



سال پنجم • بهار و تابستان ۹۸ • شماره ۱۰

Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 5, No. 10, Spring & Summer 2020

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر امید سالمندان

زهرا مجاهدیان*

ماریه دهقان منشادی**

چکیده

سالمندی یکی از مراحل پرمخاطره زندگی از نظر فشارهای روانی است. در منابع اسلامی به جایگاه سالمند و اهمیت سالمندی توجه ویژه شده به گونه‌ای که از پیری به مثابه نور خداوند و برکت خانواده یاد شده است. این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر امید سالمندان پرداخته است. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری، سالمندان استان یزد در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جلسه‌های درمان گروهی پذیرش و تعهد مبتنی بر الگوی باند و هیز با رویکرد اسلامی تطبیق داده شد و به تأیید ۵ نفر از متخصصین حوزه‌های علوم قرآنی، علوم حدیث و روانشناسی رسید و برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی تدوین شد. گروه آزمایش، درمان را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک‌بار دریافت کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه امید اسنایدر بود. طبق یافته‌های این مطالعه، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی موجب افزایش امید و ابعاد آن در سالمندان شده است.

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکرد اسلامی، امید، سالمند.

* دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد.

** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد | marieh.dehghan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۱.

مقدمه

سالمندی، یکی از مراحل پر مخاطره زندگی از نظر فشارهای روانی است و سالمندان افرادی آسیب‌پذیرند چراکه هرروز شاهد حوادث و رویدادهایی‌اند که می‌تواند تأثیرات نامطلوب و ناخوشایندی در زندگی‌شان داشته باشد و آن‌ها را دچار مشکلات روحی و روانی کند. در دهه‌های اخیر با توجه به رشد روزافزون سالمندان در ایران و اوج‌گیری پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی دین، توجه به بهداشت روانی سالمندان با تأکید بر دین و مذهب فزونی یافته است (آخوندزاده، پقه و صفایی، ۱۳۹۷).

یکی از مهم‌ترین عواملی که نقش مثبتی در شرایط بحرانی زندگی به‌ویژه در دوران سالمندی دارد، امید است. از نظر اسنایدر، بنیان‌گذار نظریه امید در روان‌شناسی، امید عبارت است از ظرفیت ادراک‌شده برای تولید مسیرهایی به سمت هدف‌های مطلوب و انگیزه ادراک‌شده برای حرکت در این مسیرها. از نظر او، امید فرایندی است که طی آن، فرد هدف‌های خود را تعیین می‌کند، راه‌کارهایی برای رسیدن به آن‌ها می‌سازد و انگیزه لازم را برای اجرای این راه‌کارها ایجاد و در طول مسیر حفظ می‌کند (سید جعفری، جدی، موسوی و حسینی، ۱۳۹۸). امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمند را در برگیرد و باوجود موانع چالش‌انگیز ولی برطرف‌شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در میان مدت وجود داشته باشد (داویسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

پیر شدن با خود تغییراتی را به همراه می‌آورد که فراتر از مسئله زمان و عمر است؛ مسائلی نظیر رفتن فرزندان از خانه، مرگ یکی از همسران، معلولیت و به‌ویژه بازنشستگی و کم شدن روابط اجتماعی. این تغییرات می‌تواند باعث کم شدن امید و تجربه احساس تنهایی در افراد سالمند شود (توهینگ^۲، ۲۰۰۹). امید، یکی از نشانه‌های سلامتی سالمندان است. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده است که با نیروی نافذ خود تحریک‌کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های جدید کسب کند و نیروی تازه‌ای در خود ایجاد کند. افراد امیدوار همیشه عوامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن هدف خود دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده می‌کنند. امیدواری به فرد جرئت می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر مشکلات را افزایش دهد (برزگر، اهالی و محمدی، ۱۳۹۴).

1. Davison, T. E

2. Twohig, M. P

کاهش امید سالمند را در وضعیت غیرفعال قرار می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و درباره آن‌ها تصمیم بگیرد.

در بینش و تفکر دینی، انسان مؤمن، همواره به فضل و رحمت الهی امیدوار است. پیشامدها و حوادث او را ناامید نمی‌کند؛ بلکه آن‌ها را مقدمه‌ای برای کمال و قرب الهی می‌داند. شخص مؤمن تمام اسباب عالم را به دست خداوند می‌داند، از این‌رو هیچ‌گاه خود را در بن‌بست کامل نمی‌بیند، بلکه همیشه به خداوند امیدوار است و اعتقاد دارد که خداوند به او کمک می‌کند (پرچم و همکاران، ۱۳۹۰). خداوند متعال برای آنکه تیرگی ناشی از ناامیدی را از دل مؤمنان بزدايد، از زبان حضرت یعقوب علیه السلام می‌فرماید: از رحمت خداوند ناامید نشوید؛ زیرا جز کافران کسی از رحمت خدا ناامید نیست^۱ (یوسف: ۸۷). از منظر قرآن کریم، امید از چنان جایگاهی برخوردار است که نقطه مقابل آن، یعنی ناامیدی، از گناهان کبیره به شمار می‌رود زیرا یأس از رحمت خداوند، در واقع، محدود کردن قدرت و پنهان کردن احاطه و وسعت رحمت اوست. قرآن کریم با نگاهی جامع به انسان و نیازهای او و ظرفیت وجودی‌اش، عواملی همچون احساس گناه، کم‌ظرفیتی، نداشتن شرح صدر، ناتوانی، فقر و... را از جمله عوامل مهم برای کاهش روح امید در انسان می‌داند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر امید افراد تأثیر داشته باشد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۲ است (فورمان^۳، هربرت^۴، ۲۰۰۸). شش فرایند مرکزی درمانی در درمان مبتنی بر پذیرش پذیرش و تعهد عبارت‌اند از لحظه حال، همجوشی زدایی، پذیرش، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توجه آگاهی^۵ قرار دارد. توجه آگاهی به معنای توجه کردن منعطف، باز و کنجکاوانه است؛ اما برای داشتن زندگی غنی، معنادار و کامل به چیزی بیشتر از توجه آگاهی، یعنی عمل کردن در جهت ارزش‌ها نیاز است. این درمان به دنبال از بین بردن رنج‌ها و سختی‌های زندگی نیست، بلکه می‌خواهد با گرفتن زهر افکار و احساسات ناخوشایند، درد هیجانی، به رنج کشیدن مستمر و مداوم که مانع عمل کردن در جهت زندگی پربار

۱. وَلَا تَيَاسُؤْمِنْ رُوحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَبْأَسُ مِنْ رُوحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ.

2. Acceptance and Commitment Therapy

3. Forman, E. M

4. Herbert, J. D

5. Awareness Attention

و سرزنده است، تبدیل نشود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شیوه‌ای برای زندگی کردن در جهت ارزش‌ها است. البته همواره این‌گونه زندگی کردن شاید امکان‌پذیر نباشد اما با تمرین و ممارست می‌توانیم این نوع نگاه به دنیا را در خود تقویت کنیم (امین زاده، ۱۳۹۴).

هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱ و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی بازمی‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد را در انتخابگری مناسب، افزایش می‌دهد (اورکی، جهانی و رحمانیان، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تلاش مستقیم برای کاهش شدت و فراوانی هیجانات و افکار آزارنده، بر افزایش کارآمدی رفتار در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند. در واقع هدف این نوع درمان افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (دهقانی و رضایی، ۱۳۹۷). منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند (هیز^۲، ۲۰۰۴).

هدف غالب شیوه‌های توصیه‌شده اسلام یاری‌رساندن به انسان به‌منظور برخورداری از روح و روان سالم است تا بتواند با توسل به بهترین راه‌های ممکن با مشکلات مقابله کند و به آرامش نائل آید. آموزه‌های اسلام با تغییر و اصلاح شناخت و تفکر نسبت به جهان و تبدیل جهان‌بینی بشر به جهان‌بینی الهی، بر نگرش انسان به مسائل زندگی و رفتار، عواطف و احساسات شخص تأثیر می‌گذارد و با ایجاد ایمان و توکل به خدا، رضامندی، مثبت‌اندیشی و امیدواری به زندگی، زمینه سلامت روانی را در مؤمنان فراهم می‌آورد (کمروی و همکاران، ۱۳۹۵). در قرآن مجید، دین‌داری و دین‌باوری نشانه سلامت عقل و بی‌رغبتی و عدم تمایل به دین و معنویت دلیل بر سفاهت و بی‌خردی، دانسته شده است (بقره: ۱۳۰)^۳. معنویت و مذهب یکی از منابع انسان است که راه‌های



1. Psychological Flexibility

2. Hayes, S. C

۳. وَمَنْ يَرْغَبْ عَنْ مِلَّةِ إِبْرَاهِيمَ إِلَّا مَن سَفِهَ نَفْسَهُ وَلَقَدِ اصْطَفَيْنَا فِي الدُّنْيَا وَإِنَّهُ فِي الْآخِرَةِ لَمِنَ الصَّالِحِينَ.

کنار آمدن و استراتژی‌های حل مسئله را برای وی فراهم می‌آورد و به‌عنوان منبع حمایت اجتماعی، در برابر سردرگمی‌ها و مصیبت‌ها، احساس معناداری را ایجاد می‌کند و به افراد احساس تسلط غیرمستقیم بر پیشامدها می‌دهد که در نهایت منجر به کاهش انزوا و تنهایی در افراد می‌شود (گروور و همکاران، ۲۰۱۸). بسیاری از محققین، رویکرد مذهبی را یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش استرس‌ها و تحمل بیشتر مشکلات زندگی و بهبود اختلالات خلق و کاهش هیجانات منفی می‌دانند که از طریق تأثیر بر عوامل روانی، عصبی، بیولوژیک و سیستم ایمنی در بهبود اختلالات و بیماری‌ها، تأثیر بسزایی دارد.

در سال‌های اخیر، به نقش معنویت و مذهب در بیماری و سلامت توجه بسیاری شده است به‌طوری‌که برخی معتقدند معنویت بخشی از مدل زیستی، روانی و اجتماعی است. شواهدی نشان می‌دهد، اعتقادات قوی مذهبی، اشتیاق معنوی، نیایش و اعمال عبادی بر سلامت روانی و جسمی فرد اثرات مثبتی دارند (پرچم و همکاران، ۱۳۹۰). با استفاده از روش‌های معنوی و مذهبی و نیز مثبت‌نگری، انسان می‌تواند به حد نهایی قابلیت و استعدادهایش دست یابد و این بسیار ارزشمند است (کمری و همکاران، ۱۳۹۵). با افزایش سن، باورهای مذهبی و سلامت معنوی نیز افزایش می‌یابد. پایبندی به اعتقادات و دستورالعمل‌های دینی، انگیزه فرد برای ایجاد و تقویت رفتارهای خودمراقبتی را افزایش می‌دهد به‌گونه‌ای که هرچه ایمان فرد سالمند نسبت به خدا قوی‌تر شود، بهتر می‌تواند با مشکلات زندگی مقابله کند (کاتز^۱، کرسیت^۲، برگر^۳ و استنبرگ^۴، ۲۰۱۷).

یکی از اصول بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرفتن آگاهانه و فعال تجربیات نامطلوب درونی است. انسان در دوران زندگی با فراهم کردن اسباب و علت‌هایی، امیدوار است که کارهای او به نتیجه برسد؛ ولی با مشکلاتی روبه‌رو می‌شود که گاه حل آن‌ها از دست او خارج است یا به تنگنمایی برخورد می‌کند که خلاص شدن از آن ممکن نیست. اسلام در چنین شرایطی افراد را به تسلیم بودن در برابر امر خدا و رضایت از امر الهی توصیه می‌کند، منظور تسلیم بودن در برابر مشیت خداوند، یعنی بودن با جهان هستی همان‌گونه که هست. در قرآن کریم آمده است: کسی که روی خود را تسلیم خدا کند و نیکوکار باشد، پاداش او نزد پروردگارش است، نه ترسی بر

1. Coats, H

2. Crist, J. D

3. Berger, A

4. Sternberg, E

آنان است و نه اندوهناک می‌شوند^۱ (بقره: ۱۱۲). رضایت از پذیرش هرآن چه پیش آمده فقط بدان جهت که از طرف معبود و معشوق است، بسیار دلپذیر است و این نکته فراوان در سخنان امامان و اولیاء ما متجلی است. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: این تقدیر حق را بدانید تا هرگز بر آنچه از دست شما رود دلتنگ نشوید و به آنچه به شما می‌دهد مغرور و دلشاد نگردید و خدا دوستدار هیچ متکبر خودستایی نیست^۲ (حدید: ۲۳). پذیرش و گسلش شناختی^۳ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پایان راه نیست بلکه روشی برای افزایش اقدامات مبتنی بر ارزش است. در آموزه‌های اسلامی، پذیرش رنج و سختی برای رسیدن به ارزش‌های معنوی و والای انسانی مقدس شمرده می‌شود که نمونه بارز آن در حماسه عاشورا تجلی یافت (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۱). در فرهنگ اسلامی شخصیت افراد یا همان من خدایی انسان، بعد از توهین و تحقیر، اسارت و حتی شکست ظاهری تغییر نمی‌کند، این همان منی است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان من مشاهده‌گر و متعالی نام‌برده می‌شود که آسیب نمی‌بیند. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: و به تحقیق، ما فرزندان آدم را بسیار گرامی داشتیم و آن‌ها را بر مرکب، در خشکی و دریا سوار کردیم و از هر غذای لذیذ و پاکیزه آن‌ها را روزی دادیم و آن‌ها را بر بسیاری از مخلوقات خود برتری و فضیلت کامل بخشیدیم^۴ (اسراء: ۷۰). راهی که قرآن به ما برای بودن در لحظه نشان می‌دهد، یاد خداست. یاد خدا دلهره‌ها و ترسهای ناشی از بی‌اعتمادی به آینده را کاهش می‌دهد. با یاد خدا و پذیرش هر آنچه از طرف او صادر می‌شود، انسان از ترس‌ها، نگرانی‌ها و ناراحتی‌های همراه رویدادها رها شده و به انعطاف و رشد در برخورد و حل مسئله می‌رسد (منتظر و همکاران، ۱۳۹۱) از نظر اسلام، انسان زمانی به والاترین مقام انسانی دست می‌یابد که به یاد خدا باشد و روحش متوجه او شود؛ آنان که ایمان آورده‌اند و دل‌هایشان به خدا آرام می‌گیرد، بدانید که با یاد خدا دل‌ها آرام می‌گیرد^۵ (رعد: ۲۸). بعد از شناسایی ارزش‌ها در رویکرد اسلامی منطبق با قرآن و سیره اهل بیت، عمل متعهدانه نسبت به ارزش‌های درک شده، پیش روی ما قرار دارد و در این جهت،

۱. بَلَىٰ مَنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَلَهُ أَجْرُهُ عِنْدَ رَبِّهِ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ.

۲. لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يَجِبُ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ.

3. Cognitive Fault

۴. وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا.

۵. الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ.

همین آیه قرآن ما را بس است که خداوند می‌فرماید: نزد خدا سخت ناپسند است که چیزی را بگوئید و انجام ندهید.^۱ (صف: ۳)

ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای است که اثربخشی آن تاکنون در پژوهش‌های بسیاری در زمینه مسائل و مشکلات گوناگون تأیید شده است. تعدادی و همکاران (۱۳۹۸)، مقدم فر و همکاران (۱۳۹۷)، مرمچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند از آنجاکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنی‌دار می‌سازد، می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای ایجاد و افزایش امید و شادکامی مراجعان استفاده کرد. داویسون (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید سالمندان تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. تکیسو^۲، مورفی، میلنز، لمب و کارتین (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز در این افراد باعث کاهش اختلالات خلقی شده بود. یاداوایا^۳، هیز و ویلدرگا^۴ (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی کمک کند و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود. حاجی صادقی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که این روش درمانی، نمرات پایین اضطراب، کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و افزایش امید را به دنبال دارد.

با توجه به آموزه‌های غنی فرهنگ اسلام و ریشه‌دار بودن آن در جامعه ما، به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به همراه آموزه‌های دینی و عرفانی مؤثرتر خواهد بود. هدف اصلی رویکردهای اسلامی، یاری‌رساندن به انسان به‌منظور برخورداری از روان سالم است تا با به‌کارگیری بهترین راه‌های ممکن، با مشکلات مقابله کرده و با امید به الطاف بیکران الهی به آرامش برسد.

به علت اهمیت امیدواری در سالمندان و نبود پژوهشی در زمینه متغیرهای مطالعه‌شده در بافتی

۱. كَبُرَ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَفْعَلُونَ.

2. Thekiso, T. B

3. Yadavaia, J. E

4. Vilardaga, R

همایند در گروه سالمندان استان یزد، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر امید در سالمندان پرداخته است.

روش پژوهش

پژوهش بر اساس هدف از نوع تحقیقات کاربردی است. طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل دو بار اندازه‌گیری شدند. یک‌بار قبل از شروع آموزش و بار دوم بعد از اتمام آموزش‌ها بود. بر این اساس گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفتند در حالیکه به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی داده نشد. جامعه مورد مطالعه این پژوهش، کلیه سالمندان استان یزد در سال ۱۳۹۸ بود. دامنه سنی سالمند طبق تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، ۶۰ سال و بالاتر اطلاق می‌شود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲).

ابتدا ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) قرار گرفتند. افراد تلفنی برای آشنایی اولیه با پژوهشگران و بستن قرارداد درمانی و پر کردن پرسشنامه دعوت شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل شنوایی و بینایی قابل قبول برای پاسخ به پرسشنامه‌ها، شرکت در جلسات آموزشی به صورت منظم و داشتن سن بالای ۶۰ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از شناسایی هرگونه اختلال روانی، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش بود.

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر^۱: اسنایدر در سال ۱۹۹۱، با هدف سنجش میزان امید به زندگی در افراد بزرگسال (بالای سن ۱۵ سال) پرسشنامه امید به زندگی را ساخت. این پرسشنامه ۱۲ عبارت و دو زیر مقیاس عامل و راهبردها را دارد. ۴ عبارت ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت ۱، ۴، ۶، ۸ برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی است و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد؛ نمره کل، امید فرد را نشان می‌دهد. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. نمره گزینه کاملاً درست ۴، تا حدی درست ۳، تا حدی غلط ۲ و گزینه کاملاً غلط ۱ است. دامنه تغییرات این پرسشنامه عددی بین ۸ تا ۳۲ است. تفسیر پرسشنامه امید اسنایدر به این صورت است که هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند، بیانگر برخورداری بیشتر از

1. Schneider Hope Questionnaire

امید است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴، پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی زیر مقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۷۶ و برای زیر مقیاس عاملی ۰/۷۴ و راهبردی ۰/۷۸ به دست آمد.

برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی: این درمان، درمانی رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کمک قرآن و احادیث آموزش می‌دهد. در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. درمان‌جویان می‌آموزند، به شیوه‌ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). بسته درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل مبتنی بر الگوی باند و هیز (۲۰۱۱) ارائه شد. جهت تلفیق با رویکرد اسلامی، ۵ تن از کارشناسان علوم قرآنی، علوم حدیث و روان‌شناسی به تطبیق هر بُعد آن با قرآن و احادیث پرداختند و برنامه درمانی تدوین شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی

جلسه	شرح جلسات
اول	خوشامدگویی، آشنایی اعضا با مشاور و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی و نتایج آن، بررسی انتظارات افراد از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی، برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات، تمرین مبتنی بر آگاهی با عنوان «تمرین تمرکز»
دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره طناب‌کشی با هیولا و پرسش از مراجعان، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، استفاده از استعاره باتلاق شنی، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفهوم شکست، مفاهیم منطبق با پذیرش در منابع اسلامی
سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، مفهوم گسلش شناختی و ارتباط آن با مفهوم زهد در منابع اسلامی، استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس

جلسه	شرح جلسات
چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، آموزش مفهوم خود به عنوان زمینه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم کرامات انسانی در منابع اسلامی
پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال، توضیح مفهوم متناسب با تأکید بر زمان حال در منابع اسلامی یعنی توکل، ذکر خداوند و نماز
ششم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، بررسی ارزش‌های زندگی هر یک افراد، شناسایی ارزش‌ها در رویکرد اسلامی منطبق با قرآن و سیره اهل بیت
هفتم	آموزش عمل متعهدانه و بررسی ارتباط و هماهنگی عمل متعهدانه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم عبودیت در منابع اسلامی
هشتم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از سالمندان، گفتگوی اعضا با یکدیگر درباره نحوه استفاده از مطالب آموخته شده در جلسات آموزشی و استفاده آن در زندگی شخصی شان و در آخر ضمن تشکر از همراهی و همکاری سالمندان پس از آزمون گرفته شد

اجرای پژوهش: بسته درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل مبتنی بر الگوی باند و هیز (۲۰۱۱) و با تطبیق فرهنگی آن با کارشناسان علوم قرآنی، علوم حدیث و روانشناسی تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای، در هفته یک‌بار طراحی شد.

افراد گروه آزمایش و کنترل، تلفنی و به صورت فردی برای آشنایی اولیه با پژوهشگران و بستن قرارداد درمانی و پر کردن پرسشنامه اولیه دعوت شدند. بعد از هماهنگی درباره زمان و مکان، گروه آزمایش تحت آموزش قرار گرفت. بعد از فرآیند آموزش دوباره پرسشنامه توزیع شده و سپس کار آماری آغاز گردید.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیرها انجام شده، سپس تفاوت احتمالی گروه‌ها در مراحل مختلف، بررسی می‌شود. براین اساس میانگین و انحراف معیار نمرات امید و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش می‌شود.



جدول ۲: درصد و فراوانی گروه‌های شرکت‌کننده بر اساس جنسیت، سن و تحصیلات

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۸	۵۳	۷	۴۷
	مرد	۷	۴۷	۸	۵۳
سن	۶۰ تا ۷۰ سال	۵	۳۳	۵	۳۳
	۷۰ تا ۷۵ سال	۷	۴۷	۷	۴۷
تحصیلات	۷۵ سال به بالا	۳	۲۰	۳	۲۰
	دیپلم و زیر دیپلم	۱۰	۶۶	۹	۶۰
	لیسانس	۳	۲۰	۴	۲۶
	بالتر از لیسانس	۲	۱۴	۲	۱۴

جدول ۳: شاخص‌های آماری مربوط به نمرات امید

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		پس‌آزمون	پیش‌آزمون
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تفکر عملی	۷۳.۲	۳۳.۱۱	۲۷.۹	۶۹.۲	۴۷.۹	۱۳.۲
تفکر راهبردی	۸۹.۳	۴۰.۱۱	۸۷.۹	۹۸.۳	۶۰.۹	۹۷.۲
نمره کل	۶۲.۶	۷۳.۲۲	۱۴.۱۹	۶۷.۶	۰۷.۱۹	۱.۵

یافته‌های توصیفی در جدول ۳ نشان می‌دهد در امید و ابعاد آن میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش، بالاتر از پس‌آزمون گروه کنترل است.

ابتدا مفروضات روش تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانسها و همگنی شیبهای رگرسیون در گروه‌های مختلف، بررسی شد. پس از بررسی پیش‌فرض‌های موردنیاز، تحلیل کوواریانس بر روی داده‌ها انجام شد که نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه در متن مانکوا (امید و ابعاد آن)

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذور اتا
تفکر	پیش‌آزمون	۳۲/۳	۱	۳۲/۳	۵/۸۵	۰/۰۲	۰/۲۳
راهبردی	گروه	۰/۴۸	۱	۰/۴۸	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۳۶

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذورات
	خطا	۳۹۰/۹	۲۰	۱۹/۵۴			
تفکر	پیش‌آزمون	۱/۷	۱	۱/۷	۰/۳	۰/۵۸	۰/۰۱
عاملی	گروه	۱۲/۳۴	۱	۱۲/۳۴	۰/۵۱۸	۰/۰۲	۰/۵۳
	خطا	۵۳۴/۲۶	۲۰	۲۶/۷۱			
نمره کل	پیش‌آزمون	۳۴	۱	۳۴	۱۵/۰۶	۰/۶	۰/۲۴
امید	گروه	۸۲.۱۲	۱	۸۲/۱۲	۰/۵۲	۰/۰۴	۰/۸۹
	خطا	۱۶.۹۲۵	۲۰	۲۵/۴۶			

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات تفکر راهبردی دو گروه در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). اندازه اثر آموزش $0/36$ بوده است بدین معنی که 36% درصد از تغییرات گروه آزمایش در پس‌آزمون بر اثر مداخله آموزش بوده است. همچنین بین میانگین نمرات تفکر عاملی دو گروه در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/05$). اندازه اثر آموزش $0/53$ بوده است. بدین معنی که 53% درصد از تغییرات گروه آزمایش در پس‌آزمون بر اثر مداخله آموزش بوده است. با توجه به اینکه نتایج آزمون نشان داد که نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون تفکر راهبردی و تفکر عاملی به‌طور معناداری نسبت به گروه گواه افزایش یافته است، می‌توان ادعا نمود که در چارچوب محدودیت‌های طرح آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی باعث افزایش تفکر راهبردی و عاملی سالمندان شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر امید و ابعاد آن در سالمندان مؤثر بوده است که با یافته‌های پژوهشگرانی همچون تعدادی و صدری (۱۳۹۸)، صالحیان و همکاران (۱۳۹۷)، مسلم خانی و همکاران (۱۳۹۷)، مقدم فر و همکاران (۱۳۹۷)، مرمچی نیا و همکاران (۱۳۹۶)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۵)، ساریخانی و همکاران (۱۳۹۳)، داویسون و همکاران (۲۰۱۶)، نکیسو و همکاران (۲۰۱۵) همسو است.

در تبیین این موضوع می‌توان گفت که پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات)، افزایش یافته و در نتیجه اعمال کنترلی نامؤثر کاهش می‌یابد. در این روش درمان به مراجع آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر

است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به‌طور کامل پذیرفت. در واقع هدف این رویکرد درمانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد بود. (هافمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد همان‌طور که نتایج آماری نشان داد منجر به افزایش معناداری در امید و مؤلفه‌های سالمندان شد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی ارتباط با زمان حال به‌طور کامل به‌عنوان انسانی هوشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد است. برای این هدف از شش فرآیند اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌شود. دستورات و احکام اسلام می‌توانند در جهت مثبت اندیشی، تحمل دشواری‌ها، معنا بخشی به سختی‌ها و ناکامی‌ها و رشد پتانسیل‌های فردی مؤثر عمل کند. هدف اصلی شیوه‌های توصیه‌شده در آموزه‌های دینی، یاری‌رساندن به انسان به‌منظور برخورداری از روان سالم است تا با به‌کارگیری بهترین راه‌های ممکن، با مشکلات مقابله کرده و با امید به الطاف بیکران الهی به آرامش برسد.

پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی رایج درباره سالمندان آزمون شود. کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی بر روی سایر گروه‌های نیازمند مشاوره توان‌بخشی، آزمون شود. در پژوهش‌های بعدی بهره‌گیری از این روش درمان در دوره‌های بلندمدت بررسی شود تا دوام نتایج درمان، بهتر ارزیابی شود. مشاوران و درمانگران در پروتکل‌های درمانی خود به آموزش پذیرش و تعهد با رویکرد اسلامی توجه کنند و از آن در جلسات مشاوره بیشتر بهره ببرند. آموزش افراد توانمند و مستعد در کلینیک‌های مشاوره با این روش درمان با هدف اجرای کارگاه‌های درمانی برای گروه آسیب‌پذیر می‌تواند مفید واقع شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه تخصصی کارشناسی ارشد مشاوره گرایش توان‌بخشی است. نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی و تشکر را داشته باشند.

فهرست منابع

قرآن کریم

ازدری فرد، پری سیما؛ قاضی، قاسم؛ نورانی پور، رحمت اله (۱۳۸۹) بررسی تاثیر آموزش عرفان

1. Hoffmann, D

و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان، نوآوری های مدیریت آموزشی، ۱۰۵-۱۲۸.

اورکی، محمد؛ جهانی، فاطمه و رحمانیان مهدیه (۱۳۹۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی زنان سالمند، روانشناسی بالینی، ۱(۱).

ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۱)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تهران، انتشارات جنگل.

آخوندزاده، گلپهاری؛ پقه، فائزه و صفائی، راضیه (۱۳۹۷)، ارتباط تجارب معنوی روزانه با خودمراقبتی سالمندان شهر گنبدکاووس، پژوهش در علوم توانبخش، ۱۴(۵).

برزگر بفرویی، کاظم؛ اهالی آباء، مرضیه و محمدی قلعه نکی، سمیه (۱۳۹۴)، رابطه حمایت اجتماعی و شوخ طبعی با امید به زندگی در سالمندان شهر یزد، فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱(۴)، ۲۴-۳۵.

پرچم اعظم؛ فاتحی زاده مریم و محققیان زهرا (۱۳۹۰)، بررسی تطبیقی ناامیدی در نظریه اسنایدر و قرآن کریم، دوفصلنامه علوم قرآن و حدیث ۴۳(۲).

تعدادی اجیرلو، حسین و اسماعیل صدری (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر افسردگی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیالیز، سومین همایش ملی روانشناسی، تعلیم و تربیت و سبک زندگی، قزوین، دانشگاه پیام نور استان قزوین.

حاج صادقی، زهرا؛ بساک نژاد، سودابه و رزمجو، ساسان (۱۳۹۶)، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی پژوهان، ۱۵(۴) ۴۲-۴۹.

حاجی عزیزی امیرحسین، بهمنی بهناز، مهدی نفیسه، منظری توکلی وحید، برشان ادیبه، (۱۳۹۶) اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی شهر کرمان، سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۲(۲)، ۲۲۰-۲۳۱.

دهقانی، اکرم و رضایی دهنوی، صدیقه (۱۳۹۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون، افق دانش، ۳(۲۴)، ۲۴۶-۲۵۲.

ساریخانی، پروانه و علیزاده موسوی، سیدابراهیم (۱۳۹۳)، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه شهر گرگان، سومین همایش ملی سلامت روان و تندرستی، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.

سید جعفری، جواد؛ جدی، مهناز؛ موسوی جشنی، ریحانه و حسینی، عصمت (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان، مجله روانشناسی پیری، ۵(۲)، ۱۶۸-۱۵۷.



صالحیان، پروین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و امید به زندگی مادران دارای فرزند عقب‌مانده ذهنی، همایش کشوری و جشنواره کودکان با نیازهای خاص، اصفهان، دانشگاه فرهنگیان اصفهان.

فخرزاده، حسین و سلطانی مهاجر، حوریه (۱۳۹۶). جایگاه سالمندان و مراقبت از سلامت آن‌ها در اسلام، مجله علمی و پژوهشی طب و تزکیه، ۲۶(۲)، ۹۷-۱۰۴.

قدمپور عزت اله، رادمهر پروانه، یوسفوند لیلا، (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ارمان دانش، ۲۱(۱۱).

کمری، سامان و فولادچنگ محبوبه، ۱۳۹۵، اثربخشی آموزش معنویت درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری بر میزان امید به زندگی و رضایت از زندگی نوجوانان، دوفصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ۱۶(۱).

مرمرچی نیا مژگان، ذوقی پایدار محمدرضا، (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۲)، ۱۵۷-۱۷۴.

مقدم فر، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه و امانی، امید (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، روان‌پرستاری، ۶(۵).

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). تفسیر نمونه، تهران: دارالکتب الاسلامیه.

منتظر عباس، نعمتی فاطمه، رحیمی نسب محمدحسین، محمدی ناصر، غنی‌سازی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳۹۵)، دومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران.

مهریار، مریم (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سالمند، نشریه سالمندشناسی، ۳(۴).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۲۰۱۳). روابط عمومی معاونت بهداشت، www.behdasht.gov.ir

هریس، راس (۱۳۹۴). الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترجمه انوشه امین‌زاده، تهران، انتشارات ارجمند.

- Coats, H., Crist, J. D., Berger, A., Sternberg, E., & Rosenfeld, A. G. (2017). African American elders' serious illness experiences: narratives of "God did," "God will," and "life is better". *Qualitative health research*, 27(5), 634-648.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). 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.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*.
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and Somatic Symptoms among elderly patients with Depression. *Asian journal of psychiatry*, 41, 66-72.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Frostholm, L. (2018). Development and feasibility testing of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: pilot study. *JMIR Mental Health*, 5(2), e9198.
- Sutton, G. W. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. *Journal of Psychology and Christianity*, 26(4), 370.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior therapy*, 46(6), 717-728.
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 243-252.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 248-257.