

تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین

مهسا علیاری چرمهینی^۱، پیمان دوستی^۲، محمد اسماعیل ابراهیمی^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

^۲ گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

^۳ استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مهسا علیاری چرمهینی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۲۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین بود. طرح این تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین در شهر تهران به تعداد ۷۰۰ نفر در رده سنی ۱۵ الی ۱۸ سال در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه آماری در این پژوهش براساس فرمول فیدل و تاپاچینگ (۲۰۰۱) به روش تصادفی ساده به تعداد (۱۰۴+ تعداد متغیرهای مستقل (۱))=۱۰۵ نفر که به لحاظ احتیاط به تعداد ۱۱۰ نفر افزایش یافت، انتخاب گردید. نمونه ذکر شده به پرسشنامه‌های انزوای اجتماعی چپلی و امیر کافی (۱۳۸۳) و احساس طرد شدگی رجبی و همکاران (۱۳۹۴) پاسخ دادند و از این میان تعداد ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. از طرفی برنامه درمان پذیرش و تعهد شامل هشت جلسه آموزشی ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین تاثیر داشت.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، احساس طردشدگی، انزوای اجتماعی.

مقدمه

امروزه موسسات و بنیادهای خیریه نقش بسیار مهم و کلیدی در ارتقای سطح کیفی زندگی افراد جامعه و به خصوص افراد نیازمند دارند و بنیاد نیکوکاری برین نیز از این قاعده مستثنی نیست. بنیاد نیکوکاری برین با فعالیت در سه حوزه آموزش، مدرسه سازی و نیز حمایت تحصیلی از مقطع ابتدایی تا تحصیلات عالی دانشگاهی، سعی در انجام این عمل خیرخواهانه و انسان دوستانه دارد. این بنیاد با برگزاری کلاسها و دورههای گوناگون آموزشی برای خانوادههای تحت پوشش خود در راستای توانمندسازی و خوداشتغالی، ساخت مدرسه به عنوان مهمترین اولویت خود با تمام توان در اقصی نقاط کشور و نیز حمایتهای مالی و غیرمالی از افراد تحت پوشش خود در مقاطع مختلف تحصیلی، سعی در بهتر کردن زندگی افراد نیازمند کشور دارد. زیرا مسئولین و دست اندرکاران این بنیاد بر این باورند که افراد تحت پوشش این خیریه تحت فشارها و محدودیت‌های بیشماری در زندگی اجتماعی خود هستند.

چرا که افرادی که تحت پوشش بنیادهای خیریه هستند، احساساتی زیادی در آنان نسبت به خود و اجتماع به دلیل محدودیت‌ها و فشارهای اجتماعی قرار می‌گیرند که از جمله این احساسات اجتماعی می‌توان به احساس انزوای اجتماعی و طردشدگی اشاره نمود [۱]. امروزه در روان شناسی اجتماعی طرد به عنوان شکلی از محرومیت یا کم ارزش شمردن به وسیله شخص، گروه یا رابطه مطلوب تعریف شده است. در واقع طرد ادراکات منفی را به افراد انتقال می‌دهد که شخص تمایل به نفی آن‌ها دارد و تلاش می‌کند که ثابت کند که اطلاعات منفی نادرست بوده است [۲] و این امر سبب می‌گردد که شخص احساس در حاشیه قرار گرفتن نماید [۳]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ادراک طردشدگی همواره با پیامدهای عاطفی منفی شامل افسردگی، احساس بی‌ارزشی، تنهایی، کاهش خودپنداره و عزت نفس در ارتباط است. به بیان دیگر احساس طردشدگی و تنهایی سبب بروز علائیم انزوای اجتماعی می‌گردد [۱].

انزوا و گوشه‌گیری عارضه‌ای است که در سال‌های اخیر شیوع بسیاری در جوامع یافته است که متأسفانه شیوع این عارضه در بین جوانان بسیار بیشتر است به طوری که از هر ۱۰۰ نفر جوان، ۷ نفر از آنان به این عارضه مبتلا هستند [۴]. در این عارضه جوانان از برقرار کردن ارتباطات با افراد و محیط خارج دوری می‌کنند که در نتیجه آن به تدریج با کاهش علائق ذهنی و عاطفی، از داشتن دوستان صمیمی و نزدیک محروم می‌شوند و از حضور در فعالیتهای جامعه سر باز می‌زنند و اوقات خود را به تنهایی سپری می‌کنند و گوشه‌گیری از اجتماع را در پیش می‌گیرند [۵].

انزوای طلبی یکی از رفتارهای نسبتاً شایع است که جوانان را به شدت آزار می‌دهد و اگر درمان نشود، آنان را به سمت مشکلات دیگری مانند عدم اعتماد به نفس، افسردگی، اضطراب و زودرنجی سوق خواهد داد. این درحالی است که فقدان احساس توانمندی و کمی عزت نفس و نیز ناتوانی در نشان دادن احساسات و بیان افکار و نظریات، باعث جدایی فرد از فعالیتهای گروهی می‌شود. محققان درباره علل گوشه‌گیری و انزوای طلبی معتقدند محرومیت از محبت خانواده، شکست‌های متعدد و تحقیر شدن از سوی خانواده، نبود امنیت روانی در محیط‌های خانه و خارج از خانه و فشارهای روانی مستمر، تنبیه، توبیخ و سرزنش جوان از سوی والدین و کنترل شدید تربیتی و سختگیری‌های وسواسگونه و غیرمنطقی و در نهایت احساس طردشدگی از مهمترین علل این عارضه هستند [۶].

مطالعات نشان داده است که طردشدگی موجب شکل‌گیری هفت ویژگی شخصیتی می‌شود: خشم و پر خاشگری، وابستگی یا استدلال دفاعی، حرمت خود آسیب دیده، خودکارآمدی آسیب دیده، عدم پاسخ دهی هیجانی، بی‌ثباتی هیجانی و دیدگاه منفی نسبت به دنیا [۷]. این احساسات و عواقب ناشی از آن سبب شده است تا توجه بسیاری از پژوهشگران به درمان این احساسات جلب گردد و این مهم سبب شده است برای درمان احساساتی از جمله انزوای اجتماعی و طرد شدگی، درمان‌های روان شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع گردد. از جمله شیوه‌های درمانی اثر گذار بر این احساسات می‌توان به شیوه درمانی پذیرش و تعهد اشاره نمود [۸، ۹].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی حاوی شش فرآیند روان‌شناختی خاص است که عبارتند از: پذیرش^۱، گسلش^۲، خود به عنوان زمینه^۳، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه که همه آن‌ها باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند [۱۰]. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان افراد دارای انزوای اجتماعی باید این افراد را به مواجهه فعال با تجارت ذهنی برقراری روابط اجتماعی به همراه تغییر رفتار و ایجاد هدف و انگیزه برای تعهد به سبک زندگی اجتماعی تر تشویق کرد (پورفرج، ۱۳۹۰) و از این طریق بنیان‌های شکل‌گیری احساس طردشدگی را در شخص متزلزل نمود (گچاوند و بانگ^۴، ۲۰۱۶). در همین راستا پژوهش لطفی، پورشهریاری، نیری و نوروزی (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دانشجویان تاثیر دارد. همچنین منطری توکلی و پولادی ریشه‌ری (۱۳۹۶) نشان دادند که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان تاثیر دارد. صالحی، نجفی و سولاری (۲۰۱۶) در پژوهش خویش به این نتیجه دست یافتند که روش درمانی پذیرش و تعهد از طریق مواجهه فعال و بازنگری اهداف زندگی باعث افزایش سازگاری پس از طلاق، امیدواری و کاهش افسردگی و احساس طردشدگی زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است. از سوی دیگر، گچاوند و بانگ (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی دختران تاثیر مستقیم داشته است. بنابراین با توجه به نتایج فوق کمتر پژوهشی نقش درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی آن هم به طور همزمان در بین افراد کم بضاعت و یا بی‌بضاعت مورد بررسی قرار داده است که این امر می‌تواند یک نقصان پژوهشی در این حیطه به حساب آید.

شرایط جامعه امروزی سبب شده است تا نوجوانان و جوانان بیشتر از قبل در گیر مشکلاتی از قبیل انزوای اجتماعی گردند. وجود انزوای اجتماعی در بین جوانان بر پیشبرد برنامه‌های توسعه‌ای کشور تاثیر منفی می‌گذارد [۱۵]. به عبارت دیگر لزوم توجه به جوانان و نوجوانان و به خصوص افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین در آن است که آن‌ها زیر ساخت‌های فکری جامعه را تشکیل می‌دهند و تغذیه فکری جامعه بر دوش آن‌ها است. اما واقعیت امر حاکی از این است که این قشر اجتماعی مهم و موثر، از نظر تعهد و پیوندهای اجتماعی دچار مشکلاتی می‌باشند. این موضوع در مواردی موجب شده که آن‌ها تاثیر گذاری اصلی و مهم خود را بر جامعه نادیده گرفته و به انزوا کشیده شوند که خود مسئله انزوا اجتماعی و طردشدگی را در پی خواهد داشت که در صورت عدم توجه به این معضل وعدم پیش‌بینی راه‌های پیشگیری از این مشکل و اقدامات درمانی مناسب و مقتضی سبب می‌گردد که این مشکل سبب ایجاد عارضه‌هایی چون پرخاشگری، حرمت خود آسیب دیده، خودکارآمدی آسیب دیده، عدم پاسخ‌دهی هیجانی، بی‌ثباتی هیجانی و دیدگاه منفی نسبت به دنیا گردد و در نتیجه فرد را به انزوا طلبی بیشتر و دوری‌گزینی از اجتماع سوق دهد [۱۶] که متأسفانه آمار و ارقام نشان دهنده گسترش رو به افزون این معضل در جامعه ما به خصوص در نسل جوان و از آن مهمتر افراد تحت پوشش بنیادهای خیریه می‌باشد [۱۶] و این امر سبب می‌گردد تا جامعه از نیروی جوان و پر از انرژی خویش محروم گردد که این مسئله در کشورهای در حال توسعه‌ای چون کشورمان دغدغه و معضلی جدی می‌باشد، لکن علی‌رغم مهم بودن این مسئله، جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد تا کنون پژوهشی به بررسی این مسئله و شیوه‌های درمانی موثر بر این مشکل نپرداخته است و اغلب این مسئله مورد غفلت واقع شده است. در حقیقت در تحقیق پیش روی پژوهشگر با علم به اثرات منفی انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی بر آن است تا با بررسی شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تلاش نماید تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد و با کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری، حس طردشدگی در افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین را تضعیف نموده و حس جامعه‌پذیری و مشارکت در جامعه را در افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین القا نماید و از این طریق زیرساخت‌ها و بنیان‌های توسعه و رشد کشورمان را به ارمغان آورد تا بتواند نقش این بنیاد را در ارتقای سطح زندگی بهتر برای افراد نیازمند، پررنگ‌تر نماید. زیرا بنیاد نیکوکاری برین برای آن که بتواند به رسالت ارزشمند خود دست یابد، می‌بایست از

1. acceptance

2. defusion

3. self as a context

4. Ghojavand & Bang

دانش‌های روز در حوزه‌های مختلف و به خصوص حوزه روان‌شناسی بهره کافی را ببرد که این تحقیق تا حدودی می‌تواند چنین امری را میسر سازد.

پژوهشگر با علم به این موضوع و آگاهی از اینکه احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی در افراد تحت پوشش نیکوکاری برین رو به افزایش است و این که افرادی که تحت پوشش این بنیاد هستند، نوعی احساس کمبودهای اجتماعی می‌کنند و به همین علت احساساتی از جمله طردشدگی و انزوای اجتماعی ممکن است در آنان شکل گیرد. از سوی دیگر، مشاهده شکاف تحقیقاتی در این خصوص سبب شده است تا پژوهشگر در پژوهش حاضر به بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی بپردازد، به نظر می‌رسد این شیوه درمانی با تقویت انعطاف‌پذیری شناختی سبب مواجهه فعال فرد با تجارت ذهنی و برقراری روابط اجتماعی می‌گردد و بنیان‌های شکل‌گیری احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی را در شخص متزلزل می‌نماید که پژوهش حاضر به دنبال بررسی علمی این مسئله و پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی در افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین تاثیر دارد؟

فرضیه پژوهش

درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین تاثیر دارد.

مبانی نظری

در حوزه بحث طرد اجتماعی، تعدادی از گروه‌های اجتماعی، جمعیت‌های در معرض خطر، محسوب می‌شوند. از جمله این جمعیت‌ها، دو گروه مهم یعنی (زنان) و (جوانان) هستند که بیش از سایر افراد در معرض طرد شدن به معنای خاص قرار دارند. این در حالی است که داشتن فاکتورهای مطرود ساز چندگانه نظیر جنسیت، سن، قومیت، نژاد و نظایر آن، به طور همزمان و در تلاقی با یکدیگر، ممکن است احتمال طرد شدن در چنین گروه‌هایی را بسیار قوت ببخشد.

در این زمینه سیلور^۵ (۲۰۰۶) از صاحب نظران و محققان به نام حوزه طرد اجتماعی و طرد جوانان در خاورمیانه، یادآور شده است که هر چند جوانی مرحله‌ای از انتقال عادی به بزرگسالی است و از این جهت نمی‌توان بحث از (طرد اجتماعی جوانان^۶) کرد اما جوانی و جوانان به عنوان یک پایگاه یا گروه اجتماعی در جوامعی که بر مبنای تفکیک‌های سنی و محدودیت‌های ساختاری و نهادی از مشارکت کامل در زندگی اجتماعی بزرگسالی برخوردار نیستند، موضوع طرد اجتماعی بوده و وضعیت طرد در جوامع مختلف (اروپایی و خاورمیانه) از این جهت قابل بررسی است. بنابراین تقاطع جوانی با دیگر ابعاد محرومیت - نظیر عدم اشتغال، زن بودن، معلولیت و نظایر آن - طرد اجتماعی را چارچوب مفیدی برای تحلیل مشکلات جوانان می‌سازد [۱۷].

طردشدگی به معنی فقدان منابع و یا نداشتن حقوق اجتماعی و فرآیندی پویا در طول زندگی افراد محروم است [۱۸].

مفهوم انزوای اجتماعی

مفهوم انزوای اجتماعی در تقابل با پیوستگی اجتماعی، هم‌بستگی اجتماعی و انسجام اجتماعی مطرح می‌شود و با مفاهیمی نظیر از خودبیگانگی، انومی، طرد اجتماعی و کناره‌گیری اشتراک مفهومی دارد. بررسی تاریخ فکری انزوای اجتماعی حداقل در یک قرن گذشته نشان می‌دهد که این مفهوم به چند گرایش عمده در جامعه‌شناسی از جمله دیدگاه مارکسیستی و مفهوم از خودبیگانگی، مکتب کنش متقابل نمادی و مفهوم خود و مکتب شیکاگو مرتبط است [۱۹].

انزوای اجتماعی واقعیتی است فکری، که در آن فرد عدم تعلق و وابستگی و انفعال نام‌های را با ارزش‌های جامعه احساس می‌کند [۲۰]. انزوای اجتماعی معادل بیگانگی فرهنگی است و نشان می‌دهد که ایده و عقاید افراد درباره موضوعات مهم تا چه حد با ایده و عقاید دوستان، خویشاوندان، هم‌کیشان و به طور کلی هم‌وطنان آنان تفاوت دارد [۲۱].

5. Silver

6. Youth Social Exclusion

انزوای اجتماعی به شیوه‌های متعددی تعریف شده است. تعدادی از مطالعات (برای مثال: کاتن و وایت^۷، هال و هاوونز^۸، فن بارسن^۹ و همکاران) بین دو سازه تمایز قائل شده اند:

انزوا و جامعه‌گریزی حالتی است که فرد احساس می‌کند با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه بیگانه شده است؛ یعنی شخص احساس تنهایی می‌کند و فکر می‌کند با کسی یا جمعی ارتباط ندارد. فردی که از خودبی‌خود می‌گردد و از جامعه کناره می‌گیرد، به این معنا است که او اعتقادی به شیوه کارکردی جامعه، روابط حاکم و روابط خرد و کلان آن ندارد؛ چون فعالانه نمی‌تواند این روابط و هدف‌های واقعی را نفی و رد کند، با گوشه‌نشینی و منزوی شدن، خود را از گزند جامعه به حاشیه می‌کشد و کناره‌گیری اختیار می‌کند [۲۲]. «این مفهوم بیشتر در توصیف نقش روشن‌فکر به کار گرفته شده است، که منظور از آن، جدا شدن روشن‌فکر از معیارهای فرهنگ عامه است... بیگانه شدن با احساس انزوا، کسانی مانند روشنفکران هستند، که برای هدف‌ها یا باورهایی که در جامعه نوعاً بسیار معتبر است، ارزش پاداشی کمی قائل هستند».

واقعیتی ذهنی که در آن، فرد عدم تعلق و وابستگی و انفصال تامه‌ای را با ارزش‌های مرسوم در جامعه احساس می‌کند. در این حالت، فرد هم‌چنین دارای اعتقاد و باور نازلی نسبت به سازوکار ارزش‌گذاری و نظام پاداش اجتماعی است و با هر آن‌چه که از نظر جامعه معتبر و ارزش‌مند است، خود را هم عقیده و همسو نمی‌بیند [۲۳]. این تعریف تقریباً با آن نوع انطباق که مرتون طغیان می‌نامد، نزدیک می‌شود. این نوع انطباق انسان‌ها را پیرامون خارج از ساخت اجتماعی به جهت جستجو و فراهم نمودن ساختار اجتماعی جدید و اصلاح شده و رهنمون می‌سازد. سیمن نیز انزوا را در این معنا جستجو می‌کند. این معنا حالتی است که فرد احساس می‌کند با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه بیگانه شده است؛ یعنی شخص احساس تفرّد می‌کند و احساس می‌کند با کسی یا جمعی ارتباط ندارد. فردی که از خود بی‌خود می‌گردد و از جامعه کناره می‌گیرد، بدین معناست که او اعتقادی به شیوه کارکرد جامعه، روابط حاکم و هدف‌های خرد و کلان آن ندارد [۲۴].

بعد عینی انزوای اجتماعی را می‌توان همان انزوای اجتماعی و بعد ذهنی را تنهایی (انزوای عاطفی) نامید. برای نشان دادن تمایز میان دو بعد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی، می‌توانیم به سنخ‌شناسی مولینز، جانسون و اندرسون^{۱۰} درباره‌ی انزوای اشخاص اشاره کنیم:

(الف) از لحاظ عاطفی و اجتماعی منزوی نیستند؛

(ب) از لحاظ عاطفی و نه از لحاظ اجتماعی، منزوی هستند؛ (پ) از لحاظ اجتماعی و نه از لحاظ عاطفی، منزوی هستند؛

(ث) هم از لحاظ عاطفی و هم اجتماعی منزوی هستند [۲۵].

تنهایی اغلب اوقات به عنوان همتای ذهنی انزوای اجتماعی و در ضدیّت با حمایت اجتماعی در نظر گرفته شده است (ویکتور، کرامبر، بوند و بولینگ). اصطلاحات نهایی و انزوای اجتماعی یا جایگزین یکدیگر در نظر گرفته شده‌اند و یا درون تعریفی جامع‌تر با یکدیگر جمع شده‌اند [۲۶].

برای شناخت انزوای اجتماعی باید ابتدا به شناخت همبستگی اجتماعی پرداخت. انزوای اجتماعی در اصطلاحات جامعه‌شناختی، وارون همبستگی اجتماعی شناخته شده است؛ یعنی دور شدن از پیوندهای اجتماعی، ارتباطات نهادی یا مشارکت در جامعه (سیمن^{۱۱}، ۲۰۰۹). روابط اجتماعی درجه‌ی معینی از همبستگی اجتماعی را در خود دارند؛ بنابراین در همبستگی و پایداری جامعه، نقش مهمی ایفا می‌کنند. به این دلیل، جامعه‌شناسان، روابط اجتماعی را به عنوان سنگ بنای نخستین برای شکل‌های پیچیده‌تر تماس میان انسان‌ها در نظر می‌گیرند [۲۷].

پایگاه اقتصادی- اجتماعی^{۱۲} شاخصی ترکیبی است که تجربه‌ی کاری و موفقیت اجتماعی و اقتصادی فرد را نسبت به دیگر افراد در جامعه‌ی خود بیان می‌دارد و به سه دسته‌ی بالا، متوسط و پایین تقسیم بندی می‌شود [۲۵].

7. Cattan and White

8. Hall and Havens

9. Van Baarsen

10. Mullins, Johnso & Anderson

11. Seeman

12. SES

بنا به تعریف، حمایت اجتماعی شامل دو بعد اساسی است، یکی جنبه ذهنی که نشان دهنده‌ی تصورات و ادراکات فرد از حمایت‌های اطرافیان است و دیگری جنبه‌ی واقعی (عینی) است که عبارتست از میزان مساعدت‌ها و کمک‌های واقعی ارائه شده به فرد. هر چه بین حمایت درخواستی فرد با آنچه که در واقعیت به صورت حمایت دریافت می‌کند تفاوت بیشتر باشد، فرد منزوی‌تر می‌گردد. بهزیستی روانی به طور کلی با شبکه‌ی اجتماعی حمایتی مرتبط می‌باشد [۲۸].

محرومیت نسبی به صورت احساس کنشگران بر وجود داشتن اختلاف میان انتظارات ارزشی خود و توانایی ارزشی محیط مشخص می‌شود [۳۱]. گر ۱۳ معتقد است برخی افراد در چنین وضعیتی به نارضایتی خواهند رسید و دچار نوعی ناکامی، افسردگی اجتماعی و یاس و بی تفاوتی می‌شوند [۲۹].

رضایت از زندگی به طور کلی بر قناعت و پذیرش شرایط زندگی شخص از سوی خود او یا تحقق خواسته‌ها و نیازهای زندگی شخص دلالت دارد. در اصل، رضایت از زندگی یک ارزیابی ذهنی است که شخص از کیفیت زندگی خود انجام می‌دهد [۳۰]. صاحب نظرانی همچون پونتام و کلمن معتقدند که اعتماد به افراد اجازه می‌دهد تا به همکاری بپردازند، در جوامعی که در آن‌ها مردم می‌توانند مطمئن باشند که اعتماد نه تنها مورد سوء استفاده قرار نمی‌گیرد، بلکه جبران می‌شود احتمال زیادتری برای انجام دادن معاملات و مبادلات وجود دارد. بی اعتمادی و سوء ظن تاثیر مؤثر و کاهنده‌ای بر روابط و پیوندهای اجتماعی دارد و این امر زمینه‌ی مناسبی برای انزوای اجتماعی افراد فراهم می‌سازد [۳۲].

تنهایی مربوط به احساس از دست دادن یک رابطه‌ی صمیمانه (تنهایی عاطفی) یا از دست دادن یک شبکه‌ی اجتماعی گسترده‌تر است و همچنین یکی از شاخص‌های اصلی بهزیستی اجتماعی است. تنهایی نشان دهنده‌ی ارزیابی ذهنی فرد از مشارکت اجتماعی یا انزوای اوست [۳۳].

اشخاص نیاز دارند به منظور شکل بخشیدن به روابط معنادار با انسان‌های دیگر بخشی از شبکه‌ی اجتماعی باشند (سانتوس و بیدل، ۲۰۱۰). شبکه‌ی اجتماعی کوچک و تقلیل یافته می‌تواند علت انزوای اجتماعی و افزایش خطر آسیب پذیری فیزیکی و عاطفی باشد [۳۴].

احساس بی‌قدرتی یا ناتوانی، عبارتست از احتمال و یا انتظار متصوره از سوی فرد در قبال بی‌تاثیری عمل خویش و یا تصور این باور که رفتار او قادر به تحقق و تعیین نتایج مورد انتظار نبوده و وی را به هدفی که بر اساس آن کنش او تجهیز گردیده رهنمون نیست.

انزوای اجتماعی در تاریخ مطالعات جامعه‌شناختی، به ندرت به عنوان یک مساله‌ی مستقل همچون بزهکاری، فقر، نابرابری، طلاق، تبعیضات نژادی، آلودگی‌های زیست محیطی و غیره مطرح شده است. مفهوم انزوای اجتماعی، مفهومی است که بیشتر اوقات خود را در تقابل با همبستگی اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی و از سوی دیگر در نزدیکی با از خود بیگانگی و احساس تنهایی نشان می‌دهد. انزوای اجتماعی بیشتر از آن که مستقیماً مورد نظریه پردازی قرار گیرد، به عنوان نشانه و هشدار جدی در نظر گرفته شده است؛ نشانه‌ای که بیش از هر چیز به ما می‌گوید در بستر جامعه‌ی مورد نظر، مشکل یا انحرافی وجود دارد. با این حال، رد پای بررسی انزوای اجتماعی در دیدگاه‌های مختلف دیده می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شد که از اصول ذهن آگاهی استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تاکید می‌کردند. به طور کلی به درمان‌های موج سوم، رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش^{۱۴} یا رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی گفته می‌شود. که طیفی از رویکردها را شامل می‌شود که عبارتند از کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۵} (MBSR)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۶} (MBCT)، درمان پذیرش و

¹³. Gurr

¹⁴. Acceptance Behavioral Based on Therapy (ABBTs)

¹⁵. Mindfulness-Based Reducing Stress (MBSR)

¹⁶. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

تعهد (ACT)^{۱۷}، رفتار درمانی دیالکتیک^{۱۸} (DBT)، فعال سازی رفتاری^{۱۹} (BA)، روان درمانی تحلیل تابعی^{۲۰} (FAP)، زوج درمانی رفتاری-تلفیقی^{۲۱} (IBCT) و سیستم تحلیل رفتاری شناختی^{۲۲} (CBASP) [۳۵].
درمان‌های موج سوم را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد:

مداخلاتی که براساس آموزش ذهن آگاهی هستند (مانند کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)^{۲۳} - مداخلاتی که ذهن آگاهی را به عنوان یک مؤلفه کلیدی به کار می‌برند (مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی) (هیز^{۲۳}، ۲۰۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمانها بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید دارند. در رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش، مشکلات بالینی در قالب رفتاری مفهوم بندی می‌شود. سه مشکل اساسی زیربنای اختلالات روانشناختی را تشکیل می‌دهد که عبارتند از مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد. این مشکلات، به عنوان اهداف مداخله مدنظر قرار می‌گیرند [۳۵].

درمان پذیرش و تعهد که از یک چهارچوب فلسفی و نظری منسجم برخوردار است. یک مداخله روانشناختی مبتنی بر تجربه است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف پذیری روانشناختی بکار می‌گیرد. انعطاف پذیری روانشناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته و بر اساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد، رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله ی رفتاری به انسان کمک می‌کند تا بیشتر در لحظات کنونی زندگی کند، و به جای افکار، احساسات و تجارب دردناک، بر ارزش‌ها و اهداف مهم تمرکز نماید [۳۶].

رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، شاخه ای از درمان‌های جدید روانشناختی می‌باشد که از اصول و تکنیک‌های درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می‌کند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کار آمدند که آسیب شناسی روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان‌ها معتقدند که افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی داشتند و خود را بر اساس هیجا هایشانمورد قضاوت قرار می‌دهند. بنابراین درصدد اجتناب از این هیجان‌ها بر می‌آیند و به رفتارهایی مبادرت می‌ورزند تا از این هیجان‌ها فرار کنند و آن‌ها را کاهش دهند. اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی ایفا کند. هدف رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، عبارتند از تغییر روابط افراد با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیر ارزشمند زندگی اش است [۳۵].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از الگوهای بسط یافته ی اخیر است که فرآیندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیر بنایی آن شامل:

۱. پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها
۲. عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه ای که منجر به کارکرد سالم شود. این روش شامل تجربیات و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آرامش ذهنی است. پذیرش و تعهد درمانی در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و بدنال موج دوم این درمانها از قبیل درمان شناختی- رفتاری پدید آمده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی است [۳۷].

17. Acceptance and commitment therapy

18. Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

19. Behavioral Activation (BA)

20. Functional Analysis Psychotherapy (FAP)

21. Behavioral-Combined Therapy Couple (IBCT)

22. Cognitive Behavioral Analysis (CBASP)

23. Hayes

در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابل آن اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها) به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جدا سازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها). درنهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و... باشد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین در شهر تهران به تعداد ۷۰۰ نفر در رده سنی ۱۵ الی ۱۸ سال در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. نمونه آماری در این پژوهش براساس فرمول فیدل و تاپاچینگ (۲۰۰۱) به روش تصادفی ساده به تعداد (۱۰۴+ تعداد متغیرهای مستقل (۱))=۱۰۵ نفر که به لحاظ احتیاط به تعداد ۱۱۰ نفر افزایش یافت، انتخاب گردید. ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند که یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شد و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل. در این پژوهش بعد از آن که گروه‌های کنترل و آزمایش مشخص شدند، ابتدا پرسشنامه‌های پردشدگی و انزوای اجتماعی به عنوان پیش‌آزمون به گروه ۳۰ نفری کنترل و آزمایش، هر یک به تعداد ۱۵ نفر داده شد و سپس گروه آزمایش تحت تاثیر پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که شامل هشت جلسه درمانی ۱۲۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه قرار گرفت و جهت سنجش روایی-صوری این پروتکل از شیوه اتفاق نظر ارزیاب‌ها استفاده شده است. در ادامه گروه کنترل تحت هیچ‌گونه شیوه درمانی قرار نگرفتند. سپس پرسشنامه‌های پردشدگی و انزوای اجتماعی به عنوان پس‌آزمون به دو گروه آزمایش و کنترل داده شد و آن گاه تجزیه و تحلیل آماری از داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون، صورت گرفت.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد که شامل پرسشنامه‌های احساس پردشدگی و انزوای اجتماعی به شرح ذیل می‌باشد:

۱) ابزار اندازه‌گیری انزوای اجتماعی:

در این پژوهش متغیر انزوای اجتماعی، توسط پرسشنامه چلپی و امیرکافی (۱۳۸۳) [۳۸] مورد سنجش قرار گرفت که شامل ۱۹ سوال براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵) بود. این پرسشنامه دارای چهار بعد تنهایی اجتماعی (سوالات ۱ الی ۶)، عجز (سوالات ۷ الی ۱۰)، یأس اجتماعی (سوالات ۱۱ الی ۱۵) و کاهش تحمل اجتماعی (سوالات ۱۶ الی ۱۹) است. طریقه نمره‌گذاری سوالات (۱-۲-۴-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹) معکوس می‌باشند. بازه نمرات این پرسشنامه بین ۱۹ الی ۹۵ است که نمره ۵۷ نقطه برش پرسشنامه است و نمرات کمتر از ۵۷ نشان‌دهنده انزوای اجتماعی پائین و نمرات بیشتر از ۵۷ نشان‌دهنده انزوای اجتماعی بالا می‌باشد. ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه مدرسی یزدی و همکاران (۱۳۹۶)، ۰/۷۲ به دست آمده است.

۲) ابزار اندازه‌گیری احساس پرد شدگی:

در این پژوهش متغیر احساس پرد شدگی، توسط پرسشنامه رجبی، کاظمیان و اسمعیلی (۱۳۹۴) [۳۹] سنجیده شد که شامل ۴ سوال می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴ و کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری شده است. بازه نمرات این پرسشنامه بین ۴ الی ۲۰ است که نمره ۱۲ نقطه برش پرسشنامه است و نمرات

کمتر از ۵۷ نشان دهنده احساس طردشدگی پائین و نمرات بیشتر از ۲۰ نشان دهنده احساس طردشدگی بالا می باشد. ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۴)، ۰/۸۳ بدست آمده است.

بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

ابتدا قبل از بررسی فرضیه های پژوهش لازم است، نرمال بودن متغیرهای پژوهش با آزمون کولموگروف-اسمیرنف^{۲۴} مورد بررسی قرار گیرد. لذا جدول شماره ۱ نرمال بودن متغیرهای انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی را در حالت پیش آزمون و پس آزمون، در هر دو گروه کنترل و آزمایش نشان می دهد.

جدول شماره ۱: بررسی وضعیت نرمال بودن متغیر پژوهش

متغیر	حالات	آماره Z	سطح معناداری
انزوای اجتماعی	پیش آزمون	۰/۰۸۸	۰/۲
	پس آزمون	۰/۰۹۷	۰/۲
احساس طردشدگی	پیش آزمون	۰/۱۴۹	۰/۰۸۷
	پس آزمون	۰/۱۸۷	۰/۰۶۸

با توجه به جدول شماره ۱ می توان نتیجه گرفت که سطوح معناداری متغیرهای پژوهش در هر دو حالت پیش آزمون و پس آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می باشند. لذا متغیرهای انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی نرمال هستند. نرمال بودن متغیرهای مذکور استفاده از آزمون های پارامتریک را جهت بررسی فرضیه های پژوهش توجیه می نمایند.

فرضیه ی پژوهش

درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین تاثیر دارد. جهت بررسی فرضیه ی پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکووا^{۲۵} استفاده می شود. در فرضیه فوق درمان پذیرش و تعهد به عنوان متغیر مستقل می باشد. همچنین احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی به عنوان متغیرهای وابسته ایفای نقش می کنند. البته قبل از بررسی سوال فوق پیش شرط های لازم و ضروری آزمون مورد ارزیابی قرار می گیرد.

بررسی برابری ماتریس های کوواریانس

جدول شماره ۲ به بررسی برابری ماتریس های کوواریانس با استفاده از آزمون ام. باکس^{۲۶} که یکی از شروط استفاده از آزمون فوق می باشد، می پردازد.

جدول شماره ۲: همگنی ماتریس های کوواریانس در فرضیه ی پژوهش

مقدار آزمون	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۴/۰۶۹	۱/۲۵۱	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۲۸۹

همانطور که از جدول شماره ۲ پیداست، سطح معناداری بدست آمده از آماره F بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان می دهد، ماتریس های کوواریانس با یکدیگر برابر هستند.

²⁴. Kolmogroff-Smirnov

²⁵. Multivariate analysis of Covariance (MANCOVA)

²⁶. Box's M

اثر معناداری متغیر پیش‌بین بر مدل

جدول شماره ۳ با استفاده از چهار آزمون چندمتغیره به بررسی یکی از شروط استفاده از آزمون فرضیه می‌پردازد.

جدول شماره ۳: آزمون‌های چندمتغیره در فرضیه‌ی پژوهش

اندازه اثر	سطح معناداری	خطای درجه آزادی	درجه آزادی	آماره F	مقدار آزمون	آزمون‌های چند متغیره
۰/۷۹۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۴۸/۲۵۱	۰/۷۹۴	آزمون اثر پیلایی
۰/۷۹۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۴۸/۲۵۱	۰/۲۰۶	آزمون لاندای ویلکز
۰/۷۹۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۴۸/۲۵۱	۳/۸۶	آزمون اثر هتلینگ
۰/۷۹۴	۰/۰۰۱	۲۵	۲	۴۸/۲۵۱	۳/۸۶	آزمون بزرگترین ریشه روی

جدول شماره ۳ گویای این مطلب است که سطح معناداری بدست آمده از هر چهار آزمون چندمتغیره کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند که نشان از تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر مدل دارد. همچنین از آنجا که اندازه اثر هر چهار آزمون تا حدودی با یکدیگر یکسان می‌باشند، لذا بررسی پیش شرط فوق با استفاده از هر کدام از آزمون‌ها تفاوت چندانی ندارد.

برابری واریانس‌های خطا

جدول شماره ۴ با استفاده از آزمون لون^{۲۷} به بررسی یکی از شروط استفاده از آزمون فرضیه می‌پردازد.

جدول شماره ۴: برابری واریانس‌های خطا در فرضیه‌ی پژوهش

متغیرهای وابسته	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
انزوای اجتماعی	۱۱/۸۴۴	۱	۲۸	۰/۰۰۲
احساس طردشدگی	۵/۵۰۲	۱	۲۸	۰/۰۲۶

جدول فوق گویای این مطلب است که سطح خطای آماره F برای هر دو متغیر انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی کوچکتر از ۰/۰۵ است. بنابراین، واریانس خطاهای این دو متغیر در بین حالت پیش آزمون و پس آزمون متفاوت می‌باشد. حال با استفاده از جدول ۵ به بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی در افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین می‌پردازیم.

جدول شماره ۵: بررسی فرضیه‌ی پژوهش

متغیر مستقل	متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
درمان پذیرش و تعهد	احساس طردشدگی	۷۵۷/۱۳۵	۱	۷۵۷/۱۳۵	۷۰/۹۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
	احساس طردشدگی	۵۷/۳۶	۱	۵۷/۳۶	۲۹/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹

همانطور که پیداست، سطوح معناداری بدست آمده از تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند، لذا با سطح اطمینان ۰/۰۵ درصد پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین

27. Levene's Test

تاثیر دارد. همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بیشتر بر انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین موثر بوده و بیشتر می‌تواند انزوای اجتماعی آنان را افزایش دهد. پس فرضیه‌ی پژوهش تأیید و فرضیه صفر رد می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این که فرضیه‌ی پژوهش به بررسی «تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین» می‌پردازد، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که «درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین تاثیر دارد». همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد بیشتر بر انزوای اجتماعی افراد تحت پوشش بنیاد نیکوکاری برین موثر بوده و بیشتر می‌تواند انزوای اجتماعی آنان را افزایش دهد. این یافته‌ها از این حیث که درمانهای روان شناختی می‌توانند بر احساس طرد شدگی تاثیر داشته باشند با یافته رنجبر، جبار، ترخان، طاهر، حسین خانزاده، عیسی پور (۲۰۱۵) [۴۰] و از این حیث که این درمان‌ها می‌توانند بر احساس انزوای اجتماعی تاثیر بگذارند با یافته‌های پژوهش خادم‌لو، عباسی، شفیع‌ی فوزی (۱۳۹۵) [۴۱] همسو می‌باشد. مطالعه‌های دیگر در این خصوص برای مقایسه بیشتر با یافته‌های مطالعه حاضر وجود ندارد و این مطالعه به نوبه خود جزو محدود مطالعه‌هایی است که به بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی می‌پردازد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر احساس طردشدگی و انزوای اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیان تفاوت رنج و درد و پیگیری ارزش‌ها و اهداف مراجع، تفاوت ارزش و هدف، برنامه‌ریزی فعالیت و به افزایش تعامل درمانجو در فعالیت‌هایی که موجب ایجاد حس مهارت یا لذت می‌شود، می‌پردازد. همچنین این درمان گسلس از افکار و احساسات افسرده و اضطراب‌زا موجب می‌گردد. این درمان کمک می‌کند تا درمانگر بتواند راهبردهایی را برای گسلس و تغییر کلامی که در خدمت افزایش تمایل‌گرایی است را تسهیل کند. همچنین به تمایز خود مفهوم سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر می‌پردازد. به ارتقای درک فرد بر عدم کنترل افکار می‌پردازد تا فرد، دست از جدال با افکارش برداشته و با پذیرش فعال به کنار گذاشتن اجتناب تجربه‌ای و بازگشت به ارزش‌ها بپردازد. بازگشت به زمان حال یکی دیگر از مولفه‌هایی است در این درمان به آن پرداخته می‌شود. در نهایت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ایجاد تعهد، بازگشت به ارزش‌ها و پیدا کردن موانع و آماده کردن مراجع برای داشتن زندگی که ارزش زیستن دارد، می‌پردازد. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که فرد با راهبردهایی در ارتباط با مسائل و مشکلات پیش آمده از جمله مشکلات زندگی اجتماعی آشنا شده و به بهترین شکل ممکن، راهبردی منطبق با شرایط را اتخاذ نماید.

این درمان باعث می‌شود که فرد بهتر بتواند حمایت‌های دیگران را درک نموده و ارزیابی مثبتی از حوادث و رویدادهای پیرامونی خویش داشته باشد و در نهایت به جای گریز و اجتناب و همچنین فرار از افکار، احساسات و خاطرات خویش، آنها را پذیرفته و سطح انعطاف‌پذیری خویش را در محیط‌های اجتماعی افزایش دهد. در واقع این درمان باعث می‌شود که فرد به جای فرار از محیط‌های اجتماعی و انتخاب انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی در نزد خویش، به درون محیط‌های اجتماعی وارد شده و بتواند ارتباطات سازنده و پویایی را با دیگران داشته باشد و در حقیقت سطح انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی خود را کمتر نماید.

این درمان از این حیث می‌تواند سطح انزوای اجتماعی و احساس طردشدگی را در فرد کاهش دهد که با مسائل و مشکلات با دیدی واقع‌گرایانه برخورد نموده و به جای گوشه‌گیری، انزوا و تنهایی به پذیرش احساسات و افکار ناشی از وقایع پرداخته و خود را با شرایط به وجود آمده منطبق سازد. این درمان سبب می‌شود که فرد به جای جدال و کشمکش با افکار منفی خود، راهکاری مثبت و سازنده در زندگی اجتماعی را در پیش گرفته که چنین راهکاری سبب افزایش تعاملات سازنده، مصاحبت‌های موثر، روابط فعال، احساس دلبستگی و علاقه به دیگران، کاهش محرومیت اجتماعی و کاهش احساس تنفر داشتن نسبت به دیگران می‌شود. زیرا چنین درمانی تا حدود زیادی ذهن فرد را از افکار بد و منفی نسبت به خود و دیگران خالی نموده و فرد به جای داشتن دیدی منفی گرایانه نسبت به دیگران، علاقه به ایجاد روابط پویا با آنان داشته که این امر در نهایت می‌تواند آنها را از انزواگری در محیط‌های اجتماعی و احساس طرد شدن رهایی بخشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی است که بر مبنای پذیرش و تمایل به تجربه کردن افکار و احساسات و راهکاری برای ارتقای سطح انعطاف‌پذیری در جهت همسویی با شرایط فعلی به افراد یاری می‌رساند و همچنین در فرد تعهد و پایبندی به ارزش‌ها و هدف‌ها را شکل می‌دهد که در نهایت با تغییر ارزش‌های زندگی سطح انگیزه و امیدواری را در خود ارتقاء می‌دهد. این درمان فرد را متعهد به حرکت در جهت ارزش‌ها و تمایل به تجربه کردن افکار و احساسات ناخوشایند ناشی از شرایط و مشکلات زندگی اجتماعی خود می‌کند و فرد به جای دوری و فرار از واقعیت از جمله تعارض و ایجاد تنش در محیط اجتماعی، به مشاهده احساسات و افکار پرداخته و تمایل به تجربه کردن آن‌ها را بالا می‌برد. همچنین با کمک و برخورداری از حمایت‌های دیگران، می‌تواند حس طردشدگی و انزوایی را در نزد خویش کاهش دهد. از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد این امکان را می‌دهد که با راهکارهای دیگری برای تمایل افکار و احساسات ناخوشایند آشنا شده و در جهت قطب‌نمای ارزش‌هایش حرکت کند و به ارزیابی مجدد و دوباره‌ای از زندگی اجتماعی خود بپردازد که قطعاً چنین ارزیابی و نگرشی می‌تواند انزوایی اجتماعی و حس طردشدگی را به حداقل خود برساند.

پیشنهاد پژوهش

با توجه به نتیجه فرضیه پژوهش به تمامی مسئولین امر و دست‌اندرکاران بنیاد خیریه برین پیشنهاد می‌شود که برای کاهش هرچه بیشتر مشکلات اجتماعی افراد تحت پوشش خود در رده سنی ۱۵ الی ۱۸ سال از حیث احساسات انزوای اجتماعی و طردشدگی، با برگزاری هرچه بیشتر و مدون دوره‌های درمانی پذیرش و تعهد و بهره‌گیری از اساتید و متخصصان مجرب در این زمینه، هرچه بیشتر این گروه از افراد را از مزایای موثر و کارآمد آن که می‌تواند منجر به کاهش مسائل اجتماعی آنان گردد، بهره‌مند سازند.

منابع و مراجع

- [1] MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain, *PSYCHOLOGICAL BULLETIN*, 131. 202-223.
- [2] Penhaligon N, R. Louis W, & D. Restubog S. Emotional anguish at work: The mediating role of perceived rejection on workgroup mistreatment and affective outcomes. *Journal Of Occupational Health Psychology*. 14:1. 34-45.
- [3] Bastani, S., Rahnamay, F., & Ghazi Nezhad, M. (2013). Social rejection. *SOCIAL STUDIES AND RESEARCH IN IRAN*, 4. 599-626.
- [4] مدرسی یزدی، فائزه السادات؛ فرهمند، مهناز و افشانی، سید علیرضا (۱۳۹۶). بررسی انزوای اجتماعی دختران مجرد و عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد). *مسائل اجتماعی ایران*، ۸، ۱، ۱۲۱-۱۴۳.
- [5] حسین زاده، مجید (۱۳۹۳). تجرد قطعی؛ از دالیل فردی و اجتماعی تا آسیبهای روانی. *روزنامه خراسان صبح ایران*، شماره ۱۸۶۹: ۴.
- [6] حسینی، سید حسن؛ مجید فولادیان و فاطمی امین، زینب (۱۳۸۷). (سنجش و مقایسه میزان پیامدهای انزوای اجتماعی در میان دو گروه توده و نخبه جامعه در دوران سازندگی و اصلاحات). *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱۱: ۱۶۱-۱۸۹.
- [7] سید موسوی، پریسا؛ مظاهری، علی و قتبری، سعید (۱۳۹۱). پذیرش همسر و سازش یافتگی روان شناختی زنان: نقش تعدیل کننده پذیرش والدین. *روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی*، ۸ (۳۲): ۳۷۳-۳۸۳.
- [8] Salehi, A., & NajafiSoulari, F. (2016). Based on acceptance and commitment therapy on post divorce adjustment, emotional well-being, loneliness and hope for divorced women. *Master's thesis in clinical psychology*, Islamic Azad University of Najaf Abad.
- [9] کردآبادی، ذ؛ پورمرادی، صادق، ز؛ و کردآبادی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان روابط مؤثر با دیگران در همسران مردان مبتلا به ام اس شهرستان یزد. *اولین کنفرانس بین المللی پژوهشهای نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.
- [۱۰] موسوی پور، الهام (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب و افسردگی مادران دانش آموزان چند معلولیتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، مشهد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- [۱۱] پورفرج، مجید (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان*. دانش و تندرستی، ۲، ۳۰.
- [12] Ghojavand, K., & Bang, Z. (2016). *Group Training acceptance and commitment on reducing loneliness girls*. Islamic Azad University of Khomeini Shahr master's thesis.
- [۱۳] لطفی، مریم؛ پورشهریاری، مه سیمما؛ نیری، احمد و نوروزی، سوده (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دانشجویان. *چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.
- [۱۴] منظری توکلی، عابد؛ علی پولادی ریشهری (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی پسران دبیرستانی. *نخستین همایش پژوهش در روانشناسی و علوم رفتاری ایران*.
- [۱۵] فیروزآبادی، سیداحمد؛ صادقی، علیرضا (۱۳۹۲). *طرد اجتماعی (رویکردی جامعه شناختی به محرومیت)*. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- [۱۶] شیخاوندی، داور (۱۳۸۶). *جامعه شناسی انحرافات و مسائل جامعه ی ایران*. ناشر: شرکت نشر قطره.
- [17] Silver, H. (2006). *The Process of Social Exclusion: The Dynamics of an Evolving Concept*. University of Manchester Chronic poverty Research Center. pp531-578.
- [18] Peace, R. (2001). Social Exclusion; A concept in Need of Definitio, Knowledge management Group, Ministry of social policy. *social policy Journal of New Zealand*, 16; 17-36.

- [۱۹] امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳). *طراحی الگوی جامعه‌شناختی انزوای اجتماعی در شهر تهران*. رسالهٔ دکترای جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- [۲۰] محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۰). بیگانگی. *نامه‌ی علوم اجتماعی*، ۲، ۲.
- [21] Kohn, M. L. (2012). *Occupational structure and alienation*, *Ads*, 82, 1.
- [۲۲] شیخاوندی، وحید (۱۳۹۴). *جامعه‌شناسی انحرافات و آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: نشر و پخش کتاب، چاپ دوم.
- [۲۳] محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی بیگانگی اجتماعی-فرهنگی، بررسی انزوای ارزشی در دانشگاه‌های دولتی تهران. *فصلنامه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، شماره ۲۶.
- [۲۴] ستوده، هدایت‌الله (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)*. چاپ هجدهم، تهران: انتشارات آوای نور.
- [25] Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, New York, Owl Books.
- [26] British Columbia Ministry of Health (2004). *Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue*.
- [27] Hortulanus, R., Machielse, A., & Ludwien, M (2007). *Social isolation in modern society*. Routledge: London and New York.
- [۲۸] بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۹۴). *روش‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان*، تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- [۲۹] رفیع پور، فرامرز (۱۳۹۵). *آنومی یا آشفتگی اجتماعی*، تهران، سروش.
- [30] Sousa, L., Lyubomirsky, S. (2001). *Life Satisfaction*, In J. Worell (ED.), *Encyclopedia of women and gender: Sex Similsrities and differences and the impact of society on gender*. (Vol. 2, pp.667-676). San Diego, CA: Academic Press.
- [۳۱] نواح، عبدالرضا و تقوی نسب، سید مجتبی (۱۳۸۷). تأثیر احساس محرومیت نسبی بر هویت قومی و هویت ملی. *مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران*، ۸، ۲.
- [۳۲] چلبی، مسعود؛ امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳). تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی. *مجلهٔ جامعه‌شناسی ایران*، ۵(۲)، ۳-۳۱.
- [33] De Jong Gierveld, J (2006). *A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness*. Sage Publications, Volume 28Number 5, 582- 598.
- [34] Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., & Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies. Elsevier*.
- [۳۵] زرگر، فاطمه؛ محمدی، ابوالفضل؛ امیدی، امید؛ سرارودی. (۱۳۹۱). موج سوم رفتاردرمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. دوره ۱۰؛ شماره ۵: ۳۸۳-۳۹۰
- [۳۶] هیز، استون سی و استروسال، کرک. (۱۳۹۴). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. نشر فرانگیزش.
- [37] Hayes, S. C., & Bond, F. W. (2004). *Act at work*. In: Bond F, Dryden W. Editors. *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. West Sussex: John Wiley & sons' Ltd.
- [۳۸] چلبی، مسعود و امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳). تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی، *مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران*، ۵، ۲.
- [۳۹] رجبی، اطهر؛ کاظمیان، سمیه؛ اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۴). پیش‌بینی ادراک طردشدگی براساس طرحواره‌های ناسازگاری اولیه در سالمندان فعال و غیرفعال. *پرستاری سالمندان*، شماره ۲.
- [۴۰] رنجبر، جبار، ترخان، طاهر، خانزاده، عیسی پور (۲۰۱۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودپنداره و احساس طردشدگی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی.
- [۴۱] خادم‌لو، عباسی، شفیعی فوزی (۱۳۹۵). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تعدیل طرحواره نقص‌شرم، کاهش نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا شهرستان گرگان.