

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی

اکرم دهقانی^۲

کبری مرادی^۱

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۸

چکیده

هدف پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی در سال ۱۳۹۶ - ۱۳۹۵ بود. این پژوهش به روش نیمه تجربی با استفاده از گروه کنترل، و طرح پیش آزمون پس آزمون انجام گرفت. نمونه آماری شامل ۳۰ زن حوزوی بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگیری شدند؛ سپس شرکت کنندگان در گروه آزمایش در هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. هر دو گروه پرسشنامه مطلوبیت اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۶۰) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل نمودند. نتایج با استفاده از نرم افزار spss23 و از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های شادکامی ($P < 0/0005$) و مطلوبیت اجتماعی ($P < 0/0005$) در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش افزایش معناداری یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی تأثیر دارد و می‌تواند در تدوین برنامه‌های درمانی برای این زنان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شادکامی، مطلوبیت اجتماعی، زنان حوزوی.

۱ - گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

k.moradi9759@gmail.com

۲ - نویسنده مسئول: گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

ddehghani2016@phu.iaun.ac.ir

مقدمه

بانوان حوزوی در جامعه ایرانی علاوه بر کسب معارف و علوم دینی به عنوان مهمترین عنصر هر خانواده، در حفظ سلامت روان خانواده نقش اساسی دارند؛ بنابراین سلامت روانشناختی این زنان می‌تواند حائز اهمیت باشد. شاید بتوان گفت که رشد اجتماعی، مهمترین نشانه سلامت روان است. معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی هر فردی، میزان سازگاری او با دیگران است (مظاهری، باغبان و فاتحی زاده، ۱۳۸۵). مطلوبیت اجتماعی گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای است که فرد از نگاه دیگران بهتر به نظر برسد (گافمن ۱۹۵۹؛ شلنگر، ۱۹۸۰ به نقل از لیری^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). بر این اساس فرد به پاسخ دادن مطلوب و پرتطرفدار از نظر اجتماعی به جای توصیف آنچه واقعاً فکر می‌کنند، اعتقاد دارند و یا انجام می‌دهند، تمایل دارد (تقوی و بابانظری، ۱۳۸۵). تحقیقات گویای این است که مطلوبیت اجتماعی همانند پیوستاری است که در یک انتهای آن افرادی با سطح بالایی از مطلوبیت اجتماعی، نظرها و تجربیات شخصی خود را در مصاحبه‌ها و پاسخگویی به سؤالات تغییر می‌دهند در صورتی که در انتهای دیگر آن، افراد با سطح پایینی از مطلوبیت اجتماعی در نظریات و تجربیات خود ثابت قدم هستند (سرمدی سلطان، زارعی، میانکلی و سلیمی بحستانی، ۱۳۹۲). از آنجا که تمایل به مورد تأیید قرار گرفتن نیاز مشترک تمام انسانهاست، همه افراد به طور طبیعی به آن تمایل دارند؛ تأیید و پذیرفته شدن توسط دیگران را دوست دارند و در جهت آن تلاش می‌کنند (صدق پور، محمودیان و سلیمانان، ۱۳۸۸). مطلوبیت اجتماعی، داشتن گرایشهای مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد به‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها است. افراد با مطلوبیت اجتماعی مناسب برای سازگاری با قواعد و هنجارهای اجتماعی و در امان ماندن از طرد اجتماعی تلاش می‌کنند. احترام به خود، متکی بودن به خود در روابط بین فردی، توانایی قوی ابراز وجود و مطرح کردن باورهای خود، برقراری روابط بین فردی رضایتبخش و برخوردار از سلامت روانی زیاد از ویژگیهای این افراد است (صدق پور و همکاران، ۱۳۸۸).

پژوهشها نشان می‌دهد که مطلوبیت اجتماعی در شادکامی نقش اساسی و مهمی دارد (فرشاد، سلیمی بحستانی، فتحی و ریاحی، ۱۳۹۳). آیزنگ با اقتباس از تعریف برادبورن شادکامی را حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی تعریف کرده است (آرگایل^۲، ۱۳۸۲). شادکامی به

1 - Leary

2 - ???

چگونگی ارزیابی فرد از زندگیش بستگی دارد و شامل متغیرهایی از قبیل رضایت از زندگی، رضایت از ازدواج، نبود افسردگی و اضطراب و وجود خلق و خو و هیجانات مثبت است (دینر، ۲۰۰۴). شادمانی احساسی است که همه مردم به آن علاقه مند و در جستجوی رسیدن به آن هستند (بهبودی و کاتبی، ۲۰۱۵). نشانگان معمولی این وضعیت حس قدردانی، احساس درونی رضایت و علاقه به خود است که شامل سه جزء احساس شادی، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی است. لذت و شادی بر افکار و رفتار انسان اثر می‌گذارد و مانع رکود و ایستایی زندگی می‌شود. خلق مثبت هم‌چنین در ایجاد سلامت روان، تفکر خلاق و اجتماعی بودن نقش مهمی دارد (آرگایل^۱، ۲۰۰۱).

در سالهای اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان یکی از مداخلات اصلی برای درک الگوهای رفتاری ناکارآمد و فرایندهای مشکل ساز و ایجاد رفتارها و هیجانات سالمتر و مؤثرتر در نظر گرفته شده است (هایس و همکاران، ۲۰۰۴). ACT رویکردی فرایند مداراست. در این رویکرد بر خلاف شناخت درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد؛ در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود (هایس و همکاران، ۲۰۰۶). دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان انعطاف ناپذیری روانشناختی و اجتناب تجربی است. ACT مجموعه‌ای از استعاره‌ها و تمرینهای تجربی را برای کمک به افراد در خارج شدن از کنترل سخت قانونهای کلامی به کار می‌برد که آنها را دچار مشکل ساخته است. مراحل مختلف ACT با هدف افزایش انعطاف پذیری شناختی است. در ACT افراد یاد می‌گیرند تجاربشان را ببینند و بررسی کنند که آیا تلاش‌های فعلیشان برای کنترل وقایع درونی واقعا مؤثر است. دیگر پژوهشها نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی (فرهنگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ عظیمی فر و همکاران، ۱۳۹۵؛ هولز و همکاران، ۲۰۱۶؛ هولیس - والکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱؛ فورمن و همکاران، ۲۰۰۷) و مطلوبیت اجتماعی (کاشف کرکوندی، ۱۳۹۴) تأثیر دارد. در جامعه ایران زنان زیادی به کسب علوم حوزوی مبادرت می‌ورزند و هدفشان گسترش این علوم، یافته‌ها و آموخته‌ها بین عموم مردم و کاربردی ساختن آنها در زندگی است. طبعاً مردم انتظار دارند افرادی که در حیطه‌های سلامت روان یا حوزه‌های دینی کار می‌کنند، خود از سلامت روان و شادکامی بیشتری برخوردار باشند و این عامل اثربخشی

آموزه‌های آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چه این زنان از شادکامی و مطلوبیت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، احتمالاً در ایفای نقش خود موفقتر عمل خواهند کرد. اگرچه آموزه‌های حوزه خود بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی اثر خواهد گذاشت، سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا اضافه کردن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزشهای معمول حوزه، میزان شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان را نسبت به گروه گواه افزایش خواهد داد.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش تمام زنان شاغل به تحصیل در حوزه علمیه خواهران شهر قهدریجان در سال تحصیلی ۱۳۹۶ - ۱۳۹۵ بودند. نمونه مورد پژوهش، شامل ۳۰ زن حوزوی بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از بین داوطلبانی که مایل به شرکت در پژوهش و در محدوده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بودند، نمونه مورد پژوهش انتخاب شد. این افراد به طور تصادفی (با قرعه‌کشی) در یکی از دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. ملاک خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از شرکت کنندگان گرفته، و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش، جنبه کاملاً محرمانه دارد و فقط در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

پرسشنامه مطلوبیت اجتماعی: پرسشنامه مطلوبیت اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۶۰) دارای ۳۳ ماده است. نمره کل آزمون بر مبنای پاسخهای صحیح یا غلط هر ماده مشخص می‌شود. افرادی که نمره آنان بین صفر تا هشت است، کسانی هستند که مطلوبیت اجتماعی کمتری دارند و احتمالاً مورد طرد قرار می‌گیرند. نمره‌های ۹ تا ۱۹ افرادی هستند که مطلوبیت اجتماعی آنها در حد متوسط است و رفتارهای آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت دارد. افرادی که نمره‌های آنان بین ۲۰ تا ۳۳ است، رفتار واقعی آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی از تطابق زیادی برخوردار است. ضریب اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی از ۰/۸۰ بیشتر بوده است و از نظر روایی این آزمون با دیگر ابزارهای روانشناختی که برای اندازه‌گیری مطلوبیت اجتماعی طراحی شده، همبستگی زیاد و قابل قبولی نشان داده است (گنجی، ۱۳۸۴). همچنین در پژوهش سرمدی

سلطان و همکاران به نقل از ثمری (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شده که بیانگر اعتبار قابل قبول آن است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: مقیاس شادکامی آکسفورد (آرگایل، ۲۰۰۱) دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. آرگایل (۲۰۰۱) پایایی این پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. هم‌چنین همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت (۰/۳۲)، با شاخص رضایت از زندگی آرگایل (۰/۵۷) و با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۵۲-) محاسبه شد.

در پژوهش علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ گزارش شده است. همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیر مقیاس‌های برون‌گرایی و نوروگرایی^۱ پرسشنامه شخصیتی آیزنگ به ترتیب برابر با ۰/۴۸ - ۰/۴۵ و ۰/۳۹ بود که روایی همگرایی و واگرایی فهرست شادکامی آکسفورد را تأیید می‌کند. این آزمون شامل ۲۹ عبارت چهار گزینه‌ای است که در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (از صفر تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۸۷، و نمره بهنجار بین ۴۰ تا ۴۲ است.

روش اجرا: پس از جایگیری شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل، گروه آزمایش در هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابراهای پژوهش پیش از شروع جلسات و نیز در پایان دوره درمانی در اختیار شرکت کنندگان دو گروه قرار گرفت. طرح جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده در این پژوهش به شرح ذیل انجام شد:

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، تعیین قواعد حاکم بر جلسات درمانی، بررسی انتظارات اعضای گروه از درمان، تصریح نوع رابطه درمانی، بحث در مورد تجربیات قبلی درمانی و ارزیابی آنها و تبیین درماندگی خلاق

جلسه دوم: مرور مطالب جلسات قبل، تبیین اصول کلی درمان، توضیح و تفسیر ذهن و انواع کارکردهای آن

تکالیف: پر کردن جدولهای مربوط به افکار، احساسات، امیال، خاطرات، حس‌های بدنی و

شیوه‌های پاسخدهی به آنها

جلسه سوم: مرور مطالب و تکالیف جلسات قبل، معرفی دنیای درون و بیرون و قوانین حاکم بر آن، چگونگی بررسی مشکلات در این دو حوزه درمانی و تبیین راهکارهای مختص به هر کدام و عوامل مؤثر در این زمینه بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی با استفاده از راهبردهای درمانی مربوط تکالیف: شناسایی مشکلات دنیای درون و دنیای بیرون و فرق آنها و چگونگی رویارویی با هر کدام

جلسه چهارم: مرور مطالب و تکالیف جلسات قبل، معرفی احساسات پاک و ناپاک، تمایل به تجربه (پذیرش) به عنوان جایگزین کنترل و اجتناب تجربه‌ای تکالیف: یادداشت اجتنابهای تجربی یا تمایل به تجربه احساسات، افکار و... در طول یک هفته جلسه پنجم: مرور تجربه جلسات قبل و تکالیف مربوط به آن، تبیین و توضیح گسلش شناختی به جای آمیختگی شناختی و نقش زبان در پاسخدهی به محرکها به عنوان رفتار کنشگر تکلیف: یادداشت روزانه تجربه ذهنی در مورد گسلش یا آمیختگی با آن و تمرین خود مشاهده گر

جلسه ششم: مرور تجربه جلسات قبل و تکالیف مربوط به آن، معرفی ارزشها، تبیین تفاوت ارزشها و اهداف در زندگی، تمرین سنجش ارزشها تکالیف: شناسایی ارزشهای شخصی و اولویت‌بندی آنها جلسه هفتم: مرور تجربه جلسات قبل و تکالیف مربوط به آن، تعیین الگوی عمل مناسب با ارزشها در جهت اهداف پژوهش، آموزش و تمرین شیوه‌های ذهن آگاهی و بودن در زمان حال تکالیف: تمرینهای مربوط به ذهن آگاهی

جلسه هشتم: مرور تجربه جلسات قبل و تکالیف مربوط به آن، معرفی خود به عنوان زمینه به جای خود مفهومی، درک ماهیت تعهد و تمایل، اجرای پرسشنامه‌های شادکامی و مطلوبیت اجتماعی

یافته‌ها

شاخصهای توصیفی مربوط به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		تعداد	متغیر
میانگین و انحراف استاندارد		میانگین و انحراف استاندارد			
کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش		
۳۵/۲۶	۴۸/۷۳	۳۵/۴۶	۳۴/۵۳	۱۵	شادکامی
۳/۲۳	۴/۵۱	۳/۳۵	۳/۱۱		
۱۸/۲۰	۲۲/۳۳	۱۸/۰۶	۱۷/۱۳	۱۵	مطلوبیت اجتماعی
۲/۱۴	۱/۹۵	۲/۲۱	۲/۵۵		

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در متغیر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است؛ اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی بین نمره‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوتها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل‌های آماری پارامتریک از طریق آزمون لوین، آزمون کولموگراف - اسمیرونوف و آزمون ام باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدولهای ذیل ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
شادکامی	۱/۳۶۶	۱	۲۸	۰/۱۱۱
مطلوبیت اجتماعی	۲/۰۸۰	۱	۲۸	۰/۱۰۲

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که شاخص آماری لوین در تمام متغیرها معنادار است ($P > ۰/۰۵$) و می‌توان نتیجه گرفت که فرض برابری واریانس‌ها رعایت نشده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرونوف به منظور عادی بودن توزیع متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی‌داری
شادکامی	آزمایش	۰/۱۶۵	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۹۰	۱۵	۰/۱۵۳
مطلوبیت اجتماعی	آزمایش	۰/۲۱۹	۱۵	۰/۰۵۳
	کنترل	۰/۱۸۱	۱۵	۰/۲۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو متغیر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی، سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ لذا فرض عادی بودن توزیع برقرار است.

جدول ۴: نتایج آزمون ام باکس به منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

۱/۶۵۱	ام باکس
۰/۵۰۸	F
۳	درجه آزادی ۱
۱/۴۱۱	درجه آزادی ۲
۰/۶۷۷	سطح معنی‌داری

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار $F = ۰/۵۰۸$ در سطح خطای داده شده (۰/۶۷۷) معنی‌دار نیست و به عبارت دیگر سطح معنی‌داری از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ بنابراین ماتریسهای واریانس - کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابر است.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس چند متغیری شادکامی و مطلوبیت اجتماعی

آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۹۶	۱/۱۷۳	۲	۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۰	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار است. بنابراین دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از دو متغیر مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون تأثیر داشته است ($P < ۰/۰۰۰$). میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با ۹۰ درصد است؛ یعنی ۹۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های شادمانی و مطلوبیت اجتماعی به تأثیر عضویت گروهی مربوط است. توان آماری برابر با یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس در متغیرهای شادکامی و مطلوبیت اجتماعی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
شادکامی	۱۴۳۹/۳۶	۱	۱۴۳۹/۳۶	۱۰۹/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰	۱/۰۰۰
مطلوبیت اجتماعی	۱۴۷/۵۷	۱	۱۴۷/۵۷	۴۶/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۶۴	۱/۰۰۰

همان گونه که در جدول ۶ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های شادکامی ($F=78/63$) و مطلوبیت اجتماعی ($F=38/26$)، شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/0005$). بنابراین با توجه به مقایسه میانگین‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی زنان حوزوی در گروه آزمایش به میزان ۷۶ درصد، و بر مطلوبیت اجتماعی به میزان ۶۰ درصد تأثیر داشته است که نشان از تأثیر گذاری زیاد این مداخله دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی در زنان حوزوی بود و نتایج نشان داد این مداخله درمانی بر هر دو متغیر تأثیر معنی‌داری داشته و موجب افزایش معنی‌دار میانگین نمره‌های هر دو متغیر در پس‌آزمون برای گروه آزمایش شده است. در ادامه، این نتایج به تفکیک مورد بحث قرار گرفته است.

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی زنان حوزوی تأثیر معنی‌داری دارد. این نتایج با مطالعات فرهنگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ عظیمی‌فر و همکاران (۱۳۹۵)؛ دهقان سفید کوه (۱۳۹۴)؛ هولز و همکاران (۲۰۱۶)؛ هولیس - والکر و کولوسیمو (۲۰۱۱)؛ دالریمل و هربرت (۲۰۰۷) و فورمن و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با در نظر گرفتن افکار به منزله واقعی، ارزیابی‌های منفی گرایانه و عمل کردن طبق آنها موجب ضعیف شدن خُلق و رضایت از زندگی می‌شوند؛ بر همین اساس در رویکرد "ACT" به جای اینکه شیوه‌های جدیدی برای دستیابی به شادی آموزش داده شود، روشهایی برای کاهش مواردی همچون کشمکش و منازعه، پرهیز و از دست دادن لحظه کنونی را به افراد می‌آموزد. از این دیدگاه، شادی به معنای داشتن زندگی غنی، پربار و بامعناست که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آنها حمایت اجتماعی دریافت کند؛ از این رو در شادکامی ارزشیابی افراد از خود و زندگیشان می‌تواند جنبه‌های شناختی مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی خلق یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگیرد (والویس، زولینگ، هیونر و دران، ۲۰۰۴)

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مطلوبیت اجتماعی زنان

حوزوی تأثیر معنی‌داری دارد. این نتیجه با مطالعه کاشف کرکوندی (۱۳۹۴) همسو است. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مطلوبیت اجتماعی دانشجویان معلول تأثیر دارد. خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۴) تأثیر آموزش تنظیم هیجان، صدق‌پور و همکاران (۱۳۸۸) تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی، و الماسی (۱۳۹۳) و مرکزی (۱۳۹۴) تأثیر شادکامی را با مطلوبیت اجتماعی نشان دادند. نتایج پژوهش هزار جریانی و آستین افشان (۱۳۸۸) در مورد بررسی عوامل مؤثر بر نشاط اجتماعی نشان داد که هرچه مطلوبیت اجتماعی افراد بیشتر باشد، میزان شادکامی آنها افزایش می‌یابد. فرشاد، سلیمی بجستانی، فتحی و ریاحی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که مطلوبیت اجتماعی و شادکامی رابطه منفی و معنی‌داری دارد. هال و پانتون (۲۰۰۵) نشان دادند، افراد با مطلوبیت اجتماعی بیشتر از شادکامی بیشتری برخوردارند و هر چه افراد میزان شادکامی خود را بهتر ارزیابی کنند، موفق‌ترند؛ بین زنان و مردان تفاوتی مشاهده نشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پژوهش‌های اندکی به اثربخشی درمان (ACT) بر مطلوبیت اجتماعی پرداخته‌اند. نتیجه پژوهش حاکی از اثربخشی درمان بر میزان مطلوبیت اجتماعی در زنان حوزوی بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در نتیجه مداخله انجام شده، افراد در روابط بین فردی برای خود و دیگران احترام قائل شدند و بدون اینکه اجازه سوء استفاده دهند، خود را با ارزش و مورد قبول بدانند؛ در روابط بین فردی به خود متکی باشند؛ براحتی روابط نزدیک و صمیمی برقرار کنند؛ به شیوه‌ای مدبرانه با دیگران ارتباط برقرار، و طوری رفتار کنند که رفتارشان از لحاظ اجتماعی مطلوب باشد. اشخاصی که نمره زیادی در مقیاس مطلوبیت اجتماعی به دست می‌آورند، نشان می‌دهند که رفتار واقعی آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری زیادی دارد. داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد به‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها از دیگر ویژگی‌های این افراد است. از سوی دیگر، مطلوبیت اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود نیز هست. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعفها و ناتوانیهایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. فرد در مطلوبیت اجتماعی، اجتماع و مردم آن را با همه کمبودها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. افراد با مطلوبیت اجتماعی مناسب برای خود احترام قائل هستند و خود را با ارزش و مورد قبول دیگران می‌دانند و در روابط بین فردی به خود متکی هستند. افزون بر این، چنین افرادی می‌توانند افکار و باورهای خود را مطرح کنند. آنها کمتر تحت فشار قرار می‌گیرند که طبق میل و خواسته‌های دیگران صحبت کنند

و براحتی می‌توانند روابط نزدیک و رضایتبخش با افراد دیگر برقرار کنند. آنها می‌توانند نیازهای خود را برآورده سازند و از سلامت روانی بسیاری برخوردارند (صدق‌پور و همکاران، ۱۳۸۸). چنین تغییراتی را می‌توان به فرایندهای اتفاق افتاده در مداخله ACT نسبت داد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته مرتبط با الگوهای ارتباطی را به افراد آموزش می‌دهد؛ بدین صورت یادگیری پذیرش آگاهانه افکار درونی خود به روشهایی که پیوسته ارتباط و صمیمیت هیجانی را هدف قرار می‌دهد با افراد تمرین می‌شود. همان طور که افراد شروع به به‌کارگیری این مهارتها و راهبردها می‌کنند، بیشتر تمایل می‌یابند به موقعیت‌های اجتناب‌قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت شیوه‌ای را می‌دهد که رضایت از رابطه را بهبود می‌بخشد. افزایش انعطاف‌پذیری نیز به افراد کمک می‌کند تا در روابط خود حساس باشند و با وابستگی‌های تقویت‌کننده‌ای تماس برقرار کنند که با ارزشهای انتخاب شده‌شان همراه است. افرادی که انعطاف‌پذیری روانشناختی زیادی دارند، منابع توجه‌شان را برای تلاش در جهت تغییر، کنترل یا پرهیز از وقایع درونیشان گسترش نمی‌دهند؛ در نتیجه بهتر قادر به توجه و پاسخ دادن مؤثر به وابستگی‌های مرتبط با عملکردشان هستند که در محیط فعلی وجود دارد. طبق این فرضیه، انعطاف‌پذیری اجازه می‌دهد افراد یاد بگیرند چگونه کارشان را موفقیت‌آمیزتر انجام دهند و سلامت روانی بهتری داشته باشند (باند و همکاران، ۲۰۰۶).

به طور کلی این پژوهش از تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی حمایت می‌کند و می‌تواند تلویحات مناسبی به منظور مداخلات مشاوره و روان درمانی بویژه با این قشر از زنان داشته باشد. از مهمترین محدودیتهای این پژوهش، ویژگیهای خاص نمونه (زنان حوزوی) است که امکان تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های فرهنگی و جنسیتی را محدود می‌سازد. محدودیت دیگر پژوهش این است که به دلیل انجام نشدن آزمون پیگیری پایداری، نتایج در بلند مدت بررسی نشده است. با توجه به اینکه امکان دارد نتایج این مطالعه تحت تأثیر جنسیت شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد، پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی در مورد مردان حوزوی انجام گیرد تا تأثیر جنسیت در این نتایج مشخص شود.

منابع

الماسی، مسعود (۱۳۹۳). احساس شادکامی دختران شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن. *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*. س ۱۲. ش ۱: ۷-۳۰.

- امیری، علی (۱۳۸۸). آموزش مهارت زندگی برای کاهش افسردگی و شادکامی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ش ۲۰: ۳۰۶ - ۲۹۷.
- ارگایل، مایکل (۱۳۸۲). *روانشناسی شادی*. ترجمه گوهری، نشاط دوست، پالاهنگ، بهرامی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- خوش‌روش، سعیده؛ خسروجاوید، مهناز؛ حسین‌خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجانی بر پذیرش اجتماعی و همدلی دانش‌آموزان مبتلا به نارسا خوانی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*. دوره ۵. ش ۱: ۴۶ - ۳۲.
- رضا تقوی، محمد؛ بایانظری، لاله (۱۳۸۵). *بررسی میزان مطلوبیت در دانشجویان دختر و پسر رشته‌های مهندسی و علوم انسانی دانشگاه شیراز*. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه علم و صنعت.
- ثمری، علی اکبر؛ لعلی‌فاز، احمد (۱۳۸۴). مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. س ۷. ش ۲۵ و ۲۶: ۵۵ - ۴۷.
- دهقان سفیدکوه، اعظم (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش شادکامی و شفقت خود در مادران کودکان اوتیسم شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد خمینی شهر.
- سرمادی، سلطان؛ زارعی، وحید؛ میانکلی، فرشاد؛ سلیمی‌بجستانی، حسین (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بیانگری و مطلوبیت اجتماعی دانشجویان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ش ۳۷: ۸۱ - ۸۹.
- صدق‌پور، بهرام؛ محمودیان، مجید؛ سلیمانیان، حمیدرضا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش آموزه‌های قرآنی بر بهبود پذیرش اجتماعی. *فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی*. ش ۲: ۱۷ - ۲۶.
- صدیق‌پور، محمد؛ محمودیان، صابر؛ سلطانی، آرشام (۱۳۸۸). بررسی رابطه شادکامی و مطلوبیت اجتماعی در دانش‌آموزان سوم دبیرستان شهر تبریز. *مجله رهیافتی نو در روانشناسی*. س ۲. ش ۲۱: ۶۳ - ۵۴.
- علی‌پور، احمد؛ نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی اکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. دوره ۵. ش ۱ و ۲: ۶۵ - ۵۵.
- عظیمی‌فر، شیرین؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، سید احمد؛ عابدی، احمد (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی زوجین ناراضی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. ش ۲: ۸۱ - ۵۶.
- فرشاد، محمدرضا؛ سلیمی‌بجستانی، حسین؛ فتحی، داوود؛ ریاحی، موسی (۱۳۹۳). *رابطه بین مطلوبیت اجتماعی و مباحثه‌طلبی با شادکامی دانشجویان ایرانی*. کنفرانس بین‌المللی اقتصاد، حسابداری، مدیریت و علوم اجتماعی. لهستان.

- کاشف کرکوندی، سمیرا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی تحصیلی، خودتنظیمی، حرمت خود و مطلوبیت اجتماعی دانشجویان معلول جسمی حرکتی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- مرکزی، فرانک (۱۳۹۴). رابطه مطلوبیت اجتماعی و خودکارآمدی با میزان شادکامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد کرمان. دومین همایش ملی پرستاری روانشناسی ارتقای سلامت و محیط زیست سالم. همدان.
- مظاهری، اکرم؛ باغبان، ایران؛ فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی عزت نفس بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان. دو ماهنامه دانشور رفتار دانشگاه شاهد. ش ۱۶: ۵۶ - ۴۹.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۴). ارزشیابی شخصیت. تهران: ساوالان.
- هزارجریانی، جعفر؛ آستین افشان، پروانه (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر نشاط اجتماعی. فصلنامه جامعه شناسی کاربردی. س ۲۰. ش ۳۳: ۱۱۹ - ۱۴۶.

- Argyle, M. (2001), *The psychology of happiness*. USA & Canada: Rutledge. Taylor & Francis Group.
- Behboodi, M., Katebi, A (2015), Investigating The Correlation Between The Acceptance And Commitment With Resilience And Happiness In Students. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 5, pp. 2110-2114.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., & Barnes-Homes, D. (2006), Psychological flexibility, ACT, and organizational behaviour. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26, 25-54.
- Dalrymple, K.D. & Herbert, J.D. (2007), Acceptance and Commitment Therapy for generalized Social Anxiety Disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Farhang, M., Ghaderi, M., Soleimani, R., Arabshahi, F (2017), The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in General Health, Happiness, and General Well Being Among Mental Disorder Patients. *SAUSSUREA* , 6(1), 99-117.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D. & Geller, P.A (2007), A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Hayes, S. C, Strosahl, K. D, Bunting, K., Twohig, M, & Wilson, K. G (2004), What is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 3-29). New York: Springer-Verlag.
- 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, 1-25.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V, Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V, Byrd, M., & Gregg, J. (2004), A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Hollis-Walker, L., Colosimo, K (2011), Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50 , 222-227.

- Howells,A.,Ivtzan, I., Eiroa-Orosa,F (2016), Putting the ‘app’ in Happiness: A Randomised Controlled Trial of a Smartphone-Based Mindfulness Intervention to Enhance Wellbeing .*Journal of Happiness Study* , 17,163–185.
- Leary, M.R., Kowalski, R.M., Smith, L., & Phillips, S (2003), Teasing,rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior*,29,202–214.
- Valois, R. F., Zulling, K. J., Huebner, E.S., & Drane, J.W (2004), Physical activity behaviours and perceived life satisfaction among pubic high school adolescents. *journal of school Health* .Vol.74,No.2.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., Dijk ,G.P., Reijneveld. S.A. (2009), Self- esteem and resilience: The connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behavior*, 34(3),287-91.