

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment and Spiritual Therapy on Increasing Resilience and Psychological Flexibility of Mothers with Children with Physical and Motor Disabilities



Farshad Zareei^{1*}, Seyyed Mohsen Hojatkah², Maryam Zabet³, Saadat Taheri⁴

1. Department of Counseling and Guidance, Kharazmi University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
3. PhD in Psychology, Visiting Lecturer, Department of Education, Farhangian University, Kermanshah, Iran.
4. MA in Clinical Psychology, Psychologist of Golestan Vocational Rehabilitation Center, Kermanshah, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2024.59270.5935](https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59270.5935)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17502.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Treatment Based on Acceptance and Commitment, Spiritual Therapy, Resilience, Psychological Flexibility, Physical and Movement Disability

Received: 2023/12/19
Accepted: 2024/01/21
Available: 2024/05/13

The purpose of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and spiritual therapy on increasing the resilience and psychological flexibility of mothers with children with physical and motor disabilities in 2022-2023. The current study was a quasi-experimental type of unequal groups with a pre-test and post-test design and a one-month follow-up period with a control group. The statistical population of the study was made up of all the mothers of children with physical and movement disabilities referring to rehabilitation centers and students under the special education of Kermanshah city. The research sample consisted of 45 qualified mothers who were randomly assigned to two experimental groups of acceptance and commitment (15 people) and treatment based on acceptance and commitment (15 people) and a control group (15 people). Connor and Davidson's resilience questionnaire (2003) and psychological flexibility questionnaire were used to collect data. The experimental groups received twelve ninety-minute sessions of acceptance and commitment-based therapy and spiritual therapy once a week, and no intervention was provided to the control group. The data were analyzed using repeated measures mixed covariance analysis in SPSS version 26 software. The results showed that therapy based on acceptance and commitment and spiritual therapy has an effect on improving resilience and psychological flexibility. Also, the results showed that spiritual therapy plays a greater role in improving the resilience of mothers with physically disabled children than treatment based on acceptance and commitment.



* Corresponding Author: Farshad Zareei
E-mail: m.vahedmotlagh1401@gmail.com



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی



فرشاد زارعی^{۱*}، سید محسن حجت‌خواه^۲، مریم ضابط^۳، سعادت طاهری^۴

۱. گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳. دکتری روانشناسی، مدرس مدعو، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، کرمانشاه، ایران.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، روانشناس مرکز توانبخشی حرفه‌ای گلستان، کرمانشاه، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2024.59270.5935](https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59270.5935)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17502.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی و دانش‌آموزان تحت پوشش آموزش و پرورش استثنایی شهر کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر از مادران واجد شرایط بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده شد. گروه‌های آزمایشی دوازده جلسه نود دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی را به‌صورت هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند و برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی در بهبود تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تاثیر دارد. همچنین نتایج نشان داد که معنویت درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش بیشتری در بهبود تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول جسمی حرکتی دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت درمانی، تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، معلولیت جسمی و حرکتی

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۹/۲۸

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

* نویسنده مسئول: فرشاد زارعی

رایانامه: m.vahedmotlagh1401@gmail.com

مقدمه

بنابر آمار سازمان بهداشت جهانی، هم اکنون بیش از ۶۰۰ میلیون نفر در سطح جهان به علل مختلف جسمی، روانی و اجتماعی دچار ناتوانی و معلولیت هستند (برهانی، ۱۴۰۱). بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، در ایران نزدیک به یک میلیون و پنجاه هزار نفر دچار معلولیت هستند که حدود ۶۰۰ هزار نفر از آنان دارای معلولیت جسمی - حرکتی می‌باشند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۴۰۲). معلولان کسانی هستند که عملکرد جسمی، توانایی‌های ذهنی یا سلامت روانی آنها تقریباً بیش از شش ماه از حد استاندارد سنی آنها انحراف داشته است و به همین دلیل مشکلاتی را برای آنها در زندگی روزمره ایجاد می‌کند (واقف مبارکه و نسترن، ۱۳۹۶). ناتوانی هر نوع ناتوانی، ناهنجاری یا شکستی است که قبل رفع یا درمان نباشد (تاکاهاشی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). معلولان جسمی به کسانی گفته می‌شود که به دلیل ناتوانی جسمی دچار مشکل حرکتی می‌شوند. این نقص ممکن است به صورت فلج، قطع عضو یا عدم تعادل حرکتی ناشی از صدمات مغزی و نخاعی، ضایعات استخوانی و عضلانی و غیره ظاهر شود. به عبارت دیگر، معلول فردی است که به دلیل شرایط جسمانی قادر به انجام بهینه فعالیت‌های عادی روزانه نیست (کرایوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به مطالعه ادبیات پژوهش، در حالت کلی، تاب‌آوری و در حالت جزئی، ابعاد تاب‌آوری به‌عنوان عوامل محافظتی در زمینه سلامت روان معلولان جسمی - حرکتی عمل می‌کنند. زمانی که افراد نمی‌توانند مشکلات استرس‌زایی که برایشان پیش آمده را فراموش کنند می‌توان آسیب‌پذیری شناختی این افراد را با بالا بردن تاب‌آوری ارتقا بخشید. تاب‌آوری فرآیند سازگاری مثبت در مقابله با سختی‌ها و رنج‌های زندگی بوده که در زمینه سلامت روان در میان معلولان جسمی و حرکتی موثر است (اما، ۲۰۲۲؛ به نقل از آژند، ۱۴۰۲).

معلولیت^۳ کودک، به‌عنوان یکی از اعضای خانواده باعث می‌شود نظام خانواده نتواند کارکردها و وظایف خود را به نحو مطلوب انجام دهد، در نتیجه در کارکرد اعضا و کلیت خانواده اشکالاتی به وجود می‌آید (بولدیرو و همکاران، ۲۰۲۰؛ هرلینگ، گرای، تاف، تونگ، سوینی و اینفرد^۴، ۲۰۰۶). شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد والدینی که از کودکان ناتوان نگهداری می‌کنند، پیامد سلامت جسمی و روانی بدتری را نسبت به والدینی که از کودکان سالم نگهداری می‌کنند، تجربه می‌کنند که این مشکلات به‌ویژه در مادران به‌مراتب بیشتر است (سیم، جورم و یاپ^۵، ۲۰۲۲؛ مک کوی، وستکوت، پالیزانو، اوری، جفری، لافورم، چپارلو و هانا^۶، ۲۰۲۰). بنابراین تولد یک کودک معلول جسمی و حرکتی می‌تواند آثار مختلفی بر کودک و خانواده او به‌ویژه بر مادران داشته باشد. یکی از این اثرات را می‌توان در میزان تاب‌آوری مادران جستجو کرد. تاب‌آوری فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های

تلخ و ناگوار (ریویچ و شاته^۷، ۲۰۱۹) است. تاب‌آوری به‌عنوان منابع بین فردی توصیف می‌شود که استرس‌های موقعیتی در روند زندگی را با یک وضعیت سلامتی شامل شایستگی، سبک‌های مقابله‌ای مثبت، حس شوخ طبعی، تعلق و هوشیاری به رفتارهای سلامتی و خطرات سلامتی را مدیریت می‌کند (کمبری^۸، ۲۰۲۰). البته تاب‌آوری صرفاً مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست. بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (صابری فرد و حاجی بابایی، ۱۳۹۸). افرادی که می‌توانند با شجاعت و پشتکار با سختی‌های زندگی روبرو شوند، در شرایط سخت دیدگاه مثبت خود را حفظ کنند، از روابط صمیمی و دایره اجتماعی گسترده‌تر لذت ببرند، نسبت به مشکلات دیگران ابراز همدردی و دلسوزی کنند (فلدمن^۹، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از متغیرهایی که در والدین کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی نیازمند بررسی است مفهوم انعطاف‌پذیری روانشناختی است. منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود و رفتار خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است ادامه یا تغییر دهد و در این راستا بتواند به پذیرش خود و دیگران با مهربانی دست یابد (هارت، ۲۰۱۲؛ اینفرد و فورت سایت^{۱۰}، ۲۰۰۵، نقل از اسپنسر و ماسودا^{۱۱}، ۲۰۲۰). در کل، انعطاف‌پذیری شناختی توانایی انسان برای انطباق استراتژی‌های فرایندهای شناختی به منظور روبه‌رو شدن با موقعیت‌های غیرمنتظره در محیط است (جبلی و خادمی، ۱۳۹۹). انعطاف‌پذیری افراد در میزان بروز آسیب‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آن‌ها بسیار تعیین‌کننده است. به‌طور کلی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های درحال تغییر، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). مادرانی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیحات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (هاگلوند، نستادت، کوپر سوتویک، چارنی، ۲۰۰۷).

یکی از درمان‌های موثر بر انعطاف‌پذیری مادران کودکان معلول جسمی و حرکتی، معنویت درمانی است. معنویت ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین در رابطه با داشتن معنا در زندگی است (سجادی، نیازی، خسروی، یعقوبی و رضایی، ۱۳۹۶). معنویت به نوعی آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از زندگی مادی است و احساس پیوند عمیقی را با کائنات در فرد به وجود می‌آورد (کایورین، اسجانفیلدرو ویسا^{۱۲}، ۲۰۱۸). داشتن تکیه‌گاه معنوی به‌عنوان یک ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند (هالیدی^{۱۳}، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش نعمتی، غباری بناب و پورحسین (۱۳۹۴) نشان داد که

7. Rivich & Shateh
8. Cambic
9. Feldman
10. Eifert & Forsyth
11. Spencer & Masuda
12. Kaurin, A, Schonfelder, S, Wessa, M
13. Halliday, M.

1. Takahashi
2. Kraus
3. Handicap
4. Herring, Gray, Taffe, Tonge, Sweeney & Einfeld
5. Sim, Jorm & Yap
6. McCoy, Westcott, Palisano, Avery, Jeffries, Laforme, Chiarello & Hanna

روان‌شناختی دچار می‌شوند که شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد می‌شوند، دچار خلل شوند و در مقابل، افراد شش فرایند آسیب‌شناختی مرکزی شامل تسلط گذشته، همجوشی شناختی، اجتناب تجربه‌ای، دلبستگی و خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارزش‌ها را تجربه کنند و دست به اقداماتی غیر متعهدانه بزنند که این امر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای آسیب‌زایی می‌باشد (نقوی، اسدپور و کسایی، ۱۳۹۸). بنابراین با توجه به اهمیت و رابطه متغیرهای وابسته در نمونه مذکور و مشکلات بیشتر مادران و اینکه اکثریت این مادران نیاز به اعتقاد قوی به کودک و آینده کودک، اتخاذ چشم انداز خوش بینانه و دیدگاه واقع بینانه و پذیرش معلولیت را دارند، هدف از انجام پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر افزایش تاب آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه آزمایشی و دارای طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری، همراه با گروه کنترل بود. در این طرح مداخلات درمانی (معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) به‌عنوان متغیرهای مستقل و تاب آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک معلول جسمی و حرکتی مراجعه‌کننده مراکز توانبخشی و دانش‌آموزان تحت پوشش آموزش و پرورش استثنایی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند سه مرکز داوطلب با نام‌های ایران‌زمین، بهار بهزیست، ساعی انتخاب شدند و به همه مراجعانی که ملاک‌های ورود را داشتند و مایل به همکاری بودند پرسشنامه‌های تاب آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل داشتن فرزند با معلولیت طبق اظهار نظر کمیسیون موجود در پرونده آنها، مادرانی که دارای سطح سواد حداقل دبیرستانی بودند، حداقل دو ماه از فرایند توانبخشی آنها سپری شده بود، فرم رضایت نامه درمان را تکمیل کرده‌باشند و در حین شرکت در جلسات درمانی از جلسات مشاوره فردی استفاده نکرده باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه متوالی در فرایند درمان، عضویت هم‌زمان در گروه‌های دیگر درمانی و توانبخشی روانی، عدم رعایت قوانین گروه مانند درگیری با دیگران و عدم رعایت احترام و عدم رضایت در مورد ادامه شرکت در جلسات. از بین مراجعانی که نمره پایین‌تر از حد متوسط دریافت کردند تعداد ۴۵ نفر از داوطلبان به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل با تعداد برابر گمارش شدند. لازم به

معنویت و نزدیکی به خداوند در حل مشکلات در خانواده‌هایی که فرزند کم توان ذهنی دارند مفید است. معنویت درمانی یکی از درمان‌های سلامت کل نگر برای بهبود مکانیسم مقابله است که بر نگرش، عواطف و رفتار ما نسبت به موقعیت تأثیر می‌گذارد. مراقبت معنوی بخشی از باور دینی است که می‌تواند ما را در مواقع سخت هدایت کند تا سطح اضطراب و استرس را کاهش دهد (رومان، متمبو و حسین^۱، ۲۰۲۰). معنویت درمانی که بر اساس شواهد و فرهنگ اسلامی توسعه یافته است، راه حلی برای مشکلات جسمی، روانی، روحی و اجتماعی بشر است (محمد، ۲۰۱۷)، و برای افرادی که با فشارها، رنج‌ها، دردها، تغییرات و بلاهای مختلف مواجه هستند، تبدیل به یک درمان انتخابی مؤثر می‌شود (ایرمان، ناتاشا و گایاتری^۲، ۲۰۲۱).

به‌منظور انتخاب رویکردها و مداخلات مناسب جهت کار با افراد دارای معلولیت و خانواده‌های آنها باید به این نکات توجه داشت که اولاً این خانواده‌ها به دلیل داشتن نگرانی و استرس‌های فراوان در زندگی، میزان پایبندی و تعهدشان به جلسات درمانی و توانبخشی کاهش پیدا می‌کند؛ بنابراین منطقی‌مداخلاتی بیشتر می‌تواند تأثیرگذار باشد که کوتاه‌مدت باشند. دوماً به دلیل وجود عضو دارای معلولیت، این خانواده‌ها نیازمند بهره‌مندی از رویکردهای با سطح پذیرش و حمایت بالا هستند که حس درک شدن و ارزشمند بودن را به آنها منتقل کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۱۹۸۶ توسط هیژ^۳ معرفی شده است، رویکردی به مداخلات روان‌شناختی است که نه بر اساس فنون و جلسات مشخص بلکه بر اساس فرایندهای نظری معینی تعریف می‌شود. این رویکرد به‌عنوان درمانی حمایتی و کوتاه‌مدت، به دلیل ماهیت انسان‌گرایی^۴ آن و تأکید بر رابطه و تعیین و پذیرش ارزش‌های فردی و خانوادگی مراجع به‌عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر تجربه می‌باشد که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌گیرد و درمانی انتخابی و دارای اولویت در کار با مشکلات مزمن و معلولین و خانواده آنها باشد (مک کراکن، ۲۰۱۱؛ هارت^۵، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی شامل پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^۶ ایجاد می‌شود. هر یک از این فرایندها بر عمل زبانی ما تأثیر گذارند و این فرایندها نیز به یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند (هایز، استروساهال و ویلسون^۷، ۲۰۱۱). چهار فرایند اول، یعنی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و چهار فرایند آخر، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، فرایندهای تغییر و تعهد این رویکرد را تشکیل می‌دهند (گراگ، کالان، هیژ و گلن لوسون^۸، ۲۰۰۷). به‌عبارت‌دیگر از منظر این دیدگاه، زمانی افراد به انعطاف‌ناپذیری

6. Acceptance, Cognitive Defusion, Being Present, Self as Context, Values and Committed Action
7. Hayes, Strosahl and Wilson
8. Gregg, Callaghan, Hayes and Glenn-Lawson

1. Roman, N.V., Mthembu, T.G., Hoosen, M
2. Irman, I., Natashia, D., Gayatri, D
3. Hayes
4. Humanism
5. Hart

بک (BDI-II) برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بدست آوردند. در ایران شماره و همکاران (شاره، سلطانی بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲؛ به نقل از فاضلی و همکاران، ۱۳۹۳) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضرایب آلفای کرنباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرنباخ داده های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش او آلفای کرنباخ برای خرده مقیاس های جایگزین ها، کنترل، و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۵۵، و ۰/۵۷ بدست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرنباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۱۹۹۹) بود که شامل جلسات آموزشی هشت جلسه ای ۷۵ دقیقه ای است که به صورت هفته ای برگزار شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۱۹۹۹)

ردیف	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی گروه با یک دیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
جلسه دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مساله است نه راه حل
جلسه سوم	شناسایی ارزش های فرد، تصریح ارزش ها، اعمال و موانع
جلسه چهارم	بررسی ارزش های افراد و به کارگیری استعاره های مربوطه
جلسه پنجم	بررسی هم جوشی و گسلس و انجام تمرین هایی برای گسلس با استفاده از استعاره
جلسه ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
جلسه هفتم	تاکید بر زمان حال بودن
جلسه هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح های رفتاری مطابق ارزش ها و جمع بندی و اجرای پس آزمون

معنویت درمانی: معنویت درمانی گروهی در هشت جلسه نود دقیقه ای و هفته ای یک بار براساس بسته آموزشی کریمی و شریعت نیا اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن تایید شد و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار بود (کریمی و شریعت نیا، ۲۰۱۸). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی توسط پنج تن از اساتید دکتری روانشناسی دانشگاه تهران به تایید رسید. در جدول زیر خلاصه ای جلسات معنویت درمانی گروهی، ارائه شده است.

ذکر است که مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه شده از اداره بهزیستی شهر کرمانشاه با شماره نامه ۷۳۰/۹۹/۱۴/۴۵۹۵ صادر شده است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند، این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از روشهای آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) با استفاده از نرم افزار SPSS-26 استفاده گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس تاب آوری: مقیاس تاب آوری (CD-RISC؛ کانر-دیویدسون، ۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه ی تاب آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از یک تا پنج می سنجد. این مقیاس پنج بعد مختلف تاب آوری شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/ روابط ایمن، کنترل و معنویت را نشان می دهد. چون پایایی و روایی زیر مقیاس ها هنوز به طور قطع تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب آوری برای اهداف پژوهشی معتبر محسوب می شود. نتایج مطالعه ی مقدماتی مربوط به ویژگی روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرا به مقیاس کافی گزارش شده اند. این مقیاس در فرم فارسی در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است (بشارت، ۱۳۸۶). نمره میانگین این مقیاس ۵۲ خواهد بود، به طوری که هر ه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب آوری بالاتری دارد و هر چه به صفر نزدیک تر باشد از تاب آوری کمتری برخوردار خواهد بود (کاوایی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرنباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی دنیس و وندر وال (CFI): این پرسشنامه مطابق با نظریه انعطاف پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است. شکل های مختلف آسیب شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف پذیری شناختی به وسیله افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله رفتارهایی ارزش محور و حسایت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می شوند (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). این پرسشنامه توسط دنای و واندروال در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می باشد. 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 - رفتاری افسردگی و سایر بیماری های روانی به کار می رود. در ایران و در پژوهش شاره و همکاران (۲۰۱۴) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین ها، کنترل و جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی. در پژوهش دنیس و واندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی

جدول ۲: محتوای جلسات آموزشی معنویت درمانی گروهی

ردیف	محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر، ایجاد همدلی، تعیین و تنظیم قوانین با همکاری اعضای گروه، تعریف از آموزش معنویت، بررسی اهداف معنویت درمانی گروهی
جلسه دوم	آموزش دقیق ارتباط فکر، احساس و رفتار، سطوح افکار و باورهای ناکارآمد، تمایز بین مطلق گرایی، جزم اندیشی و انعطاف پذیری، اجرای تکنیک تصویرسازی عقلانی، ارائه تکلیف مربوط به جلسه دوم
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه دوم، آموزش تمایز بین بهتر بودن از دیدگاه الهی، آموزش بعد معنوی رویکرد معنویت درمانی با تاکید به مفهوم حضور خدا، ارائه تکلیف مربوط به جلسه سوم
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه سوم، آموزش تکنیک زیر سوال بردن، تمرین تکنیک های آموزشی داده شده از طریق تکنیک گروهی نقش گذاری وارونه، ارائه تکالیف مربوط به جلسه چهارم
جلسه پنجم	بررسی تکالیف جلسه چهارم، آموزش مفهوم خودپذیری و دگرپذیری نامشروط به مبانی روانشناختی و معنوی، آموزش و تمرین تکنیک های زیر سوال بردن، ارائه تکلیف مربوط به جلسه پنجم
جلسه ششم	بررسی تکالیف جلسه پنجم، آموزش ضرورت اجتناب از احساس حقارت و گناه افراطی و احساس پشیمانی ناسالم و تمایز آن ها با توجه به مفهوم توبه در معنویت، تمرین تکنیک گروهی درس عبرت، ارائه تکلیف مربوط به جلسه ششم
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه ششم، آموزش اهمیت ابعاد هدف گزینی معنوی و نقش آن بر کیفیت زندگی و شادی، آموزش توکل و تسلیم و رضا و ارتباط آن با سبک زندگی، ارائه تکلیف مربوط به جلسه هفتم
جلسه هشتم	مربوط مباحث ارائه شده، بررسی تکلیف ارائه شده توسط اعضا، آموزش مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه مقابله با آن، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

تحصیلات لیسانس بوده اند. ۳۸ درصد از زنان گروه معنویت درمانی تحصیلات دبیرستان/دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۲ درصد نیز دارای تحصیلات فوق لیسانس بوده اند. جدول زیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برحسب گروه را نشان می دهد.

بررسی داده های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵/۱۴ ± ۳۴/۳۲ و گروه معنویت درمانی ۶/۶۵ ± ۳۳/۹۸ و گروه گواه ۴/۴۵ ± ۳۰/۳۳ سال بود. ۳۵ درصد از زنان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای تحصیلات دبیرستان/دیپلم، ۳۰ درصد فوق دیپلم و ۳۵ درصد نیز دارای

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		معنویت درمانی		گروه کنترل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون تاب آوری	۲۶/۴۶	۸/۲۷	۲۶/۶۶	۵/۴۴	۵/۶۴
پس آزمون تاب آوری	۳۴/۷۳	۱۰/۸۷	۳۲/۸۶	۸/۳۳	۵/۶۸
پیگیری تاب آوری	۳۴/۴۰	۱۴/۱۳	۳۴/۴۰	۱۴/۱۳	۵/۶۸
پیش آزمون انعطاف پذیری روانشناختی	۴۱/۴۶	۱۴/۹۴	۴۰/۸۰	۱۵/۹۳	۱۱/۰۴
پس آزمون انعطاف پذیری روانشناختی	۶۰/۹۳	۱۴/۲۶	۵۹/۴۶	۱۵/۳۴	۸/۳۲
پیگیری انعطاف پذیری روانشناختی	۶۱/۶۶	۱۳/۸۱	۶۰/۰۶	۱۴/۹۳	۱۱/۱۷

فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که عدم معناداری این آزمون برای متغیرهای تاب آوری ($Z = ۰/۳۲۴$) و انعطاف پذیری روانشناختی ($Z = ۰/۴۳۵$) حاکی از رعایت این پیش فرض داشت ($P < ۰/۰۵$). جهت بررسی همگنی واریانسها از آزمون لوین استفاده شد، که نمره F متغیرهای تاب آوری (۰/۱۴۲) و انعطاف پذیری

نتایج جدول نشان می دهد که میانگین متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در موقعیت پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی افزایش یافته است. آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دارای پیش فرضهایی است لذا پیش از انجام تحلیل، مفروضات آزمون بررسی شد. برای بررسی پیش

این مفروضه برای متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی بود و لذا بجای مقدار گرین هاوس گیسر، نتیجه آزمون هوبن فلت گزارش خواهد شد. اثرات درون گروهی یافته‌های پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است.

روانشناختی (۰/۴۳۸) بدست آمده که عدم معناداری ($P < 0/05$) آن نشان از برقراری این پیش فرض داشت. بررسی داده‌های پرت با استفاده از نمودار جعبه‌ای صورت گرفت که داده پرتی بین داده‌ها وجود نداشت. همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون موچلی بررسی و نتایج حاکی از عدم برقراری

جدول ۲: یافته‌های مربوط به آزمون اثرات درون گروهی چند متغیره تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

معنویت درمانی

گروه	اثرات درون گروهی	اثرات	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۳۱	۶۴/۴۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
		لامبدای ویلکز	۰/۰۶۹	۶۴/۴۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
		اثر هتلینگ	۱۳/۴۳	۶۴/۴۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
	زمان×گروه	بزرگترین ریشه روی	۱۳/۴۳	۶۴/۴۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۱
		اثر پیلایی	۰/۸۷۶	۳۳/۷۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
		لامبدای ویلکز	۰/۱۲۴	۳۳/۷۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
معنویت درمانی	زمان	اثر هتلینگ	۷/۰۴	۳۳/۷۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
		بزرگترین ریشه روی	۷/۰۴	۳۳/۷۹	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
		اثر پیلایی	۰/۹۳۹	۷۳/۷۷	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	زمان×گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۶۱	۷۳/۷۷	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
		اثر هتلینگ	۱۵/۳۶	۷۳/۷۷	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
		بزرگترین ریشه روی	۱۵/۳۶	۷۳/۷۷	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
معنویت درمانی	زمان×گروه	اثر پیلایی	۰/۹۲۱	۵۵/۶۶	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱
		لامبدای ویلکز	۰/۰۷۹	۵۵/۶۶	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱
		اثر هتلینگ	۱۱/۵۹	۵۵/۶۶	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱
		بزرگترین ریشه روی	۱۱/۵۹	۵۵/۶۶	۵	۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱

که حداقل بین میانگین نمره یکی از متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی داری وجود دارد.

توجه به نتایج جدول ۲، آماره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان در حالت چندمتغیره معنادار است بدین معنا که حداقل بین میانگین نمره یکی از متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که آماره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان در حالت چندمتغیره معنادار است بدین معنا

جدول ۳: اثر درون و بین آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

معنویت درمانی

گروه	متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	مجذور اتا
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	تاب‌آوری	اثر زمان	۳۱۴/۹۵	۱۵۷/۴۷	۶/۸۰	۰/۰۰۲	۰/۱۹۵
		اثر گروه	۷۵۱/۱۱	۷۵۱/۱۱	۳/۸۲	۰/۰۴۱	۰/۱۲۰
		اثر تعاملی گروه×زمان	۳۴۲/۲۸	۱۷۱/۱۴	۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	اثر زمان	۲۱۲۸/۴۶	۱۰۶۴/۲۳	۹۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
		اثر گروه	۳۶۳۵/۳۷	۳۶۳۵/۳۷	۷/۷۳	۰/۰۱۰	۰/۲۱۶
		اثر تعاملی گروه×زمان	۱۸۱۷/۷۵	۹۰۸/۸۷	۸۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲

معیاریت درمانی	تأثیر تعاملی گروه × زمان	تأثیر گروه	تأثیر زمان	۱۴۲۰/۸۰	۷۱۰/۴۰۰	۲۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
معنویت درمانی	انعطاف‌پذیری	تأثیر زمان	۱۹۵۲/۴۲	۹۷۶/۲۱	۱۰۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۰/۲۴۶
	روان‌شناختی	تأثیر گروه	۲۹۵۸/۴۰	۲۹۸۵/۴۰	۵/۶۶	۰/۰۲۴	۰/۱۶۸	۰/۵۰۴
معنویت درمانی	انعطاف‌پذیری	تأثیر تعاملی گروه × زمان	۱۶۵۶/۲۰	۸۲۸/۱۰	۹۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۰/۲۴۶
	روان‌شناختی	تأثیر گروه	۲۹۵۸/۴۰	۲۹۸۵/۴۰	۵/۶۶	۰/۰۲۴	۰/۱۶۸	۰/۵۰۴

واریانس‌های آمیخته با سنجش‌های تکراری در متغیر تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی معنادار می‌باشند. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت مقایسه زمان‌های اندازه‌گیری از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس‌های آمیخته با سنجش‌های تکراری در متغیر تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی معنادار می‌باشند. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج مندرج در جدول نشان می‌دهند که تحلیل

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی

گروه	متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	تاب آوری	پیش‌آزمون	۴/۰۳-	۰/۹۷۲	$P \leq 0/001$
		پیگیری	۳/۹۰-	۱/۴۳	$P \leq 0/034$
	پس‌آزمون	۰/۱۳۳	۱/۲۷	۱	
	پیش‌آزمون	۴/۰۳	۰/۹۷۲	$P \leq 0/001$	
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۹/۹۶-	۱/۰۷	$P \leq 0/001$
		پیگیری	۱۰/۶۳-	۱/۰۳	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون	۰/۱۶۶۷-	۰/۱۸۴	$P \leq 0/003$	
	پیش‌آزمون	۹/۹۶	۱/۰۷	$P \leq 0/001$	
تاب آوری	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۹/۵۶-	۰/۹۶۹	$P \leq 0/001$
		پیگیری	۱۰/۱۶-	۰/۹۰۱	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون	۰/۱۶۰۰-	۰/۱۷۳	۱	
	پیش‌آزمون	۹/۵۶	۰/۹۶۹	$P \leq 0/001$	
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۸	۰/۵۸۶	$P \leq 0/001$
		پیگیری	۸-	۱/۶۶	$P \leq 0/001$
	پس‌آزمون	۸-	۱/۴۴	۱	
	پیش‌آزمون	۸	۰/۵۸۶	$P \leq 0/001$	

است. همچنین براساس نتایج جدول نشان داده شده که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب آوری تفاوت وجود دارد. بین پس‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب آوری تفاوت وجود ندارد. به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را داشته است.

براساس داده‌های جدول ۴ نتایج نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) متغیرهای تاب آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی تفاوت وجود دارد. بین پس‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر تاب آوری تفاوت وجود ندارد. به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بین پس‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی تفاوت وجود دارد، به عبارت دیگر مداخله در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تاثیر ثابتی را نداشته

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه درمان های شناختی رفتاری هیجان مدار و پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی

متغیر وابسته	درمان	مقایسه درمان ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تاب آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنویت درمانی	-۷/۸۶	۳/۵۳	۰/۰۰۲
انعطاف پذیری روانشناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	معنویت درمانی	۱/۴۶	۵/۴۰	۰/۷۸۸

نتایج جدول نشان می دهد که اختلاف میانگین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی متغیر انعطاف پذیری روانشناختی در سطح معناداری قرار ندارند. همچنین نتایج نشان داد که بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی در تاب آوری تفاوت وجود دارد و تاثیر معنویت درمانی در افزایش تاب آوری بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روان شناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش بهرامی عبدالمالکی، همایونی و علیانی (۲۰۲۱)، حاجی کرمی، قنبری و امیری مجد (۱۳۹۸) همخوان می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نوع درمان تشخیصی است، به این معنی که به طور خاص برای تشخیص یا اختلال خاص توسعه نیافته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر یادگیری رسیدگی به شکایات به صورت عملکردی تمرکز دارد، به طوری که دیگر از تجربیات دشوار اما ارزشمند اجتناب نمی شود. فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور گسترده ای قابل اجرا هستند، با شکایات و مشکلات روانشناختی مختلف و بنابراین در طیف گسترده ای از مسائل قابل اجرا هستند (جانسن و باتینگ، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی رفتاری است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف پذیری و توانایی مقابله می شود (تجاک و همکاران، ۲۰۱۵). درک انعطاف پذیری یک فرآیند است که می تواند سلامت روانی را افزایش دهد (سیدجعفری و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، سطوح بالاتر درمان انعطاف پذیری می تواند احساسات متعادل را در طول زمان پیش بینی کند و استرس روزانه را بهبود بخشد (گرین و همکاران، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف از درمان پذیرش و تعهد این است که افراد یاد بگیرند بر احساسات فعلی خود تأکید کنند این به افراد کمک می کند تا ذهن و تفکر خود را تغییر دهند (نوریان، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتی است که باعث ترس و رنجش فرد می شود و به این منظور با استفاده از فنون پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و فنون ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، هماهنگ شدن رفتارهای

سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد می شود. نتایج پژوهش سیم و همکاران (۲۰۲۲) نشان می دهد که شرکت در جلسات درمانی و مشارکت والدین نقش مهمی در تسهیل تغییر رفتار در مداخلات دارد که انعطاف پذیری رفتارهای والدین را هدف قرار می دهد. مشارکت بیشتر والدین با بهبود پذیرش و جنبه های روانی اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت والدین در پس از مداخله همراه است. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر قابل توجهی بر تاب آوری مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی دارد. این یافته با نتایج پژوهش عزیزیان و نوری (۲۰۲۲)، موزر و همکاران (۲۰۲۲)، لذا بر اساس یافته های این تحقیق می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب آوری موثر است. پژوهش های بسیاری نقش تاب آوری بر استرس اعضای خانواده به ویژه زنان را به عنوان هسته محوری مورد بررسی قرار داده اند به طوری که پدیده تاب آوری با ایجاد پذیرش روانشناختی باعث کاهش استرس و افزایش سلامت روانی زنان می شود. به عبارت بهتر، رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی می کند حتی زمانی که افکار و احساسات ناخوشایند ظاهر می شود، زندگی ارزشمندتری داشته باشد (شاد، عباسی و محمدیان، ۲۰۱۷). بنابراین، بر اساس یافته های مطالعه حاضر، در گروه آزمایش میانگین نمرات از پیش آزمون به پس آزمون افزایش یافت. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تاکید بر اصل پذیرش، در افزایش مقاومت مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی موثر بوده است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که معنویت درمانی در افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مادران دارای کودکان با معلولیت جسمی و حرکتی موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش سانی و همکاران (۲۰۲۳)، نویت و همکاران (۲۰۲۲)، فرادیلوس و همکاران (۲۰۲۲) همخوان می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که با افزایش سطح معنوی مادران دارای فرزند معلول جسمی حرکتی، انعطاف پذیری روانی آنها نیز افزایش می یابد. جنسر (۲۰۱۹) دریافت که مذهبی بودن پیش بینی کننده مهم رفاه ذهنی است. در مطالعه انجام شده توسط یسال و همکاران (۲۰۱۷)، انعطاف پذیری روانشناختی رابطه مثبت و قابل توجهی با مقابله مثبت مذهبی و رابطه منفی و قابل توجهی با مقابله منفی مذهبی داشت. فرادیلوس و همکارانش (۲۰۱۸) تاکید کردند که رابطه ای قوی بین باورهای مذهبی و انعطاف پذیری روانی وجود دارد. باورهای مذهبی نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد ایفا می کند (اسدی زند و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده رابطه مثبت قابل توجهی از سخاوت با معنویت، انعطاف پذیری و رفاه روانی در میان جوانان است. رگرسون خطی همچنین نشان داد که سخاوت بالا پیش بینی کننده قابل توجهی از معنویت بالا، انعطاف پذیری بیشتر و رفاه روانی بالا بود. این یافته ها فرضیه

می‌شود از اصول و تکنیک‌های این مداخله جهت بهبود متغیرهای مورد بررسی و نهایتاً کیفیت زندگی بهره بگیرند.

بدین وسیله از مادرانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

آزند، الهام (۱۴۰۲). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان تاب‌آوری معلولین جسمی- حرکتی شهرستان سرایان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی آرمان رضوی.

برهانی، فاطمه (۱۴۰۱). پیش‌بینی اختلالات یادگیری و پرخاشگری براساس افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله با معلولیت جسمی حرکتی شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی هشت بهشت.

جبلی، مهرناز و خادمی، علی. (۱۳۹۹). مقایسه انعطاف‌پذیری و سرسختی روان‌شناختی در مادران کودکان استثنایی (ناشنوا، نابینا، با ناتوانی هوشی). *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱).

حبیبی، مجتبی؛ و احمدآبادی، ابوالفضل رشدی. (۱۳۹۲). مقایسه استرس فرزند پروری مادران کودکان پسر عقب‌مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی- حرکتی. *مجله پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۴(۴)، ۱۵-۲۶.

خوراچی، پرویز (۱۳۹۸). آموزش معنا درمانی در مورد تاب‌آوری روانی و بهزیستی زنان در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن. سجادی، محبوبه؛ یعقوبی، ابوالقاسم، خسروی، شراره و نیازی، نعیمه (۱۳۹۶). تأثیر مشاوره معنوی بر سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی اراک.

صابرفرد، فرشته. و حاجیاربابی، فاطمه. (۱۳۹۸). رابطه جو عاطفی خانواده با خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۱) ۴۹-۶۳

عسکری زاده، قاسم، باقری، مسعود و عرب نژاد خانوکی، مریم. (۱۴۰۱). نقش تحریف‌های شناختی بین‌فردی، تمایز یافتگی خود و مشکلات بین‌فردی در پیش‌بینی سازمان شخصیت مرزی در دانشجویان کارشناسی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳(۴)، ۱۵۷-۱۷۴.

نعمتی، شهروز؛ غباری بناب، باقر و پورحسین، رضا (۱۳۹۴). پیامدهای روان‌شناختی بخشایش‌گری از دیدگاه مادران کودکان دارای نارسایی تحولی عقلی، *علوم روانشناختی*، ۱۴(۵۴): ۱۹۲-۱۸۰.

نقوی، مهسا؛ اسدپور، اسماعیل؛ و کسای، عبدالرحیم. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان ناباور. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۱۲۶-۱۰۵.

نریمانی، محمد؛ محمدیان، حمیدرضا؛ و رجبی، سوران. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۳۴(۳۳).

واقف مبارکه، نیره و نسترن، میهن (۱۳۹۶). مناسب‌سازی و ارتقاء کیفی پارک‌های محله ای جهت استفاده معلولین جسمی- حرکتی، چهارمین کنفرانس ملی مهندسی عمران، معماری و توسعه شهری

اول را تأیید کردند و همچنین با یافته‌های تحقیقات قبلی آنلاین هستند. سابلوسکی (۲۰۱۴) دریافت که معنویت با نگرش مثبت فرد نسبت به زندگی و افراد مرتبط است. پاسخ به یک فاجعه توسط جوامع و سیستم‌های بزرگتر می‌تواند برای رفاه و انعطاف‌پذیری فردی و خانوادگی تفاوت ایجاد کند (والش، ۲۰۲۰). دینر و سیلیگمن (۲۰۰۴) همچنین ادعا می‌کنند که حفظ راه‌های معنی‌دار برای اتصال با دیگران منجر به بهبود سلامت در سطح ذهنی و جسمی می‌شود. همچنین توانایی فرد را برای مبارزه با مشکلات زندگی بیشتر می‌کند. معنویت درمانی منجر می‌شود که سلامت معنوی و روانی افراد افزایش میابد و آنها بیشتر در برابر استرس‌های زندگی مقاومت می‌کنند (والش، ۲۰۲۰).

از دیگر نتایج پژوهش که بیانگر تاثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری بود که این یافته‌ها نتایج پژوهش بولینگ، مابوگا و پیراتو (۲۰۲۱)، فیسال و ماتیز (۲۰۱۷) همخوان می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که معنویت درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش بیشتری در بهبود تاب‌آوری در مادران دارای فرزند معلول جسمی و حرکتی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شواهد تجربی وجود دارد که نشان می‌دهد معنویت در واقع می‌تواند رفاه کلی را از نظر جسمی و روانی ترویج و حفظ کند (گناپراکاش، ۲۰۱۳). وچولتز و همکارانش (۲۰۰۷) پیشنهاد می‌کنند افرادی که باورهای معنوی بیشتری دارند می‌توانند تا حد زیادی نتایج سلامتی خود را به بهبود خلق و خوی، که ناشی از اضطراب پایین‌تر و آرامش و حمایت بالاتر است، ارتباط دهند. از آنجا که رنج در تجربه انسانی اجتناب‌ناپذیر است، مهم است که توجه داشته باشیم که معنویت نیز به طور قابل توجهی در روند مقابله مشکلات به افراد کمک می‌کند (گناپراکاش، ۲۰۱۳). به همین دلیل معنویت درمانی اغلب به عنوان یک عامل محافظتی طبقه بندی می‌شود (رایت، ۲۰۰۱). در معنویت درمانی با تأکید بر مفهوم حضور خدا سعی می‌شود که بسیاری از مسائل، احساسات، اعتقادات و پندارهای فردی تحت تاثیر قرار گیرد و بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد، تعادل برقرار شود تا فرد به رضایت از زندگی دست یابد. این مطالعه مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم مهار کردن عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیشتر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوشبینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای مهار کردن اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه گواه اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. با توجه به نتایج پژوهش و اثربخش درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی به درمانگرانی که در مراکز درمانگری از جمله سازمان بهزیستی با مادران دارای فرزندان با مشکلات جسمی- حرکتی، فلج مغزی و ضایعه نخاعی سروکار دارند، پیشنهاد

- Hajikaram, A., & Ghamari, M. (2019). Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 24(3), 20-33.
- Haglund, M., Nestadt, PS., Cooper, NS., Southwick, SM., Charney, DS. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Dev Psychopathol*, 19(3), 889-920.
- Herring, S.; Gray, K.; Taffe, J.; Tonge, B.; Sweeney, D.; & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 874-882. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00904.x>
- Halliday, M. (2019). Tony Hoagland and Self-Criticism. *Literary Imagination*, 21(2), 219-233. <https://doi.org/10.1093/litimag/imz021>
- Hayes, Steven; Strosahl, Kirk; & Wilson, Kelly. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change* / S.C. Hayes, K.D. Strosahl, K.G. Wilson.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guilford Press.
- Irman, I., Natashia, D., Gayatri, D. (2021). Stimulasi Auditori Menggunakan Murottal terhadap Vital Signs Pasien Stroke Fase Akut. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 625-633. DOI: <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1926>
- Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to ACT: het basisboek voor professionals*.
- Kaurin, A., Schonfelder, S., Wessa, M. (2018). Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. *Journal of counseling psychology*, 65(4), 453. DOI: 10.1037/cou0000275
- Kirkpatrick, Jamie. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy and Heavy Episodic Drinking Among College Students: An Examination of Mechanisms of Change*. Appalachian State University.
- Kim, Y., Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Pers Individ Dif*, 32(8), 1377-90. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00128-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00128-3)
- Karimi MM, Shariatnia KA. (2018). Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2018;19(4):32-7. [Persian] <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3217-en.htm>
- Moens, M., Jansen, J., De Smedt, A., Roulaud, M., Billot, M., Laton, J., ... & Goudman, L. (2022). Acceptance and Commitment Therapy to increase resilience in chronic pain patients: A Clinical Guideline. *Medicina*, 58(4), 499.
- McCracken, Lance. (2011). *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice*. New Harbinger Publications.
- Asadzandi, M., Mazandarani, H. A., Saffari, M., & Khaghanizadeh, M. (2022). Effect of spiritual care based on the sound heart model on spiritual experiences of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2056-2071. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01396-2>.
- Azarian, S. S., & Noori, N. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on perception of suffering, resilience and sexual self-respect of betrayed women. *Psychology of Woman Journal*, 3(4), 49-62.
- Bahramiabdolmalaki, S., Homayouni, A., & Aliyali, M. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Psychological Well-Being, and Life Expectancy in Asthmatic Patients. *The Journal of Toloobehdasht*.
- Bowling, J., Mbugua, A., & Piperato, S. (2021). The Influence of Religion, Spirituality, and Purpose in Life for Resilience among Trans and Gender Diverse Individuals. *Religion and Gender*, 12(1), 78-108.
- Boldyreva, Uliana; Streiner, David L.; Rosenbaum, Peter L.; & Ronen, Gabriel M. (2020). Quality of life in adolescents with epilepsy, cerebral palsy, and population norms. *Developmental Medicine & Child Neurology*. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14450>
- Cambric, M. (2019). *Validating the Construct of Resiliency in the Health Literacy and Resiliency Scale (HLRS-Y) with the Child and Youth Resiliency Measure (CYRM-28)*. (Doctoral dissertation). Retrieved from, <https://pqdtopen.proquest.com/doc/2283388782.html?FM T=ABS>
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>
- Dennis, JP., Vander Wal, JS. (2010). The cognitive flexibility inventory: Intrument developmant and estimate of reliability and validity. *Cognther Res*. 34(3), 241-253
- Faisal, T., & Mathai, S. M. (2017). Resilience and spirituality as correlates of psychological well-being among Adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 23-29.
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2022). The effect of spirituality in quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2029-2040. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01153-x>.
- Gencer, N. (2019). Dindarlık öznel iyi oluşu etkiler mi? Hemodiyaliz hastaları üzerinde kesitsel bir çalışma. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 23(3), 1419-1444. <https://doi.org/10.18505/cuid.601055>
- Gnanaprakash, C. (2013). Spirituality and resilience among post-graduate university students. *Journal of Health Management*, 15(3), 383-396. <https://doi.org/10.1177/0972063413492046>
- Green KT, Beckham JC, Youssef N, Elbogen EB. Alcoholmisuse and psychological resilience among U.S. Iraq and Afghanistan era veterans. *Addict Behav*. 2014;39(2):406-13. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.08.024. [PubMed: 24090625]. [PubMed Central: PMC3936318].

- Master, general psychology, Salman Farsi university of Kazeroon.
- Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom.* 2015;84(1):30–6. doi: 10.1159/000365764. [PubMed: 25547522].
- Uysal, V., Göktepe, A. K., Karagöz, S., & İlerisoy, M. (2017). Dinî başa çıkma ile umut, hayat memnuniyeti ve psikolojik sağlamlık arasındaki etkileşim üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 52(52), 139–160. <https://doi.org/10.15370/maruifd.333535>.
- Wachholtz, A. B., Pearce, J. M., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 311–318. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9114-7>
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of COVID-19: Meaning-making, hope, and transcendence. *Family Process*, 59(3), 898-911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>
- Wright, K. (2001). *Religious abuse: A pastor explores the many ways religion can hurt as well as heal*. Northstone Publishing.
- McCoy, Sarah Westcott; Palisano, Robert; Avery, Lisa; Jeffries, Lynn; Laforme Fiss, Alyssa; Chiarello, Lisa; & Hanna, Steve. (2020). Physical, occupational, and speech therapy for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 62(1), 140-146. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14325>
- Murphy, N. A.; Christian, B.; Caplin, D. A.; & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x>
- Muhammad, A.Y. (2017). Al-Qur'an as a Remedy for Human Physical and Spiritual Illnesses, and Social Vices: Past, Present and Future. *Journal of Islamic Studies*, 5(2), 28-32. DOI: 10.15640/jisc. v5n2a3
- Narayananamy, A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *J Clin Nurs*, 15(7), 840-851. doi: 10.1111/j.1365- 2702.2006.01616.x.
- Nourian L. (2017). *Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency and codependency of mothers of addicts*. ACBS ANNUAL World Conference 15th. Seville, Spain.
- Novita, D., Rokayah, C., Muliani, R., & Sumbara, S. (2022). The relationship of spirituality and resilience in patients that received Hemodialysis. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 4(4), 685–690.
- Roman, N.V., Mthembu, T.G., Hoosen, M. (2020). Spiritual care– ‘A deeper immunity’–A response to Covid19 pandemic. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 12(1), 2456. doi: 10.4102/phcfm. v12i1.2456
- Southwick, S. M., Lowthert, B. T., Graber, A.V. (2016). *Relevance and application of logotherapy to enhance resilience to stress and trauma*. Logotherapy and existential analysis: Springer. 131-49.
- Sim, W. H., Jorm, A. F., & Yap, M. B. (2022). The Role of Parent Engagement in a Web-Based Preventive Parenting Intervention for Child Mental Health in Predicting Parenting, Parent and Child Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2191.
- Spencer, S. D., Masuda, A. (2020). Acceptance and Commitment Therapy as a Transdiagnostic Approach to Treatment of Behavioral Health Concerns: A Concurrent Multiple Baseline Design Across Participants. *Clinical Case Studies*. 19(3), 163-179. doi.org/10.1177/1534650119897412.
- Sablosky, R. (2014). Does Religion Foster Generosity? *The Social Science Journal*, 51(4). Atlanta: Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2014.03.012>
- Şanlı, M. E., Dinç, M., Öner, U., Buluş, M., Çiçek, İ., & Doğan, İ. (2023). The Role of Spirituality in Anxiety and Psychological Resilience of Hemodialysis Patients in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 1-19.
- Seyyed Jafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Kopaei Olamaie M, Hashemian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience in elderlies. *J Aging Psychol.* 2017;3(1):21–9.
- Shad, S., Abbasi, M., & Mohammadi, N. (2017).” *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual self- esteem, marital distress and emotional skills*”.