

Research Article

Comparison of the effectiveness between treatment based on improving quality of life and acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing happiness of female teachers

H. Elahifar¹, M. Ghamari^{2*} & K. Zaharakar³

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
- 2*. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran
3. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: The present research aimed to compare the effectiveness of therapy based on improving quality of life (QoL) and acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing the happiness of female teachers. **Method:** Research method was quasi-experimental using pretest, post-test and a three month follow up with control group. The statistical population included all 800 married female teachers who were working in the City of Abhar Education Authority in the academic year 2017-18. 260 participants were selected by systematic random sampling and responded to the Oxford Happiness Questionnaire (Argyle, Martin, and Krassland, 1989) and then from the 124 who scored below 43, 45 subjects were selected randomly and divided into three groups, consisting of 15 participants each. One group received ACT Hayes & Strosahl (2010); another group received QoL based therapy Frish (2016) and a third received no therapy at all (the control group). Participants took part in eight sessions of 90 minutes duration each held once a week. Data was analyzed using mixed analysis of variance with repeated measures. **Results:** Results showed that both therapy programs significantly increased teachers' total scores of happiness as well as life satisfaction ($F= 94.08$), positive mood ($F= 19.19$), health efficacy ($F= 56.68$) and self-esteem ($F= 48.55$) at the 0.01 level. Follow-up analyses showed that these results remained stable after three months. No significant difference was found between the two experimental groups. **Conclusion:** Since quality of life therapy emphasizes the promotion of happiness and life satisfaction, and ACT leads to psychological flexibility and commitment, these two methods can be applied as effective intervention methods to increase happiness of teachers.

Key words: acceptance, commitment, efficacy, happiness, life quality

Citation: Elahifar, H., Ghamari, M., & Zaharakar, K. (2019). Comparison of the effectiveness between treatment based on improving quality of life and acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing happiness of female teachers. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(1): 141-162.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن

حسن الهی فر^۱، محمد قمری^{۲*} و کیانوش زهراکار^۳

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه و جامعه آماری تمامی معلم‌های زن متأهل شاغل در آموزش و پرورش شهرستان ابهر در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ به تعداد ۸۰۰ نفر بود. به صورت تصادفی منظم از میان آن‌ها ۲۶۰ نفر انتخاب و پرسشنامه شادکامی آکسفورد آرجیل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) توسط آن‌ها تکمیل شد. از ۱۲۴ نفری که نمره پایین‌تر از ۴۳ داشتند؛ ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری درمان پذیرش و تعهد هیز و استروسال (۲۰۱۰) آزمایشی ۱، رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فریش (۲۰۱۶) آزمایشی ۲ و گواه جایگزین شدند. جلسه‌های آموزشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یکبار برای دو گروه آزمایشی اجرا و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج در سطح ۹۹ درصد اطمینان حاکی از اثربخشی هر دو برنامه آموزشی بر نمره کل شادکامی ($F=94/08$)، رضایت از زندگی ($F=19/19$)، خلق مثبت ($F=56/68$)، سلامتی ($F=48/55$)، کارآمدی ($F=20/55$) و عزت نفس ($F=7/42$) و پایداری آن در مرحله پیگیری بود؛ ولی اثربخشی دو روش در افزایش شادکامی آن‌ها متفاوت نبود ($P=0/106$). **نتیجه‌گیری:** از آنجا که رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای شادکامی و رضایت از زندگی تاکید دارد و درمان پذیرش و تعهد نیز منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد می‌شود؛ می‌توان از این دو روش به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای افزایش شادکامی افراد، به‌ویژه معلم‌های زن شاغل استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: پذیرش، تعهد، شادکامی، کارآمدی، کیفیت زندگی

انتشار:

۹۸/۰۳/۰۱

دریافت مقاله: ۹۷/۰۵/۰۲

پذیرش مقاله: ۹۷/۱۲/۲۶

نویسنده مسئول:

ghamari.m@abhariau.ac.ir

مقدمه

با آنکه زنان به عنوان رکن اساسی تعادل، آرامش و تعالی خانواده و جامعه محسوب می‌شوند؛ اما تعدد نقش زنان چه در خانواده و چه در قالب فرصت‌های شغلی و اجتماعی در دنیای صنعتی امروز، موجب کاهش شادکامی آن‌ها در مقایسه با مردان شده است (استیونس و ولفرس، ۲۰۰۹). در حالی که شادکامی یکی از مهم‌ترین هیجان‌های مثبت و از جمله هیجان‌های اصلی انسان و جزء نخستین هیجان‌هایی است که در جریان تحول بروز می‌کند و از جمله متغیرهایی است که ارتباط تنگاتنگی با عملکرد انسان دارد (احمدی فروشانی، یزد خواستی و عریضی، ۱۳۹۲).

شادکامی احساسی است که همه مردم به آن علاقه‌مند و در جستجوی رسیدن به آن هستند (بهبودی و کاتبی، ۲۰۱۵). از دیدگاه روان‌شناسی شادکامی حاصل شرایط محسوس زندگی نظیر تحصیل، شغل، امکانات مالی و رفاهی است و اغلب متأثر از حالت‌های درونی و ادراکات شخصی است که از آن به عنوان شادکامی ذهنی تعبیر می‌شود. شادکامی، مولد انرژی شور و نشاط حرکت و پویایی است و همچون سپری می‌تواند آدمی را در برابر استرس‌ها و مشکلات محافظت و سلامت جسمی و روانی او را نیز تضمین کند (جامگ، ۲۰۱۶). همه ما در طول زندگی شادی را به شیوه‌های گوناگون تعریف و تجربه کرده‌ایم؛ اما اغلب ما شادی را کسب آنچه می‌خواهیم یا رهایی از آنچه نمی‌خواهیم؛ تعریف می‌کنیم. بنابراین شادی را به شکل‌های مختلف و بر اساس آنچه هر زمان می‌خواهیم تعریف می‌کنیم. ما شادی خود را معلول شرایط بیرونی زندگی می‌دانیم و چه بسا احساس می‌کنیم برای شاد بودن لذت و آسایش جسمانی لازم است (سلیگمن، ۲۰۱۰).

از جمله دیدگاه‌های مؤثر بر شادکامی، درمان‌های روان‌شناختی است و از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان پذیرش و تعهد^۱ و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی^۲ اشاره کرد. این درمان ریشه در رفتار گرایی دارد؛ اما از طریق فرایندهای شناختی تحلیل می‌شود (هیز، لوین، پلمب-ویلاردیچ، ویلاتی و پیستورول، ۲۰۱۳). این درمان با ادغام مداخله‌های پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روان‌شناختی است. مراد از انعطاف پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است. رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، درمان پذیرش و تعهد به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجان‌ها و

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. Quality of life therapy (QOLT)

احساس‌های ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (فلکسمن، بلک و باند، ۱۳۹۳). درمان پذیرش و تعهد چندین ویژگی مجزا و مشخص دارد. از برجسته‌ترین این ویژگی‌ها می‌توان به ارتباط کامل با یک نظریه و پژوهش درباره ماهیت زبان و شناخت انسان یعنی «نظریه چارچوب ارتباطی»^۱ اشاره کرد. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد الگویی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده است. الگوی مزبور متشکل از شش فرایند درمانی است که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و شامل پذیرش، خنثی‌سازی (گسلش)^۲، خود به‌عنوان زمینه، برقراری تماس با لحظه جاری، ارزش‌ها و عمل متعهدانه هستند (فلکسمن و همکاران، ۱۳۹۳). هدف این درمان، آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج و تنش‌هایی که در زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است؛ زندگی پر بار و معناداری برای خود ایجاد کند. درمان پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساس‌های مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آن‌ها را به‌عنوان علائم مرضی درک نکنند و حتی یاد بگیرند که آن‌ها بی‌ضرر هستند (هریس، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی است. به‌عنوان مثال، مرادی و دهقانی (۱۳۹۶) نشان دادند؛ این درمان بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی مؤثر است. مرمرچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی تأثیر مثبتی دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند. همچنین پورکاظم محمد فریدونی و عشقی نوگورانی (۱۳۹۷) نشان دادند که درمان یاد شده موجب ارتقای بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی می‌شود.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که روشی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت و هدف آن ایجاد بهزیستی ذهنی، برای درمان اختلال‌های روانی نظیر افسردگی در بافت زندگی است و می‌تواند بر مؤلفه‌های شادکامی افراد اثرگذار باشد؛ درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. این رویکرد از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک^۳ در سال ۱۹۶۰ در حوزه بالینی، نظریه فعالیت چکرنت میهالی^۴ در سال ۱۹۹۷ با روان‌شناسی مثبت سلیگمن در سال ۲۰۰۲، توسط فریش^۵ در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و باارزش زندگی به آن‌ها آموزش داده می‌شود. فریش (۲۰۱۶) هفده حیطه را برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه می‌دهد. در این الگو درمان در مورد کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی-

1. Relational Frame Theory
2. defusion
3. Aaron T. Beck
4. Csikszentimihalyi
5. Frisch

رفتاری در پنج مفهوم اصلی تحت عنوان کاسیو^۱ که شامل ویژگی‌ها یا «شرایط عینی یک حوزه»، «چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص»، «ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد معیارهای تحقق یافته یا موفقیت‌ها»، «ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد» و سرانجام «رضایت فرد در همه زمینه‌ها» است. در این روش با ایجاد رضایتمندی در فاصله موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد؛ کیفیت زندگی افزایش می‌یابد.

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت دارد که عامل خوشبختی، نبود رویدادها و احساس‌های نامطلوب نیست؛ بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آن‌ها است که تعیین‌کننده وضعیت روانی فرد می‌شود (ایزدی راوندی، تسلیمی، حق پرست و قلعه‌ای‌ها، ۱۳۹۵).

هدف درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی افزایش خود مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است. در این نظریه، مفهوم رضایت از زندگی به ارزیابی ذهنی ما از میزان برآورده شدن مهم‌ترین نیازها، اهداف و آرزوهای ما اشاره دارد. بنابراین تصور و ادراک فاصله بین آنچه داریم و آنچه می‌خواهیم در زمینه‌های ارزشمند زندگی داشته باشیم تعیین‌کننده سطح رضایت یا نارضایتی از زندگی و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی هدف اصلی این رویکرد است (پاداش، فاتحی زاده و عابدی، ۱۳۹۰). پژوهش رجبی، دهقانی، ریاحی و الهیاری (۱۳۹۴) نشانگر تأثیر مثبت درمان مبتنی بر زندگی بر افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق افراد بود. پژوهش پاداش و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی زن‌ها و مردهای متأهل مؤثر است.

باتوجه به اینکه ارتقای شادکامی افراد، به‌ویژه معلم‌ها که پرورش‌دهنده کودکان و نوجوانان و جوانان هستند؛ تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و عملکردشان دارد و ایجاد و ارتقای شادکامی معلم‌ها منجر به سلامت روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و به تبع آن افراد جامعه می‌شود؛ لذا شناسایی شیوه‌هایی که موجب ارتقای شادکامی آن‌ها شود؛ مهم و ضروری به‌نظر می‌رسد. از سوی دیگر، با توانمند ساختن معلم‌ها، مسئولان آموزش و پرورش و مدیران به اهداف دیگری هم دست می‌یابند و آن داشتن کارمندی بسیار فعال و مسئولیت‌پذیر است که می‌تواند دانش‌آموزانی مؤثر، شادکام و کارآمد پرورش دهند. از سوی دیگر نتایج بررسی‌ها نشانگر پژوهش‌های اندک در حوزه پژوهش حاضر است؛ بنابراین با توجه به به اهمیت موضوع پژوهش حاضر انجام شد تا به این سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

1. CASIO

۱. آیا آموزش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی معلم‌های زن مؤثر است؟
۲. آیا آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن مؤثر است؟
۳. آیا آموزش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن تأثیر متفاوتی دارد؟
۴. آیا اثربخشی آموزش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن ماندگار است؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه و جامعه آماری همه معلم‌های زن شاغل در مدارس شهرستان ابهر در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ به تعداد ۸۰۰ نفر بود. از بین آن‌ها بر اساس جدول کرجسی-مورگان ۱۹۷۰، ۲۶۰ نفر به صورت تصادفی منظم انتخاب و پیش‌آزمون در مورد آن‌ها اجرا شد. سپس از بین ۱۲۴ نفری که نمره پایین‌تر از نقطه برش ۴۳ داشتند، ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری آزمایشی ۱، آموزش گروهی درمان پذیرش و تعهد، آزمایشی ۲، آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل دامنه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال، طول مدت ازدواج ۵ تا ۲۰ سال، داشتن تحصیلات کاردانی و بالاتر، توانایی شرکت در جلسه‌ها و علاقه‌مند بودن به شرکت منظم در جلسه‌های آموزشی و ملاک‌های خروج شامل امضاء نکردن رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، عدم همکاری و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از یک جلسه، وجود اختلال‌های روانپزشکی و مصرف داورهای روانپزشکی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱. این پرسشنامه توسط آرچیل، مارتین و کراسلند (۱۹۸۹) ساخته شد. چون آزمون بک ۱۹۶۱ یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های افسردگی بود، آرچیل و لو (۱۹۹۰)، پس از ریزنی با بک، بر آن شدند تا جمله‌های مقیاس‌های افسردگی وی را وارونه کنند. به دین ترتیب ۲۱ ماده تهیه کردند و سپس ۱۱ ماده به آن افزودند تا پرسشنامه بتواند سایر جنبه‌های شادکامی را در بر گیرد. بعد از بررسی روایی صوری این پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای برخی از مواد آن تغییر کرد و ۳ ماده آن حذف و نسخه نهایی آن شامل ۲۹ ماده شد (دانش، ۱۳۸۹). هر

1. Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)

شامل چهار عبارت است که عبارت اول = ۰، عبارت دوم = ۱، عبارت سوم = ۲ و عبارت چهارم = ۳ نمره می‌گیرد؛ در نهایت فرد نمره‌ای بین ۰ تا ۸۷ به دست می‌آورد که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است. این پرسشنامه شامل پنج مؤلفه است. خلق مثبت با گویه‌های ۲۲، ۲۷ و ۲۸، کارآمدی با گویه‌های ۷، ۹، ۱۷، ۲۳ و ۲۵، رضایت از زندگی با گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۳، ۱۴، ۲۴ و ۲۶، عزت نفس با گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ و سلامت با گویه‌های ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۹ اندازه‌گیری می‌شود. آرجیل و لو (۱۹۹۰) ضریب آلفای پرسشنامه را با ۳۴۷ نفر آزمودنی، ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را پس از ۷ هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. فارنهایم و برونیک (۱۹۹۰) ضریب آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی به دست آوردند. پژوهش علی‌پور و نور بالا (۱۳۷۸) در مورد دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی نشان داد که این پرسشنامه برای گروه مردان و زنان دارای ضریب همسانی درونی به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ است. در پژوهش آن‌ها اعتبار بازآزمایی آن پس از هفت هفته ۰/۷۸ و ضریب پایایی باز آزمایی آن با فاصله زمانی سه هفته در نمونه ۲۵ نفری ۰/۷۹، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی دو نیمه کردن آزمون ۰/۹۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای چهار مؤلفه خلق مثبت، کارآمدی، رضایت از زندگی، عزت نفس و سلامتی به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۴ و برای کل شادکامی ۰/۷۷ به دست آمد.

۲. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. این برنامه با استفاده از بسته آموزشی هیز و استروسال (۲۰۱۰)، پژوهش‌های ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) و مرمچی و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) که بر اساس کارگاه آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۹۴ برگزار شده بود؛ تهیه شد و جلسه‌های آموزشی توسط نویسندگان اول این مقاله که گواهی گذراندن دوره‌های آموزشی روش مذکور را از انجمن علم رفتاری بافتاری داشت؛ زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، به صورت گروهی در مورد گروه آزمایش ۱، به مدت دو ماه، طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای با کمک فیلم‌های آموزشی، بروشورها و کاربرگ‌ها به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این اعضای گروه به یکدیگر معرفی شدند و حدود رفتاری و قوانین، اصول و قرار دادهای حاکم بر جلسه‌های مشاوره مطرح و در مورد اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد بحث شد. درماندگی خلاق معرفی و بیان شد که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش اجتناب و ذهنی بودن مطالب اشاره کرد. سپس علامت اختصاری مهم در زندگی، نظام‌های ناکارآمد گذشته معرفی و اعضای گروه با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف آشنا شدند. تکلیف خانگی نوشتن موقعیت‌هایی بود که درماندگی خلاق را تجربه کرده بودند.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش این نکته بود که کنترل مسئله است؛ نه راه حل و این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته، بی اثر است. در این مرحله این

آگاهی در درمانجویان تقویت شد که راهبردهای کنترل هیجانی، مسئول بخش بزرگی از مشکلات آن‌ها است و هر چقدر که به مدت طولانی‌تری در تلاش برای کنترل احساس خود در جا بزنند بیشتر در دور باطل افزایش رنج چرخ خواهند زد. برای این منظور از استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارزه، پاندول و توپ در استخر استفاده شد. تکلیف خانگی یادداشت تجربه‌های روزانه در مورد نحوه مواجه شدن با مسائل بود.

جلسه سوم. هدف جلسه آموزش پذیرش و تمایل^۱، به‌عنوان جایگزینی برای کنترل بود. برای معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای، از استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا، تمثیل آشفستگی پاک و ناپاک و مهمان ناخوانده استفاده شد و سپس یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد. **جلسه چهارم.** ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس گسلش شناختی به افراد آموزش داده شد که به سادگی و با فاصله از خود آن فکر ناخوشایند را مشاهده و بارها و بارها تکرارش کند تا صدایی بی معنی شود. در این جلسه از استعاره "مسافران در اتوبوس" و "سربازان در حال رژه" استفاده شد. تکلیف خانگی تمرین دلیل آوری و تمرین تمایل به افکار و احساسات از طریق ذهن آگاهی تعیین شد.

جلسه پنجم. ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خود به‌عنوان زمینه آموزش داده شد. در این جلسه از استعاره خانه با مبلمان و صفحه شطرنج برای آموزش خود مفهوم سازی شده، خود به‌عنوان یک فرآیند خودآگاهی پویا و خود مشاهده‌گر استفاده شد. تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات بررسی و نوشتن استعاره‌ها و مثال‌هایی در مورد خود مشاهده‌گر به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه ششم. هدف این جلسه تصریح ارزش‌ها بود. به درمانجویان گفته شد؛ ارزش‌ها عبارت از توصیف‌های هر فرد از آنچه برای وی مهم است و نیز جهتی است که فرد در زندگی می‌خواهد به سمت آن حرکت کند. در مورد تمایز احساسات و ارزش‌ها بحث شد و برای درک بهتر ارزش‌ها و تمایز بین ارزش و هدف از استعاره "مراسم تدفین" استفاده و تعیین ارزش‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هفتم. تکالیف جلسه قبل بررسی و سپس خَلق الگوهای بزرگتر و پایدارتر عمل متعهدانه آموزش داده شد. در این جلسه از مواجهه برای دستیابی به اهداف در مسیر ارزش‌ها استفاده شد. هدف مواجهه افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود. در این مرحله موانع عمل متعهدانه با مثال‌هایی در زمینه موانع تجربه‌ای مثل هیجان دشوار، خاطره‌ها و تفکرات و موانع محیطی مثل

عدم مهارت‌های اجتماعی، فقدان پشتوانه و منابع حمایتی و شریک غیر حمایت کننده تشریح و سپس از درمانجویان خواسته شد؛ مثال‌هایی در زمینه مذکور را که در زندگی خود تجربه کرده‌اند؛ در گروه مطرح کنند. موانع عمل متعهدانه و خلق الگوهای بزرگتر و پایدارتر عمل متعهدانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شدند.

جلسه هشتم. در آخرین جلسه، ارزیابی عمل متعهدانه و اینکه چگونه درمانجو، درمانگر خود باشد تا بتواند مهارت‌های آموخته شده را به حداکثر برساند و پس از اتمام جلسات آن‌ها را به‌کار ببرد؛ آموزش داده شد. نحوه آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان و نیز نحوه شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم تشریح و خلاصه‌ای از محتوای جلسه‌های قبل ارائه و پس از آزمون اجرا شد.

۳. برنامه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. در این پژوهش این برنامه بر اساس بسته آموزشی فریش (۲۰۱۶)، پژوهش‌های پاداش و همکاران (۱۳۹۰) و طغیانی (۱۳۹۲) تهیه و در گروه آزمایش ۲ به مدت دو ماه، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی توسط نویسنده اول این مقاله زیر نظر اساتید راهنما و مشاور به صورت گروهی با کمک فیلم‌های آموزشی، بروشورها و کاربرگ‌ها به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر انجام و توضیحاتی در مورد نقش کیفیت زندگی در شادکامی ارائه و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی معرفی شد. روئوس و ساختار کلی جلسه‌ها مبنی بر اینکه جلسه‌ها با مشارکت فعال اعضای گروه اجرا خواهد شد؛ تعیین و بازخورد شرکت کنندگان از محتوای جلسه و همچنین دیدگاه و نظرهای آن‌ها در مورد جلسه‌های آینده دریافت و نوشتن حوزه‌های مهم زندگی افراد به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم. مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف ارائه شده جلسه قبل توسط تک تک اعضاء گروه خوانده شد و سایر اعضاء نظرهای خود را ارائه دادند. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مبنی بر اینکه یکی از رویکردهای روان‌شناسی مثبت نگر و نسبت به افزایش شادکامی و کیفیت زندگی طرفدار رضایت از زندگی است؛ تعریف و ابعاد کیفیت زندگی شامل غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی معرفی شد. اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل آفرین برای خودشان آشنا شدند و خلاصه بحث‌های جلسه همچنین بازخوردهایی در مورد مباحث مطرح شده توسط اعضا ارائه شد. رسم درخت زندگی خود و کشف موارد مشکل آفرین و مانع شادکامی در زندگی به‌عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه سوم. مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف ارائه شده توسط اعضاء خوانده و نظرهای سایر اعضاء ارائه و سلامتی مطابق با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تعریف و در مورد ارتباط

شادکامی و سلامت روانی و جسمانی توضیحاتی همراه با مثال ارائه شد. برنامه کنترل عادت‌های مخرب، برنامه ریزی روزانه، تمرین سبب تخم مرغ که شامل نوشتن حیطه‌های مهم زندگی و اقدامات مهم جهت ارتقای شادی در آن حیطه‌ها و اصل پذیرش چیزهایی که نمی‌توانم تغییر بدهیم مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ارائه شد. بازخوردهایی در مورد مباحث مطرح شده توسط اعضا ارائه و تمرین سبب تخم مرغ، نوشتن عادت‌های مخرب و برنامه ریزی روزانه به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه چهارم. مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف ارائه شده توسط اعضای گروه خوانده و نظرهای سایر اعضا و راهبرد اول کیفیت زندگی مبنی بر ویژگی‌ها یا شرایط عینی یک حوزه ارائه و از اعضا خواسته شد؛ مثال‌هایی در زمینه شرایط عینی یک حوزه در مورد ارتقای کیفیت زندگی بیان دهند. راهبرد دوم کیفیت زندگی مبنی بر چگونگی ادراک و تفسیر شرایط یک حوزه توسط شخص و کاربرد نگرش‌ها در ابعاد کیفیت زندگی و مثال‌ها و موقعیت‌هایی جهت آشنایی اعضا با نگرش‌های غلط و سوء برداشت‌های افراد ارائه و نوشتن موقعیت‌های مواجه شده در طول هفته و نگرش‌های متعاقب آن به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف خانگی اعضا خوانده شد و نظرهای سایر اعضا اخذ و درباره راهبرد سوم کیفیت زندگی مبنی بر ارزیابی شخصی از احساس رضایت از یک حوزه بر مبنای کاربرد معیارهای تحقق یافته با موقعیت‌های واقعی زندگی با مثال‌های واقعی از زندگی روزمره و شخصی اعضا بیان شد. راهبرد چهارم کیفیت زندگی مبنی بر ارزش یا اهمیتی که شخص در رابطه با شادکامی یا سلامت کلی‌اش به یک حوزه می‌دهد؛ با مثال‌هایی از موقعیت‌هایی که افراد در معرض خطر بیماری قرار داشتند؛ تشریح و راهبرد پنجم کیفیت زندگی مبنی بر رضایت در همه زمینه‌ها جهت افزایش رضایت در زندگی با روشن سازی جنبه‌های مختلف زندگی و مثال‌هایی در این مورد ارائه و نوشتن ارزیابی شخصی از عوامل مؤثر در احساس رضایت شخصی، توجه به سلامتی و ذکر رضایت در جنبه‌های مختلف زندگی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه ششم مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف خانگی اعضا خوانده شد و نظرهای سایر اعضا اخذ و در مورد اصول مربوط به کیفیت زندگی که شامل بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و مادیات، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه و همسایه‌ها، جامعه و همسر بود؛ بحث شد. اصول ارائه و کاربرد این اصول برای افزایش شادکامی همراه با مثال‌های واقعی از زندگی شخصی اعضای گروه بیان و نوشتن مثال‌های واقعی بیشتر از زندگی روزمره توسط اعضا به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هفتم. مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف ارائه شده توسط اعضا خوانده و سایر اعضا نظرهای خود را ارائه دادند. ادامه بحث پیرامون اصول، حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه

شادکامی در موقعیت‌های واقعی زندگی با مثال‌های واقعی ارائه و نوشتن اصول مهم زندگی و تأثیر آن بر شادکامی افراد به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه هشتم، مباحث جلسه قبل مرور و تکلیف ارائه شده توسط اعضا خوانده و نظرهای سایر اعضا ارائه و مطالب عنوان شده در جلسه‌های قبل توسط اعضای گروه خلاصه شد. تعمیم ابعاد پنجگانه کیفیت زندگی در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول شانزده‌گانه در ابعاد مختلف زندگی با مثال‌های عینی و تجربی به اعضای گروه آموزش داده شد و موضوعات جلسه‌های قبل جمع‌بندی کلی و پس از آن اجرا شد.

شیوه اجرا. نخست با توافق اداره آموزش و پرورش شهرستان ابهر بر اساس فهرست معلم‌های زن شاغل، افراد نمونه سه گروه انتخاب و برای رعایت اصول اخلاقی، پس از شرح اهداف پژوهش، در زمینه محرمانه بودن اطلاعات و حفظ رازداری به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که از اطلاعات آن‌ها تنها برای پژوهش حاضر استفاده خواهد شد؛ لذا نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در بالای پرسشنامه‌ها نیست و آزمودنی‌ها تنها با کد مشخص خواهند شد. به آزمودنی‌ها اعلام شد که در طی این جلسه به هر پرسشی که در رابطه با شیوه کار باشد؛ پاسخ داده خواهد شد و آن‌ها برای انصراف از رضایت خود و عدم تداوم همکاری خود در طی جلسه‌ها در هر مقطعی آزاد هستند. سپس، پیش از آنکه اجرا و جلسه‌های آموزشی برای دو گروه آزمایش ۱ و ۲ در مدرسه دخترانه عصمت شهر ابهر در ساعات‌های غیر آموزشی برگزار شد و گروه گواه در فهرست انتظار باقی ماند. در جلسه آخر و پس از سه ماه آزمون پیگیری مجدداً پرسشنامه شادکامی در مورد هر سه گروه اجرا شد. پس از اتمام جلسه‌های آموزشی، یک جلسه مشاوره رایگان برای هر یک از آزمودنی‌های گروه گواه در نظر گرفته و اجرا شد. تعداد گروه آزمایشی ۱ و ۲ ابتدا ۱۷ نفر بود که دو نفر از هر یک از گروه‌های آزمایش به دلیل عدم همکاری حذف و داده‌های سه گروه ۱۵ نفری با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱ به ترتیب ۴۳ و ۶/۶۵ سال، گروه آزمایش ۲، ۴۴/۴۰ و ۵/۹۶ سال و گروه گواه ۴۶/۲۲ و ۶/۰۸ سال بود. در گروه آزمایشی ۱، تحصیلات ۲۰ درصد از شرکت‌کنندگان کاردانی، ۶۶/۶۶ درصد کارشناسی و ۱۳/۳۳ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر، در گروه آزمایشی ۲، ۲۰ درصد کاردانی، ۷۳/۳۳ درصد کارشناسی و ۵/۵۵ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه گواه ۱۳/۳۳ درصد کاردانی و ۶۶/۶۶ درصد کارشناسی و ۲۰ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بود. طول مدت ازدواج افراد گروه آزمایش ۱ بین ۵ تا ۱۰ سال ۴۰ درصد، ۱۰ تا ۱۵

سال ۳۳/۳۳ درصد و ۱۵ سال و بالاتر ۲۶/۶۶ درصد و گروه آزمایش ۲ بین ۵ تا ۱۰ سال ۴۰ درصد، ۱۰ تا ۱۵ سال ۴۰ درصد، ۱۵ سال و بالاتر ۲۰ درصد و طول مدت ازدواج گروه گواه بین ۵ تا ۱۰ سال ۴۶/۶۶ درصد، ۱۰ تا ۱۵ سال ۳۳/۳۳ درصد و ۱۵ سال و بالاتر ۲۰ درصد بود. درآمد افراد گروه آزمایش ۱، کمتر از دو میلیون ۶/۶۶ درصد، ۲ تا ۲/۵ میلیون ۲۶/۶۶ درصد، ۳ تا ۳۳/۳۳ درصد، ۳ تا ۳/۵، ۲۶/۶۶ درصد و ۳/۵ میلیون و بالاتر ۶/۶۶ درصد و درآمد افراد گروه آزمایش ۲، کمتر از دو میلیون ۶/۶۶ درصد، ۲ تا ۲/۵ میلیون ۲۰ درصد، ۲/۵ تا ۳، ۴۰ درصد، ۳ تا ۳/۵، ۲۰ درصد و ۳/۵ میلیون و بالاتر، ۱۳/۳۳ درصد و درآمد افراد گروه گواه، کمتر از دو میلیون ۱۳/۳۳ درصد، ۲ تا ۲/۵ میلیون ۲۶/۶۶ درصد، ۲/۵ تا ۳، ۳/۵-۳، ۲۶/۶۶ درصد و ۳/۵ میلیون و بالاتر ۶/۶۶ درصد بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های شادکامی در گروه‌های آزمایش و گواه

مؤلفه‌ها	مراحل	گروه پذیرش و تعهد		گروه کیفیت زندگی		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
روایی	پیش آزمون	۱۷/۴۶	۳/۳۰	۱۹/۸۰	۲/۹۸	۱۸/۷۳
	پس آزمون	۲۵/۱۳	۳/۳۱	۲۵/۶۶	۲/۷۹	۱۸/۸۶
	پیگیری	۲۵	۲/۷۲	۲۵/۲۶	۲/۵۴	۱۹/۶۵
خلق مثبت	پیش آزمون	۱۲/۴۶	۲/۱۶	۱۲/۰۶	۲/۳۴	۱۲/۲۶
	پس آزمون	۲۰/۲۰	۲/۴۷	۱۶/۹۳	۲/۳۰	۱۲/۲۰
	پیگیری	۱۹/۷۳	۲/۳۳	۱۶/۸۶	۲/۳۱	۱۲/۲۱
سلامتی	پیش آزمون	۸/۸۶	۲/۲۳	۸/۵۳	۲/۳۶	۹/۴۶
	پس آزمون	۱۵/۴۶	۱/۷۶	۱۳/۷۳	۱/۵۳	۹/۲۶
	پیگیری	۱۵/۴۰	۱/۸۸	۱۳/۷۵	۱/۵۳	۹/۲۵
کارآمدی	پیش آزمون	۷/۸۰	۱/۵۲	۷/۸۵	۱/۷۸	۸/۰۶
	پس آزمون	۱۱/۰۶	۰/۷۹	۱۰/۸۰	۱/۲۰	۸/۶۰
	پیگیری	۱۰/۷۳	۱/۰۳	۱۰/۴۰	۱/۱۲	۸/۲۸
عزت نفس	پیش آزمون	۳/۱۳	۱/۳۰	۵/۵۳	۱/۲۴	۴/۳۳
	پس آزمون	۵/۶۶	۰/۹۸۶	۵/۳۳	۰/۹۵۸	۴/۲۰
	پیگیری	۵/۴۰	۰/۸۹۹	۵	۰/۹۸۵	۴/۴۰
شادکامی	پیش آزمون	۴۸/۵۳	۳/۴۶	۵۰/۵۳	۳/۹۲	۵۲/۸۶
	پس آزمون	۷۸/۲۰	۴/۸۵	۷۲/۴۰	۴/۸۳	۵۳/۸۷
	پیگیری	۷۶/۶۶	۴/۱۷	۷۰/۲۶	۴/۲۵	۵۳/۱۵

طبق نتایج جدول ۱ در مرحله پیش آزمون در مؤلفه‌های شادکامی نمرات در دو گروه نزدیک به هم هستند اما در مرحله پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های شادکامی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه بیشتر شده است.

جدول ۲. آزمون مفروضه‌ها در مؤلفه‌های شادکامی در مرحله پیش آزمون در سه گروه

متغیرها	شاپیرو-ویلک				کرویت موخلی
	آزمایش ۱	آزمایش ۲	گواه	آماره لون	
رضایت از زندگی	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۸۸	۱/۵۵	۴/۰۸*
خلق مثبت	۰/۹۱	۰/۷۵	۰/۷۸	۱/۳۲	۳/۹۵*
سلامتی	۰/۹۶	۰/۸۹	۰/۸۵	۱/۴۴	۵/۳۸*
کارآمدی	۰/۷۵	۰/۸۳	۰/۸۸	۱/۶۴	۳/۵۸*
عزت نفس	۰/۶۸	۰/۷۲	۰/۸۵	۱/۵۷	۵/۲۸*
نمره کل شادکامی	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۷۱	۱/۰۲	۴/۳۲*

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

طبق جدول ۲ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر برقراری توزیع طبیعی نمره‌ها و شیب رگرسیون، آزمون لوین بیانگر برقراری فرض برابری واریانس‌ها و خطی بودن داده‌ها و آزمون کرویت موخلی نیز بیانگر برقراری شرط کرویت و تأیید ساختار ماتریس-کواریانس است

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر سه گروه در سه مرحله

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور سهمی اتا
نمره کل	درون گروهی	۸۳۹۷/۴۳	۲	۴۱۹۸/۷۱	۱۴۹/۴۴**	۰/۷۰۳
شادکامی	بین گروهی	۵۲۸۵/۸۵	۲	۲۶۴۳/۴۳	۹۴/۰۸**	۰/۵۹۹
	تعامل	۴۳۴۰/۳۴	۴	۱۰۸۵/۰۸	۳۸/۶۲**	۰/۵۵۱
رضایت از زندگی	درون گروهی	۶۳۴/۹۷	۲	۳۱۷/۴۸	۲۴/۵۴**	۰/۲۸۰
	بین گروهی	۴۹۶/۵۷	۲	۲۴۸/۲۸	۱۹/۱۹**	۰/۲۳۳
	تعامل	۲۷۲/۷۱	۴	۶۸/۱۷	۵/۲۷**	۰/۱۴۳
خلق مثبت	درون گروهی	۵۰۲/۲۸	۲	۲۵۱/۱۴	۴۵/۵۷۰**	۰/۴۲۰
	بین گروهی	۶۲۴/۷۷	۲	۳۱۲/۳۸	۵۶/۶۸**	۰/۴۷۴
	تعامل	۲۹۵/۵۴	۴	۷۳/۸۸	۱۳/۴۰**	۰/۲۹۹
سلامتی	درون گروهی	۴۴۵/۹۷	۲	۲۲۲/۹۸	۶۰/۲۵**	۰/۴۸۹
	بین گروهی	۳۵۹/۳۴	۲	۱۷۹/۶۷	۴۸/۵۵**	۰/۴۳۵
	تعامل	۲۵۶/۰۷	۴	۶۴/۰۱	۱۷/۳۰**	۰/۳۵۵
کارآمدی	درون گروهی	۱۳۲/۷۲	۲	۶۶/۳۶	۴۱/۰۶**	۰/۳۹۵
	بین گروهی	۶۶/۴۱	۲	۳۳/۲۰	۲۰/۵۵**	۰/۲۴۶
	تعامل	۴۶/۱۱	۴	۱۱/۵۳	۷/۱۳**	۰/۱۸۵
عزت نفس	درون گروهی	۵۳/۷۳	۲	۲۶/۸۶	۳۷/۱۷**	۰/۳۷۱
	بین گروهی	۱۲/۴۱	۲	۶/۲۰	۷/۴۲**	۰/۱۹۵
	تعامل	۳۲/۲۲	۴	۸/۰۵	۱۱/۱۴**	۰/۲۶۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد که آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد به صورت بین گروهی در گروه‌های آزمایش و گواه بر نمره کل شادکامی ($P=0/001$)، رضایت از زندگی ($P=0/01$)، خلق مثبت ($P=0/001$)، سلامتی ($P=0/001$)، کارامدی ($P=0/002$) و عزت نفس ($P=0/01$) معلم‌های زن اثربخش بوده است. همچنین اثربخشی این روش‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت درون گروهی بر نمره کل شادکامی ($P=0/001$)، رضایت از زندگی ($P=0/003$)، خلق مثبت ($P=0/001$)، سلامتی ($P=0/001$)، کارامدی ($P=0/001$) و عزت نفس ($P=0/002$) معلم‌های زن مؤثر و بنابراین تفاوت نمره‌های مؤلفه‌های شادکامی گروه‌ها در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون معناداری بوده است. همچنین می‌توان نتیجه گرفت که اثر متغیر بین گروهی مداخله‌ها نیز در افزایش نمره مؤلفه‌های شادکامی گروه‌ها معنادار بوده ($P=0/001$) و مداخله آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته‌اند که نمره کل شادکامی معلمان زن را نسبت به گروه گواه ارتقا دهد. تعامل بین زمان و مداخله و تأثیر همزمان این دو متغیر بر میزان نمره مؤلفه‌های شادکامی معلمان زن نیز به لحاظ آماری معنادار است ($P=0/01$). به عبارت دیگر میزان نمره مؤلفه‌های شادکامی شرکت کنندگان در هر مداخله در طی زمان‌های مختلف با یکدیگر متفاوت است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو تایی گروه‌ها در مؤلفه‌های شادکامی

مؤلفه‌ها	گروه ۱	گروه ۲	میانگین تفاوت‌ها	انحراف معیار
رضایت از زندگی	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	۳/۴۰	۱/۵۹
خلق مثبت	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱۱/۲۴*	۱/۵۹
سلامتی	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱/۰۴	۰/۸۰۵
کارامدی	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۳/۴۴*	۰/۸۰۵
عزت نفس	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۴/۴۸*	۰/۸۰۵
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	۰/۱۷	۰/۵۶۴
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۵/۲۴*	۰/۵۶۴
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۳/۶۷*	۰/۵۶۴
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	۱/۱۴	۰/۴۷۱
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۳/۹۱*	۰/۴۷۱
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۲/۶۶*	۰/۴۷۱
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	۰/۲۰	۰/۳۰۳
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱/۵۷*	۳۰۳
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱/۳۷*	۰/۳۰۳
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	۰/۱۱	۰/۲۰۵
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱/۶۵*	۰/۲۰۵
	پذیرش و تعهد گواه	درمان کیفیت زندگی پذیرش و تعهد	-۱/۸۹*	۰/۲۰۵

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

نتایج جدول ۴ آزمون توکی برای مقایسه‌های دو تایی مداخله‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش ۱ که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه آزمایش ۲ که آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را دریافت کردند معنادار نیست؛ اما تفاوت بین گروه آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه و گروه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه گواه معنادار است.

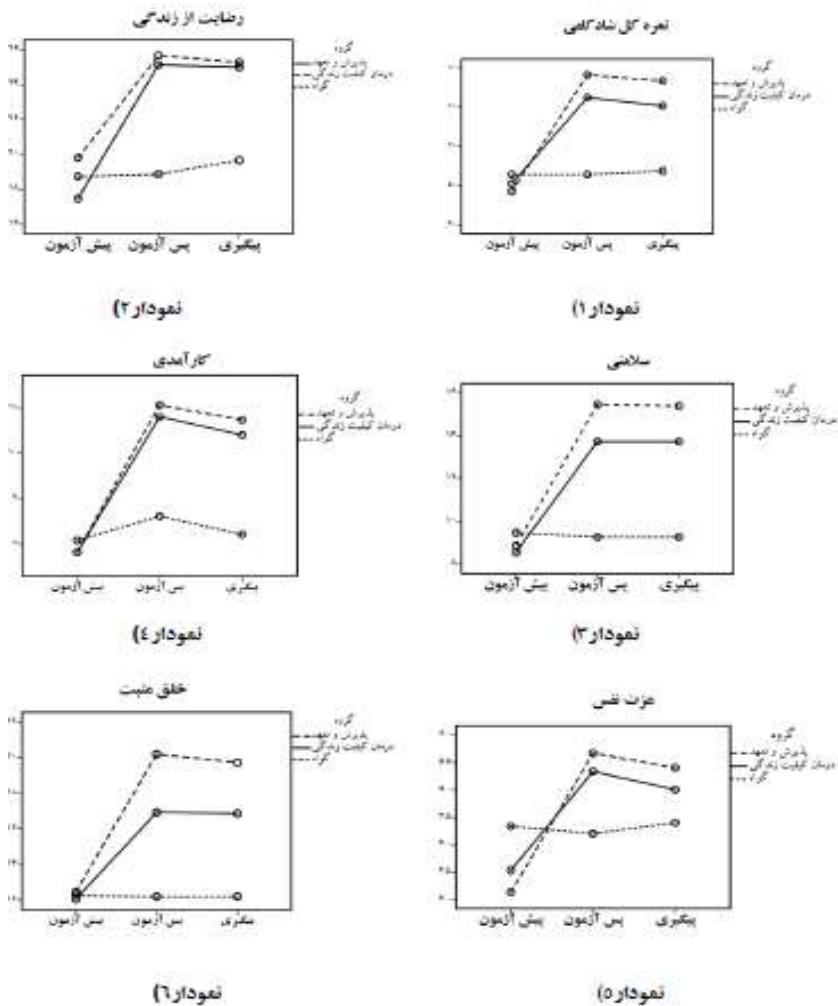
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو تایی مراحل آزمون در مؤلفه‌های شادکامی

گروه‌ها	مؤلفه‌ها	مرحله ۱	مرحله ۲	میانگین تفاوت‌ها	انحراف معیار
۱	نمره کل شادکامی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۹/۶۶*	۲/۱۹
		پیگیری	پیش آزمون	۲۸/۱۳*	۲/۱۹
		پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۶۶*	۱/۵۳
۲	رضایت از زندگی	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۵۳*	۱/۵۳
		پیگیری	پس آزمون	-۷/۷۳*	۰/۶۱۹
		پیگیری	پس آزمون	۷/۲۶*	۰/۶۱۹
۳	خلق مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۶۰*	۰/۷۱۹
		پیگیری	پس آزمون	-۶/۵۳*	۰/۷۱۹
		پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۲۶*	۰/۴۲۲
۴	سلامتی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۹۳*	۰/۴۲۲
		پیگیری	پس آزمون	-۲/۵۳*	۰/۳۱۲
		پیگیری	پس آزمون	۲/۲۶*	۰/۳۱۲
۵	کارآمدی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۱/۸۶*	۱/۷۰
		پیگیری	پس آزمون	۱۹/۷۲*	۱/۷۰
		پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۸۶*	۰/۷۵۸
۶	عزت نفس	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۴۶*	۰/۷۵۸
		پیگیری	پس آزمون	-۴/۸۶*	۱/۱۰
		پیگیری	پس آزمون	۴/۸۰*	۱/۱۰
۷	نمره کل شادکامی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۲۰*	۰/۷۲۵
		پیگیری	پس آزمون	۵/۲۰*	۰/۷۲۵
		پیش آزمون	پس آزمون	-۳*	۰/۵۱۱
۸	رضایت از زندگی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۰*	۰/۵۱۱
		پیگیری	پس آزمون	-۱/۸۰*	۰/۳۲۴
		پیگیری	پس آزمون	۱/۴۶*	۰/۳۲۴
۹	خلق مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۳۳۳	۰/۳۲۴
		پیگیری	پس آزمون		

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت پیش آزمون با پس آزمون در نمره مولفه‌های شادکامی هم در گروه آزمایش ۱ که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و هم در گروه آزمایش ۲ که آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را دریافت کردند؛ اما تفاوت بین

پس آزمون با پیگیری معنادار نیست که این یافته نشان‌دهنده ماندگاری تاثیر هر دو مداخله بر مولفه‌های شادکامی در معلم‌های زن است.



شکل ۱. نمودارهای تعاملی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

در شکل ۱ همانطور که نمودارهای ۱ تا ۶ نشان می‌دهد؛ هر سه گروه در مرحله پیش آزمون تقریباً برابر هستند؛ اما در مرحله پس آزمون نمره‌های مؤلفه‌های شادکامی در گروه‌های رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان‌پذیرش و تعهد نسبت به گروه گواه افزایش یافته و این افزایش در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم‌های زن مؤثر است و نتایج پیگیری نیز نشانگر دوام تأثیر این مداخله‌ها بود. همچنین میزان نمره کل شادکامی و مؤلفه‌های آن در زنان معلم و گروه آزمایش با افراد گروه گواه متفاوت و نتایج آزمون پیگیری نیز حاکی از بالاتر بودن معنادار نمره شادکامی هر دو گروه تحت آموزش نسبت به گروه گواه بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر پژوهش‌های پیشین نیز نشان دادند که رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق افراد (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴)، افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی (رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵)، کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰)، ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰) و ارتقای بهزیستی ذهنی و عاطفه مثبت (طغیانی، ۱۳۹۲) می‌شود.

این یافته‌ها را می‌توان چنین تبیین کرد که شادی و رضایت دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی و در واقع یک تجربه شناختی است که با رضایت از ابعاد مهم زندگی از نظر خود فرد و نیاز یک تجربه احساسی که با شادی تظاهر می‌یابد؛ تعریف می‌شود. همانگونه که فریش (۲۰۱۶) اشاره می‌کند؛ در رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شادکامی اهمیت خاصی دارد و این نکته در همان ابتدای مداخله مطرح و از مراجعان خواسته می‌شود تا این اصول را به‌عنوان اهداف و ارزش‌های شخصی خود انتخاب کنند. برای افرادی که شادکامی هدف مهم و ارزشمند زندگی است؛ این اصل بیشتر از اصول دیگر باید انتخاب شود. اگر افراد خواهان شادکامی هستند؛ باید شادکامی را اولویت اصلی زندگی خود قرار دهند و به فعالیت‌هایی بپردازند که شادکامی و خرسندی آن‌ها را تقویت می‌کند و صرفاً فعالیت‌ها و اندیشه‌هایی را دنبال کنند که به شادکامی آن‌ها آسیب نرساند و همواره درصدد فعالیت‌ها و افکاری باشند که شادی‌آفرین باشد. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی هنگامی برای مراجعان به‌کار گرفته می‌شود که آن‌ها علاقه یا نارضایتی خود را از یک حیطة بیان کنند و یا هنگامی که از مداخله یاد شده استفاده می‌شود که آن حیطة کاملاً برای آن‌ها واجد اهمیت باشد. به علاوه هم مراجعان و هم درمانگران باید اهمیت آن حیطة را در متن درمان دریابند. درمانگر در این وضعیت، کارکردن در حیطة‌ای را پیشنهاد می‌کند که با شادمانی مراجع در ارتباط است؛ حتی اگر مراجع در مرحله ارزیابی به آن حیطة اشاره نکرده باشد. درمانگران وقتی مراجعان را از حیطة‌های نارضایت‌مندی آگاه می‌سازند که آن‌ها خود هنگام پذیرش، نسبت به آن‌ها آگاهی نداشته‌اند و با این کار خدمات ارزشمندی به مراجعان ارائه می‌دهند.

همسو با نتایج پژوهش حاضر پژوهش‌های پیشین در مورد تأثیر درمان پذیرش و تعهد نیز نشان دادند که این مداخله منجر به ارتقای شادکامی (دهقان سفیدکوه، ۱۳۹۴؛ مرادی و دهقانی، ۱۳۹۶؛

توکلی، ۱۳۹۶؛ فرهنگ، قادری، سلیمانی و عربشاهی، ۲۰۱۷)، ارتقای بهزیستی روانی (پورکاظمی محمد فریدونی و عشقی نوگورانی، ۱۳۹۷؛ فرهنگ و همکاران، ۲۰۱۷) و افزایش شادی زناشویی (عظیمی فر، فاتحی زاده، بهرامی، احمدی، عابدی، ۱۳۹۵) می‌شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که چون در درمان پذیرش و تعهد هدف تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی است؛ در نتیجه به آن‌ها کمک می‌شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، آنچه را که در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است؛ انجام دهند. در این پژوهش افراد شرکت کننده با جایگزین کردن خود به‌عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه و خود را از واکنش‌ها، خاطره‌ها و افکار ناخوشایند جدا و رها کنند. در واقع هدف از درمان پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی است. قبل از درمان معلم‌های زن با در نظر گرفتن افکار به منزله واقعیت، ارزیابی‌های منفی و عمل طبق آن، موجب ضعیف شدن خُلق و نارضایتی از زندگی خود شده بودند. آن‌ها با درمان پذیرش و تعهد آموختند که از شیوه‌های جدیدی برای دستیابی به شادی، پرهیز از مواردی همچون کشمکش و منازعه، بودن و ماندن در لحظه کنونی استفاده کنند.

همانطور که هریس (۲۰۱۲؛ نقل از صاحبی و اسکندری، ۱۳۹۶) عنوان می‌کند؛ از دیدگاه پذیرش و تعهد، شادی عبارت از داشتن زندگی غنی و پر بار و بامعنا و هدف از درمان کمک به افراد برای داشتن زندگی غنی و پر بار و معنادار بر اثر عمل متعهدانه است. به همین دلیل در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر زندگی هدفمند بر پایه ارزش‌ها تاکید می‌شود. بنابراین هدفی را که فرد دنبال می‌کند؛ باید برای وی مفهومی ارزشمند داشته باشد تا وی بتواند بیشتر در زمان حال زندگی کند و قدردان داشته‌های خود باشد.

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که در پژوهش حاضر برای دستیابی به هدف ارتقای شادکامی از انواع فنون پذیرش و تعهد از جمله استعاره‌ها، راهبردهای پذیرش، تمرین‌های ذهن آگاهی، تناقض‌ها و کار در مورد ارزش‌ها استفاده و در جلسه‌های گروهی به‌جای تلاش برای مدیریت و حفظ عوامل مؤثر بر شادکامی، بر کشف ارزش‌های هر فرد از طریق شناسایی آنچه برای فرد مهم است و اینکه چگونه هر فرد می‌تواند با رفتار متناسب با ارزش‌های شخصی، زندگی معناداری برای خود و همسرش بسازد؛ تمرکز شد. در مرحله گسلش، کار در مورد آگاهی از رویدادها، بدن، افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری درباره آن، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی ویژه شد و معلم‌های زن به این نکته پی بردند که انسان‌ها متفاوت از افکارشان هستند. آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط آن‌ها با افکار و احساس صمیمانه با افراد دیگر شد. زمانی که افراد توانستند به این مهارت دست یابند؛ از مشکلات و موانع آگاه شدند و راه حل‌های مناسبی پیدا

کردند که هماهنگی مفهومی را برای آن‌ها ایجاد کرد. در مورد اثربخشی رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نیز می‌توان گفت این درمان الگوی مناسبی جهت مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها است و اصول و مهارت‌هایی را برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها ارائه می‌کند. در جلسه‌های آموزشی این پژوهش اعضای گروه آموختند که برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این الگو، اصول و فنون شناختی و رفتاری استفاده کنند؛ شناخت‌ها و معیارهای خود را تغییر دهند و با استفاده از روان‌شناسی مثبت‌نگر، تفکر مثبت را جایگزین افکار قدیمی خود کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب جامعه آماری از شهر اهر بود که ممکن است این شهر از نظر فرهنگ و آداب و رسوم با دیگر شهرهای کشورمان تفاوت‌هایی داشته باشد؛ لذا در تعمیم یافته‌ها لازم است که احتیاط شود. برای حصول اطمینان از نتایج، جهت تعمیم گسترده‌تر، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر دوباره توسط پژوهشگران دیگر با همین متغیرها، در جمعیت دیگر، با سایر متغیرها، سایر مقیاس‌های سنجش، پیگیری طولانی‌تر تکرار و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود؛ با توجه به اثربخش بودن این دو روش درمانی بر ارتقای شادکامی معلم‌ها، از این روش‌ها در مراکز آموزشی و مشاوره‌ای نه تنها در مورد متغیر این پژوهش، بلکه برای متغیرهای دیگری نظیر بهزیستی روانی، تاب‌آوری و نظایر آن استفاده شود.

موازن اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی، رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، حق انتخاب آن‌ها برای ادامه و یا انصراف از شرکت در جلسه‌های مداخله یا پاسخگویی به پرسشنامه‌ها رعایت شد. در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تاکید به پاسخگویی به تمامی سؤال‌ها، آزمودنی‌ها درمورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند.

سیاسگزاری

از مسئولین آموزش و پرورش شهرستان اهر، همکاران و فرهنگیان این شهرستان به‌ویژه از معلمانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند؛ تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.074 از کمیته پژوهش تحقیقات علمی است.

منابع

احمدی فروشانی، سیدحبیب‌الله، یزدخواستی، فریبا، و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌نمایشگری با محتوای معنوی بر شادی، لذت و سلامت روان دانشجویان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۷(۲) پیاپی ۲۶: ۲۳-۷.

ایزدی راوندی، سمیه، تسلیمی، زهرا، حق پرست، عباس، و قلعه‌ای‌ها، علی. (۱۳۹۵). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن: تعیین نقش شدت و مدت درد. *فصلنامه کومش*، ۱۷(۴): ۸۴۵-۸۳۶. ایزدی، راضیه، و عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. انتشارات جنگل. پاداش، زهرا، فاتحی زاده، مریم، و عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۱(۱): ۱۳۰-۱۱۵.

پور کاظم محمد فریدونی، فرزانه، و عشقی نوگورانی، روناک. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تراجنسی. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۵(۱): ۲۹-۴۱.

توکلی، حمیده. (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش شادمانی، کیفیت زندگی و کاهش فرسودگی شغلی معلمان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر. دانش، عصمت. (۱۳۸۹). مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۴ پایایی ۱۶): ۷۱-۵۶. دهقان سفید کوه، اعظم. (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و شفقت بر خود در مادران کودکان اوتیسم*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.

رجبی، سوزان، دهقانی، یوسف، ریاحی، فروغ، و الهیاری، فرزاد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان مرد شهر اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*؛ ۱۴(۵): ۵۰۵-۴۹۳.

رستمی، مریم، ابوالقاسمی، عباس، و نیرمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کیفیت زندگی زوجین ناسازگار. *مجله علمی پژوهان*، ۱۵(۱): ۳۵-۲۶. طغیانی، مجتبی. (۱۳۹۲). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روانی، بهزیستی ذهنی و عملکرد تحصیلی نوجوانان پسر*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه اصفهان.

عظیمی فر، شیرین، فاتحی زاده، مریم السادات، بهرامی، فاطمه، احمدی، سید احمد، و 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*، ۲(۳): ۸۱-۵۶. علی پور، احمد، و نور بالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵(۱): ۶۶-۵۵.

فلکسمن، پل، بلک، لچ، و باند، فرانک. (۱۳۹۳). تند آموز درمان مبتنی بر پذیرش و پایبند. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۲۰۰۷)

قاسمی، نظام الدین، کجباف، محمد باقر، و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. فصلنامه روان‌شناسی بالینی. ۳ (۲): ۲۳-۳۴.

مرادی، کبری، و دهقانی، اکرم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شادکامی و مطلوبیت اجتماعی زنان حوزوی. فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده، ۱۲ (۲): ۱۱۳-۱۲۶.

مرمرچی نیا، مژگان، و 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 پیاپی ۴۲): ۱۷۴-۱۵۷.

هریس، رأس. (۱۳۹۶). تله شادمانی. ترجمه علی صاحبی و مهدی اسکندری. تهران: انتشارات سایه سخن. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۲).

هنرپروران، نازنین، میرزایی کیا، حسین، نیری، احمد، و لطفی، مریم. (۱۳۹۳). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ناشر: امید مهر.

References

- Argyle, M. Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11(1): 1011-1017.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In: Forgas JP, Innes JM, editors. Recent advantage in social psychology: An international perspective. *North Holland: Elsevier*, 2(1): 73-95.
- 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(1): 2110-2114.
- 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.
- Frish, M.B. (2016). *Quality of life therapy*, New Jersey: John Wiley & Sons, <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch27>.
- Furnham, A., & Brewing, C. (1990). Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(1): 1093-1096.
- Harris, R. (2012). *ACT with love*. Oakland: New Horbinger Publication.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science:

