندگی خود می‌باشند و ممکن است زندگی آنها را با ناامیدی و فقدان معنی و بی‌هدفی همراه سازد، توجه به مسائل وجودی و نگرانی‌های وجودی می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین به نظر می‌رسد در مداخلات روان‌شناختی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بتوان به ابعاد وجودی زندگی آنها پرداخت (۱۷). رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون: تنهایی، بی‌معنایی، مرگ و آزادی که موضوعات چالش برانگیز دوران پیری است، می‌پردازد (۱۸). این رویکرد، رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد (۱۹، ۲۰). هدف اصلی درمان وجودی کمک به حضور واقعی در هستی است؛ یعنی به اعضا کمک می‌کند تا با زندگی و پدیده‌های آن ارتباطی واقعی و صادقانه

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ و برای اجرا و انتشار نتایج پژوهش با تأکید بر اصل محرمانگی توضیحات کاملاً جامع و روشن تری داده شد. همچنین پس از اجرای پس آزمون، گروه کنترل تعداد ۳ جلسه مشاوره روانشناسی رایگان دریافت کردند.

لازم به ذکر است ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از در قرار داشتن طیف سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، تمایل به شرکت در جلسات آموزشی، داشتن حداقل سواد سیکل به بالا، نداشتن مشکلات ارتباطی مانند اختلال تکلم یا مشکلات شنوایی اصلاح نشده، نداشتن بیماری‌های شدید جسمانی، نداشتن اختلالات حاد روانی و شخصیتی که از طریق اجرای فرم معاینه وضعیت روانی (MSE)، عدم سوء مصرف مواد بود. همچنین از ملاک‌های خروج مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی، شرکت هم‌زمان در برنامه مداخله‌ای دیگر، انصراف یا عدم توانایی شرکت کامل در همه جلسات بود.

شد و تعداد ۶۴ نفر مرد و ۵۲ نفر زن برای شرکت در این پژوهش اعلام آمادگی کردند. سپس برای این ثبت نام کنندگانی که به صورت داوطلبانه آمادگی خود را جهت حضور در این پژوهش اعلام کردند بودند، پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) اجرا شد و کسانی نمره انعطاف پذیری شناختی آنها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که جمعاً ۴۵ نفر مرد و زن بودند. سپس به صورت تصادفی و بدون اینکه خودشان اطلاع داشته باشند در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفره)، گروه آزمایش ۲ (۱۵ نفره) و گروه کنترل (۱۵ نفره) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱ به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت آموزش درمان وجودی فرانکل (۱۹۶۷) به صورت گروهی و گروه آزمایش ۲ به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت درمان مبتنی بر پذیرش تعهد ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) به صورت گروهی قرار گرفتند و برای گروه کنترل در طی این مداخلات، هیچ گونه آموزشی ارائه نشد. پس از انجام طرح از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج به دست آمده بررسی شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان وجودی گروهی

جلسات	محتوا
جلسه اول	در این جلسه برای اولین بار گروه به طور رسمی فعالیت خود را شروع می‌کند. در جوی دوستانه گروه با یکدیگر آشنا می‌شوند و با همکاری همدیگر شروع به تدوین قوانینی برای گروه می‌کنند. هدف از این جلسه آشنایی رهبر و اعضا با همدیگر و بیان قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان این جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از هر یک از اعضا خواسته شد تا در برگه‌های مخصوص، ویژگیها و خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند
جلسه دوم	ابتدا مرور اجمالی جلسه اول، بررسی تکلیف ارائه شده، به چالش کشاندن پاسخ اعضا به سؤال «من چه کسی هستم؟» و پس از آن بحث در مورد مفهوم خودآگاهی در گروه. هر یک از اعضا نظرات خود را دربارهی آن بیان کردند و از دیدگاه وجودی خودآگاهی بررسی شد. سرانجام تکلیفی متناسب با بحث جلسه به اعضا ارائه شد.
جلسه سوم	پرداختن به تکلیف و مباحث جلسه قبل، اجرای فن «خط عمر» توسط همه اعضا و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط رهبر، جمع بندی و ارائه تکلیف. از اعضا خواسته شد برای جلسه آینده از دید پدیدارشناختی خود، توصیفی از ویژگیهای مرگ را بیان کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف و مباحث جلسه قبل، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ و ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط رهبر گروه و مشارکت اعضا، خلاصه کردن و جمع‌بندی جلسه، تکلیف این جلسه برای جلسه آینده این بود که از هر یک از اعضا خواسته شد تا اعلامیه فوتی را از مرگ خود یا مرگ هر کسی که نسبت به آن بسیار زیاد حساس هستند برای هفته آینده طراحی کنند.
جلسه پنجم	مرور جلسه گذشته، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیتها، بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، تشریح ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط رهبر و دادن تکلیف مرتبط با جلسه
جلسه ششم	بررسی تکلیف داده شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤالی «آیا من انسان تنهایی هستم؟» و «آیا تنهایی رنج آور است؟» و به چالش کشاندن آنها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی توسط رهبر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف به اعضا.
جلسه هفتم و هشتم	بررسی تکلیف ارائه شده، بررسی پاسخ اعضا به سؤالی «آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟» و «و» من برای چه زندگی می‌کنم؟» بحث دربارهی آن‌ها و ارائهی بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا دربارهی احساس پوچی و بی‌هدفی، جمع بندی مباحث جلسه.
جلسه نهم	اعضا در مورد مسائلی که می‌تواند بر افکار و احساسات فرد مؤثر باشد به گفتگو نشستند. از تصویرسازی ذهنی استفاده شد. به این ترتیب از اعضا خواسته شد تا یکی از موقعیتهای موفقیت یا شکست خود را تصور کنند و بگویند که چه کسی را مسئول آن می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟ پرداختن به این مباحث و نتیجه گیری با کمک اعضا.
جلسه دهم	تشریح مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و بی معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان، و در انتها اختتام گروه.

چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. شیوه نمره گذاری آن به صورت مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای می‌باشد و از بسیار مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، تا حدودی مخالفم (نمره ۳) نظری ندارم (نمره ۴)، تا حدودی موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۶) و بسیار موافقم (نمره ۷) نمره گذاری شده است. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ برابر بود. ضریب آلفای کرانباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. همچنین پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی از روایی عاملی همگرا، و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه فارسی، برخلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه

پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی: این پرسشنامه که توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شده است. یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سوالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی - رفتار افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد

به صورت گروهی صورت گرفت که در **جدول ۱** و **۲** خلاصه‌ای از طرح درمانی دو روش درمانی مذکور ارائه شده است.

انعطاف پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد (۲۲).
مراحل مداخله توسط پژوهشگر اول این مطالعه، براساس آموزش درمان جود (۲۳) و آموزش‌های عملی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۴)

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی

جلسات	محتوا
جلسه اول	مقدمه و دستور جلسه درمان، فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»
جلسه دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان تمرین ذهن آگاهی
جلسه سوم	ارزش‌ها، پذیرش ارزش‌ها تکلیف
جلسه چهارم	شفاف سازی ارزش‌ها و اهداف شفاف سازی ارزش‌ها بررسی موانع تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن» تکمیل فرم مسیره‌های ارزشمند
جلسه پنجم	گسستگی مرور تکالیف گسستگی از تهدیدهای زبان ذهن آگاهی تکلیف
جلسه ششم	عمل متعهدانه مرور درمان عمل متعهدانه ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری تکالیف
جلسه هفتم	رضایت رنج اولیه و ثانویه تعهد و موانع شکل گیری رضایت ذهن آگاهی در پیاده روی تکالیف
جلسه هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری شفاف سازی ارزش‌ها عود و پیشامدها- آمادگی نه پیشگیری خداحافظی تکلیف مادام العمر.

متغیر وابسته را به تفکیک گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

نتیجه آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس‌های واریانس کوواریانس همگن است ($P = 0/10$ و $F = 1/75$, $DF1=6$, $DF2 = 43964/3$). همچنین، نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون و مقادیر احتمال آزمون f حاصل از تعامل نمرات پیش آزمون کلیه متغیرهای پژوهش با گروه‌ها، بیشتر از $0/05$ بوده ($P \geq 0/05$) در نتیجه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بوده است. **جدول ۴** نتایج آزمون چندمتغیره را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی و انحراف استاندارد گروهی که در معرض مداخلات درمانی رویکرد وجودی قرار گرفته‌اند (گروه آزمایشی ۱) برابر با $31/65 \pm 6/41$ بود. این مقادیر برای گروه آزمایش دوم که با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مداخله قرار گرفتند، به ترتیب برابر با $68,45$ و $5,69$ بود. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه کنترل نیز برابر با $13/69 \pm 7/72$ بود. **جدول ۳** شاخص‌های توصیفی

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرانعطاف پذیری شناختی به تفکیک گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
درمان وجودی							
پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۳۴	۵۹	۶۷/۴۲	۶/۶۵	۱/۴۲	۱/۹۸
پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۳۶	۷۴	۵۶/۹۳	۸/۹۷	-۱/۴۷	۱/۲۶
ACT							
پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۳۸	۵۵	۴۲/۳۳	۴/۲۲	۲/۰۲	۵/۵۳
پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۴۳	۶۰	۵۴/۲۶	۵/۷۰	-۱/۷۷	-۱/۶۶
کنترل							
پیش آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۳۵	۶۰	۴۱/۴۰	۶/۰۸	۱۳	۶/۱۹
پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۱۵	۳۹	۵۷	۴۵/۸۶	۵/۹۹	۰/۶۹	-۱/۸۱

جدول ۴. نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین پس آزمون با تعدیل اثر پیش آزمون

اثر	مقدار	f	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری
لامبدای ویلکز	۰,۵۶۵	۰,۴۴	۴	۷۸	۰,۰۰۱

بر اساس **جدول ۵** درمتغیر سرمایه روان‌شناختی بین گروه‌های سه گانه تفاوت معناداری وجود دارد (پس از تعدیل اثر پیش آزمون). همچنین با توجه به جدول اندازه اثر و توان آزمون، یافته‌ها از قدرت نسبی یافته‌های به‌دست‌آمده حکایت داشت. به‌منظور ردگیری این تغییرات و مقایسه زوجی از آزمون تعقیبی و اصلاحی بونفرونی استفاده شد. یافته‌ها در ادامه خلاصه‌شده است.

با توجه به **جدول ۴** و از آنجاکه مقدار به‌دست‌آمده برای f چند متغیره لامبدای ویلکز در سطح $0,05$ معنادار است، مستفاد می‌شود که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (نمرات پس آزمون) و پس از تعدیل اثر عامل کووریت (پیش آزمون) تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی دقیق‌تر از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در دل مانکووا و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های انعطاف پذیری شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۵۲۵/۷۴	۲	۲۵۷/۸۷	۵/۴۸۲	۰/۰۰۸	۰/۲۱۵	۲۵۷/۷۴
خطا	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۲۲۰۰/۶۷	۴۰	۴۹/۵۱	-	-	-	۲۲۰۰/۶۷
کل	پس آزمون انعطاف پذیری شناختی	۸۹۲۱۶	۴۵	-	-	-	-	۸۹۲۱۶

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی میانگین‌ها

متغیر وابسته	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معناداری
انعطاف پذیری شناختی			
وجودی			
ACT	۲/۵۷۲	۲/۶۰۹	۰/۹۹۰
کنترل	۱۱/۱۷۵	۲/۶۶۳	۰/۰۰۱
ACT			
وجودی	۵۷۲-۲	۲/۶۰۹	۰/۹۹۰
کنترل	۲/۶۰۳	۲/۶۷۳	۰/۰۰۸
کنترل			
وجودی	-۱۱/۱۷۵	۲/۶۶۳	۰/۰۰۱
ACT	-۸/۶۰۳	۲/۶۷۳	۰/۰۰۸

اقدام کنند. چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در سالمندان در اکثر موضوعات و محورهای زندگی اجتماعی و روانشناختی فراهم نماید. همانگونه که می‌دانیم برگشت به گذشته، مرور شکست‌ها و تردید در ارزش‌ها از عمده‌ترین چالش‌های دوران سالمندی محسوب می‌شوند که تمرین‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش شاخص‌هایی مثل افزایش توانایی پذیرش، ارتباط با زمان حال، عمل متعهدانه و گسلش در سالمندان شود. در نهایت باید به این نکته نیز اشاره کرد که این تمرین‌ها علاوه بر موارد قبلی توانایی و مهارت حل مساله را در سالمندان افزایش داده و با افزایش انعطاف پذیری در برابر مشکلات موجب خواهد شد تا آنها بهترین راه حل را انتخاب کنند.

افراد سالمند پاسخ‌های متفاوتی به شرایط ناگوار می‌دهند و هنگامی که با وضعیت‌هایی مواجه می‌شوند که بودن آنها را تهدید می‌کند، مسائل وجودیشان برانگیخته می‌شود و متمایل به گفتگو و پرداختن به آنها هستند (۲۹) و در واقع، جهان بینی متفاوت، پاسخ به این نگرانی‌های وجودی است. هسته اصلی رویکرد وجودی، این نگرش است که توانایی افراد برای سالم بودن و عملکرد مناسب کافی است و این توانایی می‌تواند آن‌ها را به سمت خود آگاهی و خود اندیشی حرکت دهد (۳۰). با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیه پژوهش حاضر که مبنی بر اثربخشی این رویکرد بر انعطاف پذیری شناختی بود، تأیید شد. براساس این رویکرد، شخص برخوردار از انعطاف پذیری شناختی شامل توانایی فراخواندن پاسخ‌های مثبت از دیگران، انعطاف پذیری، همدلی، مهارت‌های ارتباطی و احساس شوخی، مهارت حل مساله، شامل توانایی برنامه ریزی، تفکر انتقادی، خلاقیت و رشد آگاهی انتقادی از منابع ظلم و راهکارهای غلبه بر آن می‌کند (۲۷).

انعطاف پذیری شناختی در مورد کسانی بکار می‌رود که در معرض خطر قرار می‌گیرند ولی دچار اختلال نمی‌شوند از این رو شاید بتوان نتیجه گیری کرد که مواجه شدن با خطر شرط لازم برای آسیب پذیری هست اما شرط کافی نیست انعطاف پذیری شناختی توانایی بازگشت به عقب و بهبود یا انطباق موفق در مواجه با آسیب یا مانع است و عوامل محافظتی نقش بلوک‌های ساختاری انعطاف پذیری شناختی برای

همان طور که در متغیر انعطاف پذیری شناختی درمان ACT تفاوت ۸/۶ واحدی در نمرات گروه آزمایش نسبت به کنترل ایجاد کرده است و این میزان بهبود از نظر آماری معنادار بوده است. همچنین میزان بهبودی اتفاق افتاده پس از درمان وجودی از نظر آماری معنادار بوده، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. همچنین از نظر مقایسه بین دو درمان در متغیر انعطاف پذیری شناختی با وجود تفاوت اندکی که وجود داشته این از نظر آماری بین دو روش معنادار نبوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان وجودی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی در سالمندان انجام شد. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی در سالمندان می‌شود و فرضیه پژوهشی مورد تأیید قرار گرفت. به گونه‌ای که گروه آزمایش که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین درمان وجودی را دریافت کرده بود در مقایسه با گروه کنترل که هیچ کدام از این مداخلات روانشناختی را در طول پژوهش دریافت نکرده بودند، از نظر انعطاف پذیری شناختی، تفاوت معناداری را نشان دادند. این نتایج در مورد مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یافته‌های پژوهشگران قبلی همسو بوده است (۲، ۲۵-۲۸).

با افزایش انعطاف پذیری شناختی و داشتن مؤلفه‌های انعطاف پذیری در سالمندان، می‌توان بیان نمود که آن‌ها می‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرند و در مواجهه با رویدادهای منفی زندگی و رفتارهای دیگران، بتوانند به راه حل‌های جایگزین فکر کنند، و چهارچوب ذهنی خود را به صورت مثبت بازسازی کنند و در مقابل مشکلات روانشناختی آن‌ها را موقتی و محدود دانسته و با آنها انعطاف پذیر تر و واقع بینانه تر رفتار کنند (۲۶). با عنایت به نتایج بحث شده، این مداخله می‌تواند موجبات ارتقای سلامت روان سالمندان را فراهم آورد و آنها با افزایش انعطاف پذیری، در مقابل مشکلات از نظر روانشناختی پذیراتر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل بوده و برای حل مساله

سالمندان از رویکردهای درمان تعهد و پذیرش و درمان وجودی استفاده نمایند.

نتیجه گیری

به طور کلی، با عنایت به نتایج بحث شده "مداخلات درمانی مبتنی بر آموزش‌های درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی"، می‌تواند موجبات ارتقای سلامت روان سالمندان را فراهم نماید و آن‌ها با افزایش انعطاف پذیری، در مقابل مشکلات از نظر روانشناختی پذیراتر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل بوده و برای حل مساله اقدام کنند (۳۲). چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در سالمندان در اکثر موضوعات و محورهای زندگی اجتماعی و روانشناختی فراهم نماید. همانگونه که می‌دانیم برگشت به گذشته، مرور شکست‌ها و تردید 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 مساله را سالمندان افزایش داده و با افزایش انعطاف پذیری در برابر مشکلات موجب خواهد شد تا آنها بهترین راه حل را انتخاب کنند. از مزیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به بالا بردن احساس فعال و مؤثر بودن و عملیاتی کردن تکالیف موجود برای بهبود وضعیت روانشناختی سالمندان اشاره کرد.

سپاسگزاری

در پایان، لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای مشاوره می‌باشد و بدین‌وسیله از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد. کد اخلاق

IR,NKUMS.REC.1399.025

References

1. Teslyar P, Stock VM, Wilk CM, Camsari U, Ehrenreich MJ, Himelhoch S. Prophylaxis with antipsychotic medication reduces the risk of post-operative delirium in elderly patients: a meta-analysis. *Focus*. 2013;11(4):544-551. doi: 10.1176/appi.focus.11.4.544
2. Maemondo M, Minegishi Y, Inoue A, Kobayashi K, Harada M, Okinaga S, et al. First-line gefitinib in patients aged 75 or older with advanced non-small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations: NEJ 003 study. *J Thorac Oncol*. 2012;7(9):1417-1422. doi: 10.1097/JTO.0b013e318260de8b pmid: 22895139
3. Briggs AM, Cross MJ, Hoy DG, Sanchez-Riera L, Blyth FM, Woolf AD, et al. Musculoskeletal Health Conditions Represent a Global Threat to Healthy Aging: A Report for the 2015 World Health Organization World Report on Ageing and Health. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S243-255. doi: 10.1093/geront/gnw002 pmid: 26994264
4. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*. 2011;56(7):387-397. doi: 10.1177/070674371105600702 pmid: 21835102
5. Luppia M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-221. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033 pmid: 21194754
6. Ghasemi F, Dehghan F, Farnia V, Tatari F, Alikhani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour Institute in 2015. *Asia Pacific J Cancer Preven*. 2016;17(8):4113-4116.
7. Dionne F, Ngo TL, Blais MC. [The psychological flexibility model: a new approach to mental health]. *Sante Ment Que*. 2013;38(2):111-130. doi: 10.7202/1023992ar pmid: 24719005
8. Mohammadi E, Keshavarzi F, Salehi M, Valiollah F. Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on marital satisfaction, psychological flexibility and quality of life in depressed women with marital conflicts. (In Persian). *Univ Azad Eslami*. 2015;15(4):237-245.
9. Moghtadae M, KhoshAkhlagh H. The effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on the psychological flexibility of veteran Wives. (In Persian). *J Veteran Med*. 2015;7(4):113-123.
10. Swann JrWB, Pelham B. Who wants out when the going gets good? Psychological investment and preference for self-verifying college roommates. *Self Identit*. 2002;1(3):219-233. doi: 10.1080/152988602760124856
11. Sweetman D, Luthans F, Avey JB, Luthans BC. Relationship between positive psychological capital and creative performance. *Canada J Admin Sci/Revue Canadienne des Sci de l'Admin*. 2011;28(1):4-13. doi: 10.1002/cjas.175
12. Avey JB, Luthans F, Jensen SM. Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Manage*. 2009;48(5):677-693. doi: 10.1002/hrm.20294
13. Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee

- attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Develop Quarterl*. 2011;22(2):127-152. doi: 10.1002/hrdq.20070
14. Hayes SC, Lillis J. "Acceptance and commitment therapy: American Psychological Association Washington."2012.
 15. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC:: American Psychological Association2009.
 16. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. Routledge2010.
 17. Mascaro N, Rosen DH. The role of existential meaning as a buffer against stress. *J Human Psychol*. 2006;46(2):168-190. doi: 10.1177/0022167805283779
 18. Elisabeth Ranheim A, Karner A, Bertero C. Eliciting reflections on caring theory in elderly caring practice. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011;6(3). doi: 10.3402/qhw.v6i3.7296 pmid: 21866232
 19. Shariatmadar A. Existential consciousness "Application of existential theory in group therapy Danjeh (In Persian)2013.
 20. Corsini R. Handbook of Innovative Therapies. 2nd ed. NY: John Wiley.2008.
 21. Snyder CR, Ingram RE. Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century. New York: Wiley. 2000.
 22. Bahadori Kh, Hashemi N. The relationship between hope and resilience with psychological well-being in students. *Quarterly Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 22 consecutive. (In Persian)2011.
 23. Frankl VE. Logotherapy and existentialism. *Psychotherap Theory Res Practice*. 1967;4(3). doi: 10.1037/h0087982
 24. Izadi R, Asgari K, Neshatdost HT, Abedi MR. Case report of the effectiveness of acceptance therapy on the frequency and symptoms obsessive compulsive disorder. *J Med Sci Res Hamedan*. 2012;4(1):20-26.
 25. Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Curr Opinion Psychol*. 2015;2:91-96. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.013
 26. C AD, N SC, W JC, M S, M R, M B. A double-edged sword? Subtypes of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. *J Res Pers*. 2018;77:119-125. doi: 10.1016/j.jrp.2018.10.004 pmid: 31105357
 27. Hayes S, Masuda A, De Mey H. Acceptance and commitment therapy: Een derde-generatie gedragstherapie Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie*. 2013;36(2):69-96.
 28. Waldeck D, Tyndall I, Riva P, Chmiel N. How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. *J Context Behav Sci*. 2017;6(4):425-432. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.09.001
 29. Wilkinson T, Macleod S. Strategies to improve nutrition in elderly people. *Best Practice J*. 2008;15:8-15.
 30. Jahangiri M, GolMohamadian M, Hojatkhah M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on psychological flexibility and ruminating in Methadone treated addicts. (In Persian). *Univ Razi*. 2016.
 31. Almarzooqi S, Chilcot J, McCracken LM. The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *J Context Behav Sci*. 2017;6(2):239-243. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.04.004
 32. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès JL. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *J Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2017;27(1):34-42. doi: 10.1016/j.jtcc.2016.10.002