

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in the Social Anxiety of Adolescent Orphan Girls

**Monireh Pourfarahani:** M.Sc. student, university of Bojnord, Bojnord, Iran. farahani4900@gmail.com

**Hossein Ahmad Barabadi\*:** Assistant professor, department of educational sciences, counseling and guidance, faculty of humanities, university of Bojnord, Bojnord, Iran. habarabadi@gmail.com

**Ahmad Heydarnia:** Assistant professor, department of educational sciences, counseling and guidance, faculty of humanities, university of Bojnord, Bojnord, Iran. heydarnia\_55@yahoo.com

## Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy in the social anxiety of adolescent orphan girls.

**Methods:** The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design and unequal control. The statistical population of the study was all ten to twenty-year-old orphan and foster adolescent girls in the two centers of Ali's Golestan and Sofraye Sakhavat welfare in Mashhad in year 2017. Sixteen girls who acquired high grades on the pretest of the questionnaire of social anxiety Kanver2000 were selected as the sample population by convenience sampling, and eight girls in each center assigned into the experimental and control groups systematically. Then, ten sessions of the acceptance and commitment therapy were presented for the experimental group. The control group received non. Finally, the posttest was taken from both the experimental and control groups. To analyze the data multivariate analysis of variance and analysis of differential scores were used by the help of SPSS-21 software.

**Results:** Findings show that acceptance and commitment group therapy has been effective in reducing the social anxiety of the experimental group in comparison to the control group. [ $P < 0/05$ ]

**Conclusions:** According to the research findings, it appears that this approach can be used to reduce the social anxiety of adolescent orphan girls.

## Keywords

Social Anxiety

Acceptance and  
Commitment Group  
Therapy

Orphan Girls

\*Corresponding Author  
Study Type: Original  
Received: 01 Apr 2018  
Accepted: 27 Oct 2018

Please cite this  
article as follows:

Pourfarahani M, Ahmad Barabadi H, and Heydarnia A. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in the social anxiety of adolescent orphan girls. *Quarterly journal of social work*. 2019; 8 (4); 5-13

# اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی‌سرپرست

منیره پورفراهانی: دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران. farahani4900@gmail.com

حسین احمد برابادی\*: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران. habarabadi@gmail.com

احمد حیدرنیا: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران. heydarnia\_55@yahoo.com

## واژگان کلیدی

اضطراب اجتماعی

درمان گروهی پذیرش و تعهد

دختران بی‌سرپرست

## چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی‌سرپرست بود.

**روش:** در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست ده تا بیست ساله ساکن در مرکز گلستان علی(ع) و سفره سخاوت از مراکز بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ تشکیل داده است. از دخترانی که در پیش‌آزمون پرسشنامه هراس اجتماعی کانور ۲۰۰۰ نمره بالایی کسب کرده بودند شانزده نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور غیر تصادفی هشت نفر از یک مرکز در گروه آزمایش و هشت نفر از مرکز دیگر در گروه کنترل قرار داده شدند. جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش اجرا شد. برای گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت. یک هفته پس از اتمام جلسات از هردو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در کاهش اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن از جمله اجتناب، ترس و علائم فیزیولوژیک موثر بوده است. [ $P < 0/05$ ]

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به کارآیی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی، به‌نظر می‌رسد با استفاده از این نوع مداخله می‌توان علائم اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی‌سرپرست را کاهش داد.

\* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۰۵

منیره پورفراهانی، حسین احمد برابادی و احمد حیدرنیا. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی‌سرپرست. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۴): ۵-۱۳

نحوه استناد به مقاله:

## مقدمه

یکی از آسیب‌ها و دشواری‌های جوامع موضوع کودکان بی سرپرست است. کودکان بی‌گناهی که در شرایط خاص خانواده خود را از دست می‌دهند و به اجبار بی سرپرست می‌شوند. کودکان بی سرپرست به کودکانی اطلاق می‌شود که به دلایل متعدد از حمایت و نگهداری خانواده محروم بوده‌اند و امکان زندگی در محیط خانواده را ندارند. کودکانی که به طور موقت یا همیشگی سرپرست خود را ازدست داده‌اند و از حمایت‌های مالی و خدماتی و توانایی امرار معاش و گذران زندگی به دلیل وجود مشکلات اقتصادی اجتماعی محروم‌اند. (۱) این کودکان وقتی به سن نوجوانی می‌رسند به دلیل تغییرات شدید جسمانی و روان‌شناختی و شرایط خاص زندگیشان مشکلات مضاعفی را تجربه می‌کنند. (۲ و ۳) دوره نوجوانی، دوره رشد محسوب می‌شود و با تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی زیادی همراه است. (۴ و ۵) سلامت روانی در دوران نوجوانی می‌تواند نقش بسیار مهمی بر کارآمدی و تحرک جامعه ایفا نماید. (۶) پژوهش صادقین، کوشا و گرجی ۲۰۱۰ حاکی از آن است که بسیاری از آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی ناشی از مشکلات دوران نوجوانی است. (۷) از سوی دیگر سوگ ناشی از فقدان خانواده، نوجوانان بی سرپرست را در معرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی، بازدارندگی (۸ و ۹) و احساس محرومیت و شکست و ضربه‌های ناشی از بی سرپرستی تمام ابعاد وجودی نوجوان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۹) و آن‌ها را در معرض سوء استفاده‌های جسمی، جنسی، آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای مجرمانه گوناگون قرار خواهد داد. (۱۰) اضطراب اجتماعی، ترس مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی به‌شمار می‌آید که فرد در معرض توجه دیگران از اینکه عملش تحقیرآمیز باشد واهمه دارد. (۱۱) اجتناب، اضطراب انتظاری، یا پریشانی در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی به‌طور قابل توجهی فعالیت‌های روزمره، کارکرد حرفه‌ای، تحصیلی یا فعالیت‌ها و روابط اجتماعی مهم فرد را با دشواری‌هایی روبرو می‌سازد. (۱۲) برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز وجود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جایگزینی برای اشکال سنتی‌تر روان‌درمانی مانند درمان شناختی رفتاری کلاسیک محسوب می‌شود. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند غیرخطی: ۱- پذیرش، ۲- بودن در لحظه کنونی، ۳- گسلش شناختی، ۴- بافتار انگاشتن خویش، ۵- شناسایی ارزش‌ها، ۶- عمل متعهدانه؛ است. نتیجه این انعطاف‌پذیری، افزایش خزانه رفتاریست به طوری که فرد از دام رفتارهای محدود که صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات و خاطره‌ها انجام گیرد، رها می‌شود. (۱۳) مفروضه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی، جزء بهنجار انسانی است. (۱۴) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در آغاز افزایش پذیرش روانی تجارب ذهنی شامل: افکار، احساسات و غیره مورد توجه قرار می‌گیرد تا به تبع آن راهبردهای ناکارآمد کنترلی و اجتنابی کاهش یابد. سپس به افراد آموخته می‌شود تا از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابند. (۱۵) در گام بعد تلاش می‌شود تا فرد از تجارب ذهنی‌اش گسلیده شود به طریقی که بتواند مستقل از تجارب ساخته ذهنش عمل کند و از تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی مثل قربانی بودن که فرد برای خود در ذهنش می‌سازد جدا گردد. همچنین به فرد کمک می‌شود که ارزش‌هایش را بشناسد و اهدافی را برای رسیدن به ارزش‌هایش تنظیم نمایند. در انتها، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های شناسایی شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی اتفاق می‌افتد. (۱۳) این تجارب ذهنی می‌توانند افکار و سواستی، افسرده کننده، افکار مرتبط با هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و غیره باشند. (۱۶)

مطالعات متعدد حاکی از شواهدی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انواع اختلالات خلقی (۱۷) از جمله اختلالات افسردگی (۱۸) مانند افسردگی همراه با اضطراب یا پسیکوز؛ اختلالات اضطرابی (۱۹) مانند وسواس، (۲۰) پانیک، اضطراب منتشر، (۲۱) استرس پس از حادثه، (۲۲ و ۲۳) هراس و ترس از اجتماع (۲۴) و غیره را نشان می‌دهد. پژوهش‌های منشئی و جوانبخت ۱۳۹۵ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت حس پذیرش نسبت به وقایع ناخواسته زندگی، قدرت انطباق و تعهد به آینده، میزان سازگاری و امید را افزایش می‌دهد و منجر به افزایش معنا در زندگی و کاهش احساس تنهایی نوجوانان بی سرپرست می‌شود. (۲۵) در پژوهش‌هایی، تاثیر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی بر درمان اضطراب اجتماعی دانشجویان (۲۶) و دانش آموزان (۲۷) نشان داده شده است، همچنین دو پژوهش دیگر درباره اثربخشی این رویکرد در درمان اضطراب اجتماعی انجام گرفته است. در یکی از آن‌ها بیماران به صورت گروهی (۲۸) و در

نسبت به نوجوانانی دیگر دارای اختلالات شناختی، رفتاری، رشدی و هیجانی بیشتری هستند. (۳۰) بنابراین این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است آیا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی‌سرپرست موثر واقع خواهد شد؟

دیگری به صورت فردی (۲۹) درمان شدند. گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کمک به طیف وسیعی از اختلالات روانی از جمله اضطراب اجتماعی در جوامع عادی همان‌گونه که ذکر شد موثر بوده است، اما دسترسی نداشتن به مطالعاتی در مورد اثربخشی این درمان بر اضطراب اجتماعی جوامع ویژه و خاص از جمله دختران نوجوان بی‌سرپرست که جمعیت آن‌ها در جامعه ما رو به ازدیاد است و اضطراب اجتماعی بیشتری را به خاطر شرایط رشدی و زندگی‌شان تجربه می‌کنند، ضروری به نظر رسید چراکه تحقیقات نشان داده است که عامل بی‌سرپرستی اثرات منفی زیادی بر تحول روانی، اجتماعی و شناختی نوجوانان می‌گذارد (۵) و نوجوانانی که در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شوند،

## روش

در این پژوهش شبه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر استفاده شده است. جامعه‌آماری این پژوهش را کلیه دختران نوجوان بی‌سرپرست یا بد سرپرست ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی در دو مرکز گلستان علی<sup>(۱)</sup> و سفره سخاوت مشهد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل داده است. بدین منظور، با مراجعه به دو مرکز بهزیستی گلستان علی<sup>(۲)</sup> و سفره سخاوت شهر مشهد، از دختران نوجوان بی‌سرپرست در دسترس مقیم در آن مراکز دعوت به عمل آمد و در طی جلسه‌ای اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. سپس پرسشنامه کانور ۲۰۰۰ به روی کلیه دختران بی‌سرپرست و بد سرپرست ده تا بیست ساله ساکن دو مرکز مذکور اجرا شد و در نهایت شانزده نفر از افراد در دسترس که در پیش‌آزمون نمره بالایی از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور ۲۰۰۰ کسب کرده بودند، انتخاب شدند. به دلیل عدم اجازه خروج دختران نوجوان از مراکز بهزیستی، انتخاب به‌طور غیر تصادفی صورت گرفت. هشت نفر از مرکز گلستان علی<sup>(۱)</sup> به‌عنوان گروه آزمایش و هشت نفر از مرکز سفره سخاوت به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت. یک هفته پس از اتمام جلسات، بار دیگر پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور ۲۰۰۰ از تمامی اعضای گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل گردید و پژوهشگر به مراجعان اطمینان داد که نتایج پرسشنامه و کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی محرمانه خواهد بود.

## ملاک‌های ورود و خروج

**ملاک‌های ورود:** دامنه سنی ده تا بیست سال، کسب نمره بالاتر از خط برش چهل در پرسشنامه اضطراب کانور ۲۰۰۰.  
**ملاک‌های خروج:** غیبت بیش از دو جلسه، پاسخ ندادن به پرسشنامه‌ها و شرکت در سایر جلسات آموزشی به‌طور هم‌زمان.  
**ابزار پژوهش:** در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور ۲۰۰۰ استفاده گردید. پرسشنامه هراس اجتماعی در سال دو هزار میلادی توسط کانور و همکارانش به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد، که سه حیطه بالینی اضطراب اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی هفده ماده‌ایست و از سه مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک تشکیل شده است. ترس شامل شش ماده که توسط سوالات یک، سه، پنج، ده، چهارده و پانزده؛ اجتناب شامل هفت ماده توسط سوالات چهار، شش، هشت، نه، یازده، دوازده و شانزده و ناراحتی فیزیولوژیک شامل چهار ماده توسط سوالات دو، هفت، سیزده و هفده ارزیابی می‌گردد. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای است. امتیاز هرکدام از گزینه‌ها به ترتیب اصلاً معادل صفر، کم معادل یک، تا حدودی معادل دو، زیاد معادل سه و خیلی زیاد معادل چهار است. بر اساس نتایج به‌دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش چهل با کارایی دقت تشخیص هشتاد درصد و نقطه برش پنجاه با کارایی هشتاد و نه درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با هفتاد و هشت صد و نه درصد و ضریب

جدول (۱) عناوین کلی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و جلسات آموزشی

جلسه // هدف جلسه // تکنیک جلسات // شرح جلسه // (زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه)

۱ // دور ماندن از مسیر آسیب، حفاظت از خود در برابر خطر اجتماعی // بررسی ترسناک‌ترین موقعیت‌های اجتماعی، موقعیت‌های اجتناب شده، هزینه‌هایی که برای اجتناب پرداخته شده است. // باز کردن شاخص‌ها، آشنایی اعضا به‌طور دوه‌دو باهم و معرفی یکدیگر، خوردن ذهن آگاه، بررسی سبک‌های بی‌خطر اعضا و تعامل تیمی جایگزینی سبک حیاتی با سبک بی‌خطر

۲ // پذیرش / تمایل، گشودگی و اجازه دادن به تجربه برای اینکه دقیقاً همان‌طور که هست باشد // تمرین تله‌های انگشتی، تمرین زحمت جنگ با هیولای اضطراب، استعاره خوش‌آمد گویی به عمو لنو // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی مشاهده کوه، راه‌آهن و ریل قطار، استعاره آشپز نیاگارا

۳ // شناسایی ارزش‌ها و اهداف افراد // تمرین جشن تولد هشتاد سالگی و بیان Abs استعاره جهت‌یابی // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی اسکن بدن، مرور تجارب اعضا دوه‌دو در تمرین جشن تولد هشتاد سالگی و بیان Abs استعاره جهت‌یابی، شناسایی ارزش‌ها و اهداف گروه و به اشتراک‌گذاری آن، معرفی کاربرگ انتخاب اهداف

۴ // گسلسن شناختی ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، انتخاب مسیری به سمت ارزش‌ها // به‌کارگیری راهبردهای گسلسن خندق معنی افکار، تکرار کلمه ملال‌آور با صدای بلند و صورت سریع، آواز خواندن افکار، کند کردن افکار، تشکر از ذهن و گسلسن از دکتر قبل، نام‌های واقعی به افکار، مشاهده افکار با استعاره آشپز، برگ‌های روی جویبار یا ایرهای در آسمان، آگاهی از تفکر، رها کردن اماها // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تنفس، صدا و افکار، تمرین تجربی والیبال ذهنی اضطراب،

۵ // تغییر تمایل و بودن با اضطراب، پذیرش احساسات و افکار و گشودگی نسبت به تجربه // به‌کارگیری استعاره پریدن، نفس کشیدن از طریق یک نی، دوییدن در یک نقطه، بالا کشیدن سر و چند نفس کوتاه پیش از حبس نفس // مرور جلسه قبل، تمرین نگاه‌داشتن تنفس و ثبت زمان نگهداری تنفس، تمرین‌های بودن با اضطراب

۶ // اتخاذ عمل حیاتی // شعر مهمانخانه، تمرین‌های اتخاذ عمل حیاتی // مرور جلسه قبل، دیدن ذهن آگاه، پذیرش احساسات و افکار

۷ // اتخاذ عمل حیاتی (ادامه) و پیمودن اهداف // کاربرگ عمل حیاتی // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تصور عمل حیاتی

۸ // اتخاذ عمل حیاتی بر اساس اهداف منحصربه‌فرد اعضا // شناسایی جزئیات تمرین اتخاذ عمل حیاتی همراه با اهداف و ارزش‌ها // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی ترویج دلسوزی برای خود

۹ // اتخاذ عمل حیاتی (ادامه) // تمرین‌های اتخاذ عمل حیاتی همراه اجرای دستورالعمل چشم‌بسته // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی عشق - مهربانی

۱۰ // موضوع جلسه: خاتمه دادن و جلو رفتن // خلاصه و مرور جلسات // مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تصور عمل حیاتی، خاتمه دادن تمرین‌های اتخاذ عمل حیاتی

همسانی درونی آن یا آلفای کرونیباخ در یک گروه بهنجار نود و چهار صدم گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس هشتاد و نه صدم، اجتناب نود و یک صدم و ناراحتی فیزیولوژیکی هشتاد صدم گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌ها با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری باهم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است. (۳۱)

جلسات مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کتاب ذهن آگاهی و پذیرش بر پایه گروه درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی: راهنمای درمان؛ نوشته شده توسط فلمینگ و کوکوسکی ۲۰۱۴ در جدول شماره یک قابل مشاهده است. در این پژوهش سطح معناداری پنج صدم در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس استفاده گردید. به‌علاوه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

جدول (۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی	آزمایش	۴۹/۲۵	۳/۸۴	۲۴/۱۲	۱۱/۱۰
	کنترل	۵۰/۷۵	۲/۲۵	۴۹/۷۵	۳/۶۹
ترس	آزمایش	۱۶/۸۷	۲/۷۹	۸/۳۷	۴/۵۰
	کنترل	۱۷/۳۷	۲/۱۳	۱۷/۱۲	۲/۶۴
اجتناب	آزمایش	۲۰/۲۵	۱/۶۶	۱۰/۸۷	۴/۰۵
	کنترل	۲۰/۸۷	۰/۹۹	۲۰/۵۰	۱/۹۲
علائم فیزیولوژیک	آزمایش	۱۱/۳۷	۲/۸۲	۴/۸۷	۴/۷۶
	کنترل	۱۲/۸۷	۱/۷۲	۱۲/۱۲	۲/۱۰

همان‌طور که در جدول شماره دو قابل مشاهده است، میانگین متغیرها در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد، درحالی که در پس‌آزمون نمرات دو گروه آزمایش و کنترل متفاوت است.

به‌دلیل برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون  $P < 0/05$ ، به‌جای تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس نمرات تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. که در ادامه پیش‌فرض‌های آن آورده شده است. آماره لوین به ترتیب برای متغیرهای ترس  $F = 0/03$ ،  $P > 0/05$  و اجتناب  $F = 0/91$   $P > 0/05$  در سطح پنج صدم معنی‌دار نیست در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. در متغیر اضطراب اجتماعی  $F = 8/13$ ،  $P < 0/05$  و مولفه علائم فیزیولوژیک  $F = 10/90$ ،  $P < 0/05$  مفروضه همگنی واریانس برقرار نیست. به دلیل برابری تعداد آزمودنی‌ها در سطوح متغیر مستقل می‌توان این ناهمگنی را نادیده گرفت. (۳۲) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. نتایج آماره کلموگروف اسمیرنوف  $P > 0/05$  نشان داد مفروضه نرمال

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس تفاضل نمره پیش آزمون و پس آزمون

اضطراب اجتماعی						
تفاضل نمره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
بین گروهی	۲۳۲۸/۰۶	۱	۲۳۲۸/۰۶	۳۹/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۷۳۷
درون گروهی	۸۳۲/۸۷	۱۴	۵۹/۴۶	-	-	-
کل	۳۱۶۰/۹۳	۱۶				

بودن توزیع نمرات تفاضل محقق شده است. مقادیر احتمال  $P < ۰/۰۵$  برای آزمون t نشان می دهد که بین میانگین نمرات تفاضلی متغیرهای پژوهش در آزمودنی ها تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

در ابتدا فرضیه کلی پژوهش از طریق تحلیل واریانس یک راهه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره سه آورده شده است و در ادامه فرضیه های فرعی نیز بررسی می شود.

با توجه به جدول شماره سه ملاحظه می شود، مقدار F به دست آمده مربوط به اثر متغیر مستقل برابر با  $۳۹/۱۳$  و در سطح آماری کمتر از پنج صدم معنی دار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی دختران نوجوان بی سرپرست گروه آزمایش اثر داشته و تفاوت معنی داری بین میانگین های گروه آزمایش با گروه کنترل ایجاد کرده است. همچنین بر اساس ضریب اتا،  $۰/۷۳۷$  تاثیر، از تفاوت گروه ها در نمره اضطراب اجتماعی مربوط به تاثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. نتایج آزمون ام با کس  $P > ۰/۰۵$ ،  $F = ۱/۴۰$  نشان داد، ماتریس های واریانس کوواریانس در پیش آزمون برای مولفه های اضطراب اجتماعی یکسان است. بنابراین جهت تعیین اثر متغیر مستقل بر مولفه های اضطراب اجتماعی می توان از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد. همان گونه که نتایج جدول شماره چهار نشان می دهد اثر پیلائی بیانگر آن است که بین گروه آزمایش و کنترل در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشخص شدن این تفاوت

جدول (۴) تحلیل واریانس چند متغیری بر میانگین

نمرات تفاضل متغیرها در گروه آزمایش و کنترل						
گروه	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مقدار احتمال	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۸۷	۱۹/۳۰	۴	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون مولفه های اضطراب اجتماعی

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
ترس از ارزیابی منفی	۲۷۲/۲۵	۱	۲۷۲/۲۵	۳۸/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۷۳۲
اجتناب تجربه ای	۳۲۴	۱	۳۲۴	۲۷/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹
علائم فیزیولوژیکی	۱۳۲/۲۵	۱	۱۳۲/۲۵	۸/۵۱	۰/۰۱۱	۰/۳۸۷

از تحلیل واریانس تک متغیره در خروجی تحلیل واریانس چندمتغیره می توان استفاده کرد که نتایج آن در جدول شماره پنج آمده است

با توجه به مقدار موجود در جدول شماره پنج بین گروه کنترل و آزمایش در تمامی مولفه ها تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی، اجتناب تجربه ای و علائم فیزیولوژیکی شده است. میزان ضریب اتا نشان می دهد که هفتاد و سه درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون متغیر ترس از ارزیابی منفی، شصت و پنج درصد اجتناب تجربه ای و همچنین بیش از سی و هشت درصد علائم فیزیولوژیکی مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. همچنین توان آزمون برای همه متغیرها ترس به دست آمده است.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی و مولفه های مرتبط با آن در دختران نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست موثر است. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته های پژوهش های قبلی (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۳۰) همسو است.

آنچه در تبیین نتایج یافته های پژوهش حاضر می توان گفت این است که اضطراب اجتماعی بر اساس دیدگاه ACT همان کارکرد اجتناب تجربه ای را همچون سایر اختلالات روان پزشکی دارد. افراد دارای این اختلال از قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی و ارتباط با دیگران می هراسند چون تصور می کنند که در چنین موقعیت هایی ظاهر، شخصیت و توانایی هایشان مورد ارزیابی و قضاوت منفی قرار می گیرند و در نتیجه احساس عدم پذیرش، شرم، خجالت، حقارت و افسردگی نموده (۱۶) و نهایتاً ترجیح می دهند که تنها بمانند و از روبرو شدن با محیط های اجتماعی، اجتناب کنند. اجتناب تجربه ای وضعیتی را در فرد ایجاد می کند که بر اساس دیدگاه ACT انعطاف ناپذیری روان شناختی نامیده می شود که خود باعث تثبیت و افزایش

اضطراب اجتماعی می‌گردد.

هدف ACT انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که از طریق یک فرآیند غیرخطی و مداخله در حوزه‌های شش‌گانه متعامل که با همدیگر ارتباط درونی دارند انجام می‌شود. (۱۵) در ادامه دلایل اثربخشی ACT بر اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن از جمله ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیک بر اساس حوزه‌های شش‌گانه انجام می‌گیرد. تمام مداخلات و تمرین‌هایی که در پروتکل درمانی آمده‌اند از مدخل همین حوزه‌های شش‌گانه اثر گذار بودند.

ارزشمند زیستن هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. ارزش‌ها جهت‌گیری‌های منتخب زندگی هستند که افراد عموماً می‌خواهند به آن‌ها دست‌یابند. ارزش‌ها تمایل به داشتن افکار و احساسات ناخوشایند و نامطلوب را افزایش داده و دردی را که در راستای رسیدن به ارزش‌ها باشد، ارج می‌نهند. (۱۳) کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست بنا به تجارب زیسته‌شان به احتمال زیاد در شناسایی ارزش‌های روشنی که بر اساس آن بتوانند زندگیشان را هدایت نمایند مشکل دارند. آزمودنی‌ها با تامل و درگیر شدن با سوالات و استعاره‌های مرتبط، ارزش‌های زندگیشان را تصریح نمودند. آزمودنی‌ها بعد از شناسایی ارزش‌های زندگیشان دریافته‌اند که اجتناب از افکار و احساسات اجتناب‌ناپذیر منجر به یک زندگی محدود و بی‌روح می‌شود. درحالی که تمرکز بر ارزش‌ها باعث سرزندگی شده و تمایل به تجربه درد برای ارزشمند زیستن را افزایش می‌دهد و به فرد انگیزه می‌دهد که رفتارهای جدید را امتحان نموده و باعث افزایش خزانه رفتاری فرد می‌گردد.

حوزه دیگر مداخلات ACT برای کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد حوزه "خود مفهوم‌پردازی" شده است. کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست به علت بافتار محیطی

متفاوت که در آن زندگی می‌کنند غالباً خود را به گونه‌ای ضعیف و منفی تعریف می‌کنند (۸) و با چسبیدن به تعاریفی که ساخته ذهنشان است و واقعیت‌پنداشتن آن‌ها دامنه عملکرد خود را محدود نموده و تمایل به آزمودن رفتارهای جدید را از دست می‌دهند و در نهایت اضطرابشان را شدت می‌بخشند. ACT با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌های مختلف به آزمودنی‌ها کمک نمود تا خود را به عنوان زمینه در نظر بگیرند و بتوانند خود را جدای از افکارشان تعریف کنند. (۱۳) این مداخلات به آن‌ها کمک نمود بدون این که خود را مقهور افکار و احساسات منفیشان ببینند فقط به عنوان یک ناظر بیرونی آن‌ها را در درونشان مشاهده کنند. (۱۵) این دیدگاه به مراجعان کمک نمود، زمانی که در موقعیت‌های اجتماعی، افکار منفی درباره خودشان به سراغشان می‌آید فقط آن‌ها را مشاهده نموده و در راستای ارزش‌هایشان حرکت نمایند. به نظر می‌رسد این اقدامات به کاهش اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور بیانجامد. ارتباط ضعیف با زمان حال و تسلط مفهوم گذشته و آینده ترسناک یکی از حوزه‌های مداخله‌ای ACT است که هدف آن کمک به مراجعان است که تحت تاثیر ارزیابی‌های گذشته و طرح‌واره‌های حل مساله برای آینده قرار نگیرند (۱۴) و همچنین آن‌ها را به سمت تماس با تجارب فعلی زندگی ببرند. (۱۸) مداخلاتی که از طریق تمرینات توجه آگاهی انجام شد به آزمودنی‌ها کمک نمود تا حالت پذیرش افکار و احساسات را به سکویی برای پرش به سوی ارزشمند زیستن تبدیل کند. پذیرش افکار و احساسات اجتناب تجربه‌ای را کاهش داد و باعث شد آزمودنی‌ها اقدامات متعهدانه به سمت ارزش‌هایشان را انتخاب نمایند. به نظر می‌رسد نتیجه این مداخلات به کاهش مولفه اجتناب در اضطراب اجتماعی منجر شده است.

اجتناب تجربه‌ای که حوزه دیگر مداخلات ACT است، به معنای تلاش برای از بین بردن یا مقاومت در برابر تماس با افکار، احساسات، حس‌های بدنی و دیگر رویدادهای درونی ناخوشایند است. (۱۴) افراد دارای اضطراب اجتماعی هیجان‌های ناخوشایندی مثل ترس، شرم، خجالت، حقارت و احساسات بدنی مثل عرق زیاد، افزایش ضربان قلب، سرخ شدن چهره را زمانی که به صورت واقعی یا ذهنی در موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند تجربه می‌نمایند. (۳۳) نوجوانان در فرآیند درمان کارایی این نگاه به تجارب درونی را به عنوان مشکلاتی که باید حذف شوند به چالش طلبیدند و نوع ارتباطشان را با این تجارب تغییر دادند. آن‌ها به جای اجتناب، موضع پذیرش را اتخاذ نمودند. پذیرش یعنی تمایل به اینکه آنچه شخص تجربه می‌کند، تجربه‌ای کامل و بدون دفاع باشد. آزمودنی‌ها از طریق مداخلات پذیرش یاد گرفتند خودشان را به خاطر تجارب درونی ناخوشایند سرزنش نکنند، برای تغییر تجارب خصوصی تلاش کنند و تمایل داشته باشند با وجود تجارب درونی ناخوشایند همچون هیجان‌ات و احساسات بدنی در راستای زندگی

خرانه رفتاری نوجوانان بی سرپرست، در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا اضطراب اجتماعی آنان کاهش می‌یابد.

**محدودیت‌ها:** محدود بودن پژوهش‌های صورت گرفته در مورد نوجوانان بی سرپرست، مقایسه و ارزیابی یافته‌ها را دشوار می‌نمود، اجرا نکردن مرحله پیگیری به دلیل مشکلاتی از قبیل کمبود وقت و در دسترس نبودن افراد نمونه پژوهشی، شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی، امکان ناپذیر بودن انجام نمونه‌گیری تصادفی با توجه به مقررات بهزیستی از محدودیت‌های این پژوهش بود.

**پیشنهادها:** در تحقیقات آینده، این درمان بر روی سایر گروه‌های سنی، جنسی، حوزه‌های روان‌شناختی و نمونه‌های دیگر با افزایش تعداد افراد گروه آزمایش و کنترل جهت افزایش میزان اعتبار بیرونی پژوهش انجام شود و با نتایج سایر روش‌های درمانی مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود اثرات دراز مدت این رویکرد نیز مورد بررسی قرار گیرد.

**سپاسگزاری:** از کلیه مسولین محترم بهزیستی جهت اجازه ورود در مراکز بهزیستی و همکاری، سپاس گذاری می‌شود. همچنین از کلیه دختران نوجوان شرکت کننده مستقر در مراکز بهزیستی، کارکنان و مددکاران اجتماعی جهت همکاری با پژوهشگر تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

**تضاد منافع:** در این پژوهش تضاد منافی بین نویسندگان وجود نداشته است. این مطالعه بدون حمایت مالی انجام شده است و تمامی یافته‌های پژوهش به‌طور دقیق و شفاف بیان شده است.

ارزشمند حرکت کنند. به نظر می‌رسد این مداخله عامل موثری در کاهش مولفه ترس و علائم فیزیولوژیک آن در اضطراب اجتماعی باشد. همجوشی شناختی یکی دیگر از کانون‌های مداخله ACT است و زمانی رخ می‌دهد که افراد به‌جای تجربه مستقیمی که با دنیا دارند، توسط محتوای کلامی افکارشان هدایت شوند. افراد دارای اضطراب اجتماعی خودگویی‌ها و افکار منفی راجع خود، دیگران و موقعیت‌های اجتماعی دارند (۱۳) و به دلیل همجوشی با این افکار و عدم تمایز بین واقعیت و افکار از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب و زندگی محدودی را تجربه می‌کنند. در طی مداخلات ACT آزمودنی‌ها با استفاده از راهبردهای نا همجوشی یا گسلس واقعیت انگاری افکار را به چالش طلبیدند و افکارشان را فقط به‌عنوان افکار دیدند نه حقایق مسلم. نا همجوشی، آزمودنی‌ها را رها می‌سازد تا به‌جای عمل بر اساس کلامی، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط کنونی‌شان عمل کنند. به نظر می‌رسد این مداخلات در کاهش مقیاس اجتناب از اضطراب اجتماعی موثر بوده است. بی‌فعالیتی مداوم، تکانش‌گری یا اجتناب، آخرین حوزه مداخله ACT است و به پاسخ‌هایی اشاره دارد که افراد را از نزدیک شدن به جهت‌گیری‌های ارزشمندشان بازمی‌دارند. (۱۵) طی مداخلات انجام شده آزمودنی‌ها بعد از شناسایی ارزش‌ها، پذیرش تجارب درونی ناخوشایند و ارتباط با لحظه‌ی اکنون، تمایل به انجام رفتارهای متعهدانه همسو با ارزش‌ها را پیدا نموده و شروع به امتحان کردن رفتارهای جدید در موقعیت‌هایی که قبلاً اجتناب می‌کردند نمودند. این امر باعث افزایش خزینه رفتاری آن‌ها و در نهایت افزایش انعطاف‌پذیری گردید. به نظر می‌رسد انجام رفتارهای متعهدانه بر کاهش مقیاس اجتناب تاثیر گذاشته است. از این‌رو مجموع راهبردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و افزایش خزانه رفتاری افراد گردیده که هدف بنیادین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز محسوب می‌شود. پژوهش استادیان خانی و فدایی مقدم ۱۳۹۵ نشان داد که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود. (۳۴) بنابراین می‌توان گفت با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و افزایش

منابع

References:

1. Soltani Ghahfarokhi Z, Salehzadeh M, Asaadi S. The role of individual and contextual characteristics in predicting resilience among child/teens living at family-like community centers. Quarterly journal of social work. 2018;7(3):52-60. [Persian].
2. Purohit SP, Pradhan B. Effect of Yoga program on executive functions of adolescents dwelling in an orphan home: a randomized controlled study. Journal of traditional and complementary medicine. 2017;7(1):99-105.
3. Embleton L, Nyandat J, Ayuku D, Sang E, Kamanda A, Ayaya S, et al. Sexual behavior among orphaned adolescents in western Kenya: a comparison of institutional-and family-based care settings. Journal of adolescent health. 2017;60(4):417-424.
4. Moodi M, ZamaniPour N, SharifZadeh Gh, Akbari-Bourang M, Salehi S. Evaluating Puberty health



- program effect on knowledge increase among female intermediate and high school students in Birjand. Journal of Birjand university of medical sciences. 2006;13(4):9-15. [Persian].
5. Fayazi, Kiani J. A survey on the mental health status of the adolescents in Shahid Dastgheyb and Na-maazi orphanages of Shiraz. 2011. [Persian].
  6. Solhi M, Sadeghi A, Roudbari M. The effect of group discussion education on mental health preventive behaviors in adolescence school girls. 2012. [Persian].
  7. Sadeghian E, Kosha M, Gorji S. The study of mental health status in high school female students in Hamadan city. Scientific journal of Hamadan university of medical sciences. 2010;17(3):39-45. [Persian].
  8. Avakyan T, Volikova S, Sorokova M. The influence of the social situation of development on the social cognition in the children-orphan. Clinical psychology and special education. 2019;8(1):19-32.
  9. Shakiba M, Ziai M. Comparative study of mental health of female students living in dormitories of welfare organization and university of Sistan & Balouchestan. 2012. [Persian].
  10. Iravanian A. Revictimity of sexual victims in the context of the community's response and criminal justice system. 2010. 1-24. [Persian].
  11. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American psychiatric pub; 2013.
  12. McGonagle KA. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. Arch gen psychiatry. 1996;53:159-168.
  13. Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy: New Harbinger publications; 2019.
  14. Zettle RD, Gird SR. Acceptance and mindfulness-based interventions. 2017.
  15. Bennett R, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques: Routledge; 2019.
  16. Erozkan A. The relationship between attachment styles and social anxiety: an investigation with Turkish university students. social behavior and personality: an international journal. 2009;37(6):835-844.
  17. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. Behavior modification. 2011;35(3):265-283.
  18. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. Psychiatric clinics. 2017;40(4):751-770.
  19. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(5):750.
  20. Ona PEZ. Living Beyond OCD using acceptance and commitment therapy: a workbook for adults: Routledge; 2020.
  21. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behavior therapy. 2007;38(1):72-85.
  22. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior modification. 2005;29(1):95-129.
  23. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: a case study. Cognitive and behavioral practice. 2009;16(3):243-252.
  24. López-Herrera F, Salas-Harms H. Investigación cualitativa en administración. Cinta de moebio. 2009(35):128-145.
  25. Javanbakht Z, Manshey G. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center. Quarterly journal of social work. 2017;5(4):39-42. [Persian].
  26. Omran MP. Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. Open journal of psychiatry. 2011;1(3):106-109.
  27. Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia. Journal of Ardabil university of medical sciences. 2014;14(4):412-423. [Persian].
  28. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. International journal of psychology and psychological therapy. 2006;6(3).
  29. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. behavior modification. 2007;31(5):543-68.
  30. Simsek Z, Erol N, Öztöp D, Münir K. Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. Children and youth services review. 2007;29(7):883-99.
  31. Salajegheh S, Bakhshani N. Effectiveness of combined group exposure therapy and coping with stress skills training on social anxiety rate of university students. Knowledge and research in applied psychology. 2014;15(56):96-104. [Persian].
  32. Shavelson RJ. Statistical reasoning for the behavioral sciences. 1988.
  33. Association AP. Association, AP diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA, US. American psychiatric publishing, inc; 1995.
  34. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons. Archives of rehabilitation. 2017;18(1):63-72.