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 Mashhadin 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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

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. جامعه‌آماری 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 کانور۲۰۰۰ 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<۰/۰۵]

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

نحوه استناد به مقاله: 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 (٤): ۱۳-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

مقدمه

یکی از آسیب‌ها و دشواری‌های جوامع موضوع کودکان بی‌سرپرست است. کودکان بی‌گناهی که در شرایط خاص خانواده خود را از دست می‌دهند و به‌اجبار بی‌سرپرست می‌شوند. کودکان بی‌سرپرست به کودکانی اطلاق می‌شود که به‌دلایل متعدد از حمایت و نگهداری خانواده محروم بوده‌اند و امکان زندگی در محیط خانواده را ندارند. کودکانی که به‌طور موقت یا همیشگی سرپرست خود را ازدست‌داده‌اند و از حمایت‌های مالی و خدماتی و توانایی امرارمعاش و گذران زندگی به‌دلیل 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.(۲و۳) دوره نوجوانی، دوره رشد محسوب می‌شود و با تغییرات فیزیکی و روان‌شناختی زیادی همراه است.(٤و٥) سلامت روانی در دوران نوجوانی می‌تواند نقش بسیار مهمی بر کارآمدی و تحرک جامعه ایفا نماید.(٦) پژوهش صادقیان، 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 بی‌سرپرست را در معرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی، بازدارندگی(۵و۸) و احساس محرومیت و شکست و ضربه‌های ناشی از بی‌سرپرستی تمام ابعاد وجودی نوجوان را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۹) و آن‌ها را در معرض سوءاستفاده‌های 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 قابل‌توجهی فعالیت‌های روزمره، کارکرد حرفه ای، 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 انعطاف پذیری، افزایش خزانه رفتاریست به‌طوری که فرد از دام رفتارهای محدود که صرفا 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 قابل‌توجهی از پریشانی روان‌شناختی، جزء بهنجار انسانی است.(١٤) در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در آغاز افزایش پذیرش روانی تجارب ذهنی شامل: افکار، احساسات و غیره موردتوجه قرار می‌گیرد تا به‌تبع 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 شناسایی‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی اتفاق می‌افتد.(۱۳) این تجارب ذهنی می‌توانند افکار وسواسی، افسرده کننده، افکار مرتبط با هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و غیره باشند.(١٦)

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،(۲۲و۲۳) هراس و ترس از اجتماع(٢٤) و غیره را نشان می‌دهد. پژوهش منشئی و جوانبخت۱۳۹۵ 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 منجربه افزایش معنا در زندگی و کاهش احساس تنهایی نوجوانان بی‌سرپرست می‌شود.(۲۵) درپژوهش‌هایی، تاثیر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی بر درمان اضطراب اجتماعی دانشجویان(۲٦) و دانش آموزان(۲۷) نشان داده شده است، همچنین دو پژوهش دیگر درباره اثربخشی این رویکرد در درمان اضطراب اجتماعی انجام گرفته است. دریکی از آن‌ها بیماران به‌صورت گروهی(۲۸) و در

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

دیگری به‌صورت فردی(۲۹) درمان شدند. گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کمک به طیف وسیعی از اختلالات روانی ازجمله 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 ازجمله دختران نوجوان بی‌سرپرست که جمعیت آن‌ها در جامعه ما رو به ازدیاد است و اضطراب اجتماعی بیشتری را به‌خاطر شرایط رشدی و زندگیشان تجربه می‌کنند، ضروری به‌نظر 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، 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؟

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(ع) و سفره سخاوت مشهد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل داده است. بدین منظور، با مراجعه به دو مرکز بهزیستی گلستان علی(ع) و سفره سخاوت شهر مشهد، از دختران نوجوان بی‌سرپرست در دسترس مقیم در آن مراکز دعوت به‌عمل آمد و در طی جلسه‌ای اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. سپس پرسشنامه کانور۲۰۰۰ به روی کلیه دختران بی‌سرپرست و بد سرپرست ده تا بیست ساله ساکن دو مرکز مذکور اجرا شد و درنهایت شانزده نفر از افراد در دسترس که در پیش‌آزمون نمره بالایی از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور۲۰۰۰ کسب کرده بودند، انتخاب شدند. به‌دلیل عدم اجازه خروج دختران نوجوان از مراکز بهزیستی، انتخاب به‌طور غیر تصادفی صورت گرفت. هشت نفر از مرکز گلستان علی(ع) به‌عنوان گروه آزمایش و هشت نفر از مرکز سفره سخاوت به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای به‌صورت 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 کانور۲۰۰۰ 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 ارایه‌شده 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 کانور۲۰۰۰.

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 کانور۲۰۰۰ 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 مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است. امتیاز هرکدام از گزینه‌ها به ترتیب اصلا معادل صفر، کم معادل یک، تا حدودی معادل دو، زیاد معادل سه و خیلی زیاد معادل چهار است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده 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 صدم تا هشتاد و نه صدم بوده و ضریب

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

همسانی درونی آن یا آلفای کرونباخ در یک گروه بهنجار نود و چهار صدم گزارش‌شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس هشتاد و نه صدم، اجتناب نود و یک صدم و ناراحتی فیزیولوژیکی هشتاد صدم گزارش‌شده 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 ذهن‌آگاهی و پذیرش بر پایه گروه‌درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی: راهنمای درمان؛ نوشته‌شده توسط فلمینگ و کوکوسکی۲۰۱٤ 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

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 پرداخته‌شده است./// باز کردن شاخص‌ها، آشنایی اعضا به‌طور دوبه‌دو 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 دقیقا همان‌طور که هست باشد/// تمرین تله‌های انگشتی، تمرین زحمت جنگ با هیولای اضطراب، استعاره خوش‌آمد گویی به عمو لئو/// مرور جلسه قبل، ذهن‌آگاهی مشاهده کوه، راه‌آهن و ریل قطار، استعاره آبشار نیاگارا
۳/// شناسایی ارزش‌ها و اهداف افراد/// تمرین جشن تولد هشتاد سالگی و بیان Abs استعاره جهت‌یابی/// مرور جلسه قبل، ذهن‌آگاهی اسکن بدن، مرور تجارب اعضا دوبه‌دو 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/// گسلش شناختی ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، انتخاب مسیری به سمت ارزش‌ها/// به‌کارگیری راهبردهای گسلش خندق معنی افکار، تکرار کلمه ملال‌آور با صدای بلند و صورت سریع، آواز خواندن افکار، کُند کردن افکار، تشکر از ذهن و گسلش از دکتر فیل، نام‌های واقعی به افکار، مشاهده افکار با استعاره آبشار، برگ‌های روی جویبار یا ابرهای در آسمان، آگاهی از تفکر، رها کردن اماها/// مرور جلسه قبل، ذهن‌آگاهی تنفس، صدا و افکار، تمرین تجربی والیبال ذهنی اضطراب،
۵/// تغیر تمایل و بودن با اضطراب، پذیرش احساسات و افکار و گشودگی نسبت به تجربه/// به‌کارگیری استعاره پریدن، نفس کشیدن از طریق یک نی، دویدن در یک نقطه، بالا کشیدن سر و چند نفس کوتاه پیش از حبس نفس/// مرور جلسه قبل، تمرین نگه‌داشتن 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، ذهن‌آگاهی تصور عمل حیاتی
۸/// اتخاذ عمل حیاتی بر اساس اهداف منحصربه‌فرد اعضا/// شناسایی جزییات تمرین اتخاذ عمل حیاتی همراه با اهداف و ارزش‌ها/// مرور جلسه قبل، ذهن آگهی ترویج دلسوزی برای خود
۹/// اتخاذ عمل حیاتی(ادامه)/// تمرین‌های اتخاذ عمل حیاتی همراه اجرای دستورالعمل چشم‌بسته/// مرور جلسه قبل، ذهن‌آگاهی عشق- مهربانی
۱۰/// موضوع جلسه: خاتمه دادن و جلو رفتن/// خلاصه و مرور جلسات/// مرور جلسه قبل، ذهن‌آگاهی تصور عمل حیاتی، خاتمه دادن تمرین‌های اتخاذ عمل حیاتی

یافته‌ها

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

به‌دلیل برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون$P<۰/۰۵$، 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$P>۰/۰۵$ ،$F=۰/۰۳$ و اجتناب$P>۰/۰۵$ $F=۰/۹۱$ در سطح پنج صدم معنی‌دار نیست در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. در متغیر اضطراب اجتماعی$P<۰/۰۵$، $F=۸/۱۳$ و مولفه علائم فیزیولوژیک$P<۰/۰۵$، $F=۱۰/۹۰$ 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$P>۰/۰۵$ نشان داد مفروضه نرمال

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

جدول(۳) نتایج تحلیل واریانس تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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
درون‌گروهی	۸۳۲/۸۷	۱۴	۵۹/۴۶	-	-	-
کل	۳۱۶۰/۹۳	۱۶				

بودن توزیع نمرات تفاضل محقق شـده است. مقادیر احتمال $P<0/05$ برای آزمون t نشـان می‌دهد که بین میانگین نمرات تفاضلی متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌ها تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

در ابتـدا فرضیه کلـی پژوهش از طریـق تحلیل واریانـس یک راهه موردبررسـی قرارگرفت که نتایج آن در جدول شـماره سـه آورده شده است و در ادامه فرضیه‌های فرعی نیز بررسی می‌شود.

با توجه به جدول شماره سـه ملاحظه می‌شود، مقدار F به‌دست‌آمده مربوط به اثر متغیر مسـتقل برابر با ۳۹/۱۳ و در سـطح آماری کمتر از پنج صدم معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌درمانی مبتنـی بر پذیـرش و تعهـد در کاهش اضطـراب اجتماعـی دختران نوجوان بی‌سرپرسـت گروه آزمایش اثر داشته و تفاوت معنی‌داری بین میانگین‌های گروه آزمایش با گروه کنترل ایجاد کرده اسـت. همچنین بر اسـاس ضریب اتا، ۰/۷۳۷ تاثیر، از تفاوت گروه‌ها در نمره اضطراب اجتماعی مربوط به تاثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. نتایج آزمـون ام باکـس $P>0/05$، $F=1/40$ نشـان داد، ماتریس‌های واریانس کوواریانس در پیش‌آزمون برای مولفه‌های اضطراب اجتماعی یکسـان اسـت. بنابراین جهت تعیین اثر متغیر مسـتقل بـر مولفه‌های اضطراب اجتماعی می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد.

همان‌گونه که نتایج جدول شماره چهار نشان می‌دهد اثر پیلایی بیانگر آن اسـت که بین گروه آزمایش و کنتـرل در حداقل یکی از متغیرهای وابسـته تفاوت معناداری وجود دارد. برای مشـخص شدن این تفاوت

جدول(٤) تحلیل واریانس چند متغیری برمیانگین نمرات تفاضل متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	مقدار احتمال	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۸۷	۱۹/۳۰	۴	۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵

جدول(۵) نتایج تحلیل واریانس تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس-آزمون مولفه‌های 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 تجربه‌ای	۳۲۴	۱	۳۲۴	۲۷/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹
علائم فیزیولوژیکی	۱۳۲/۲۵	۱	۱۳۲/۲۵	۸/۵۱	۰/۰۱۱	۰/۳۸۷

از تحلیـل واریانس تک متغیـره در خروجی تحلیل واریانس چندمتغیره می‌توان اسـتفاده کرد که نتایج آن در جدول شـماره پنج آمده است

با توجه به مقاد یر موجود در جدول شـماره پنج بین گـروه کنترل و آزمایـش در تمامی مولفه‌هـا تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد. به‌عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی، اجتناب تجربه‌ای و علائم فیزیولوژیکی شـده است. میزان ضریب اتا نشان می‌دهد که هفتاد و سه درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیـر ترس از ارزیابی منفی، شـصت و پنج درصـد اجتنـاب تجربـه‌ای و همچنین بیش از سی و هشـت درصد علائم فیزیولوژیکی مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشـد. همچنین تـوان آزمون بـرای همه متغیرها ترس به‌دست‌آمده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌هـای پژوهـش نشـان داد که درمان مبتنی بـر پذیرش و تعهد در کاهـش اضطراب اجتماعـی و مولفه‌های مرتبط با آن در دختران نوجوانان بی‌سرپرسـت و بد سرپرسـت موثر اسـت. نتایـج حاصل از این پژوهش بـا یافته‌های پژوهش‌های قبلی(۲٤، ۲۵، ۲٦، ۲۷و ۳۰) همسو است.

آنچه در تبیین نتایج یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت این اسـت که اضطراب اجتماعی بر اسـاس دیدگاه ACT همان کارکرد اجتناب تجربه‌ای را همچون سایر اختلالات روانپزشکی دارد. افراد دارای این اختلال از قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی و ارتباط با دیگران می‌هراسـند چون تصور می‌کنند که در چنین موقعیت‌هایی ظاهر، شـخصیت و توانایی‌هایشـان مورد ارزیابی و قضاوت منفی قرار می‌گیرند و درنتیجه احساس عدم‌پذیرش، شرم، خجالت، حقارت و افسردگی نموده(۱٦) و نهایتا ترجیح می‌دهند که تنها بمانند و از روبرو شدن با محیط‌های اجتماعی، اجتناب کنند. اجتناب تجربه‌ای وضعیتی را در فرد ایجاد می‌کند که بر اساس دیدگاه ACT انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود که خود باعث تثبیت و افزایش

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

اضطراب اجتماعی می گردد.

هـدف ACT انعطاف‌پذیری روان‌شـناختی است که از طریق یک فرآیند غیرخطی و مداخله در حوزه‌های شش گانه متعامل که با همدیگر ارتبـاط درونی دارنـد انجام می‌شـود.(۱۵) در ادامه دلایل اثربخشـی ACT بر اضطراب اجتماعـی و مولفه‌هـای آن از جملـه ترس، اجتنـاب و علائـم فیزیولوژیـک بر اسـاس حوزه‌هـای شـش گانه انجام می‌گیـرد. تمام مداخـلات و تمرین‌هایـی کـه در پروتکل درمانی آمده‌اند از مدخـل همین حوزه‌های شش گانه اثر گذار بودند.

ارزشـمند زیسـتن هـدف نهایـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهد اسـت. ارزش‌ها جهت‌گیری‌هـای منتخب زندگی هسـتند که افراد عموما می‌خواهند به آن‌ها دسـت‌یابند. ارزش‌ها تمایل به داشـتن افکار و احساسات ناخوشـایند و نامطلـوب را افزایـش داده و دردی را که در راسـتای رسـیدن به ارزش‌ها باشد، ارج می‌نهند.(۱۳) کودکان و نوجوانان بی‌سرپرسـت بنـا بـه تجـارب زیسته‌شـان به‌احتمال‌زیاد در شناسایی ارزش‌های روشنی که بر اسـاس آن بتوانند زندگیشان را هدایت نماینـد مشـکل‌دارند. آزمودنی‌ها بـا تامل و درگیر شدن با سوالات و استعاره‌های مرتبط، ارزش‌هـای زندگیشـان را تصریـح نمودند. آزمودنی‌هـا بعـد از شناسـایی ارزش‌هـای زندگیشـان دریافتندکـه اجتنـاب از افکار و احساسات اجتناب‌ناپذیر منجر به یک زندگی محدود و بی‌روح می‌شود. درحالی که تمرکز بر ارزش‌ها باعث سـرزندگی شده و تمایل به تجربه درد برای ارزشـمند زیسـتن را افزایش می‌دهد و به فرد انگیزه می‌دهد که رفتارهای جدید را امتحان نموده و باعث افزایش خزانه رفتاری فرد می‌گردد.

حوزه دیگر مداخـلات ACT برای کاهش انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی افـراد حوزه "خود مفهوم‌پردازی" شـده است. کودکان و نوجوانان بی‌سرپرسـت به‌علت بافتار محیطی متفاوت که در آن زندگی می کنند غالبا خود را به‌گونه‌ای ضعیف و منفی تعریف می‌کنند(۸) و با چسـبیدن به تعاریفی که ساخته ذهنشان است و واقعیت پنداشـتن آن‌ها دامنه عملکرد خود را محدود نموده و تمایل به آزمودن رفتارهای جدید را از دسـت می‌دهند و درنهایت 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 افکارشـان تعریف کنند.(۱۳) این مداخلات به آن‌ها کمک نمود بدون این که خود را مقهور افکار و احساسات منفیشان ببینند فقط به‌عنوان یک ناظر بیرونی آن‌ها را در درونشـان مشاهده کنند.(۱۵) ایـن دیـدگاه به مراجعـان کمک نمـود، زمانی کـه در موقعیت‌های اجتماعی، افکار منفی درباره خودشان به سراغشان می‌آید فقط آن‌ها را مشاهده نموده و در راستای ارزش‌هایشان حرکت نمایند. به‌نظر می‌رسد این اقدامات به کاهش اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور بیانجامد.

ارتباط ضعیف بازمان حال و تسـلط مفهوم گذشـته و آینده ترسناک یکـی از حوزه‌هـای مداخله‌ای ACT اسـت که هـدف آن کمک به مراجعان اسـت که تحت تاثیر ارزیابی‌های گذشته و طرح‌واره‌های حل مسـاله برای آینده قرار نگیرند(۱٤) و همچنین آن‌ها را به سمت تماس با تجـارب فعلی زندگی ببرند.(۱۸) مداخلاتی که از طریق تمرینات توجه آگاهی انجام شـد به آزمودنی‌ها کمک نمود تا حالت پذیرش افکار و احساسات را به سکویی برای پرش به‌سوی ارزشمند زیستن تبدیل کند. پذیرش افکار و احساسـات اجتناب تجربه‌ای را کاهش داد و باعث شد آزمودنی‌ها اقدامات متعهدانه به سـمت ارزش‌هایشان را انتخاب نمایند. به‌نظر می‌رسد نتیجه این مداخلات به کاهش مولفه اجتناب در اضطراب اجتماعی منجر شده است.

اجتنـاب تجربه‌ای کـه حوزه دیگر مداخلات ACT اسـت، به معنای تلاش برای از بین بردن یا مقاومت در برابر تماس با افکار، احساسـات، حس‌های بدنی و دیگر رویدادهای درونی ناخوشـایند است.(۱٤) افراد دارای اضطراب اجتماعی هیجان‌های ناخوشـایندی مثل ترس، شـرم، خجالت، حقارت و احساسـات بدنی مثل عرق زیـاد، افزایش ضربان قلب، سـرخ شـدن چهـره را زمانی که به‌صـورت واقعی یـا ذهنی در موقعیت‌های اجتماعی قـرار بگیرند تجربه می‌نمایند.(۳۳) نوجوانان در فرآیند درمان کارایی این نگاه به تجارب درونی را به‌عنوان مشکلاتی که باید حذف شوند به چالش طلبیدند و نوع ارتباطشان را با این تجارب تغییر دادنـد. آن‌ها به‌جای اجتناب، موضع پذیـرش را اتخاذ نمودند. پذیرش یعنی تمایل به اینکه آنچه شخص تجربه می‌کند، تجربه‌ای کامل و بدون دفاع باشـد. آزمودنی‌ها از طریق مداخلات پذیرش یادگرفتند خودشان را به‌خاطر تجارب درونی ناخوشایند سرزنش نکنند، برای تغییر تجارب خصوصی تلاش کنند و تمایل داشـته باشـند باوجـود تجارب درونی ناخوشـایند همچون هیجانات و احساسـات بدنی در راسـتای زندگی

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

ارزشـمند حرکت کنند. به‌نظر می‌رسـد این مداخلـه 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 مسـتقیمی که با دنیا دارند، توسـط 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 می‌کننـد. در طی مداخلات ACT آزمودنی‌ها با اسـتفاده از راهبردهای نا همجوشـی یا گسـلش واقعیت انگاری افکار را به چالش طلبیدند و افکارشـان را فقط به‌عنوان افکار دیدند نه حقایق مسـلم. ناهمجوشی، آزمودنی‌ها را رها می‌سـازد تا به‌جای عمل بر اسـاس کلامی، بر مبنای ارزش‌ها و شرایط کنونیشـان عمل کنند. به‌نظر می‌رسد این مداخلات در کاهـش مقیـاس اجتناب از اضطـراب اجتماعی موثر بوده اسـت. بی‌فعالیتی مداوم، تکانش‌گری یا اجتناب، آخرین حوزه مداخله ACT است و به پاسخ‌هایی اشاره دارد که افراد را از نزدیک شدن به جهت‌گیری‌های ارزشمندشـان بازمی‌دارند.(۱۵) طی مداخلات انجام‌شـده آزمودنی‌ها بعد از شناسـایی ارزش‌ها، پذیرش تجارب درونی ناخوشایند و ارتباط با لحظـه‌ی اکنون، تمایل به انجام رفتارهای متعهدانه همسـو باارزش‌ها را پیدا نموده و شـروع به امتحان کـردن رفتارهای جدید در موقعیت‌هایی که قبلا اجتناب می‌کردند نمودند. این امر باعث افزایش خزینه رفتاری آن‌ها و درنهایـت افزایش انعطاف‌پذیری گردید. به‌نظر می‌رسـد انجام رفتارهـای متعهدانه بـر کاهش مقیاس اجتناب تاثیر گذاشـته اسـت. از ایـن‌رو مجمـوع راهبردهای درمان مبتنی بر پذیـرش و تعهد موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی و افزایش خزانه رفتـاری افراد گردیده که هدف بنیادیـن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز محسـوب می‌شود. پژوهش استادیان خانی و فدایی مقدم۱۳۹۵نشان داد کـه افزایـش انعطاف‌پذیری روان‌شـناختی و سـازگاری اجتماعی باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شـود.(۳٤) بنابراین می‌توان گفت با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شـناختی، سـازگاری اجتماعی و افزایش خزانـه رفتـاری نوجوانان بی‌سرپرسـت، در موقعیت‌هـای اجتماعی اضطراب‌زا اضطراب اجتماعی آنان کاهش می‌یابد.

محدودیت‌ها: محدود بودن پژوهش‌های صورت گرفته در مورد نوجوانان بی‌سرپرست، مقایسـه و ارزیابی یافته‌ها را دشـوار می‌نمود، اجرا نکردن مرحله پیگیری به‌دلیل مشـکلاتی از قبیل کمبود وقت و در دسترس نبودن افراد نمونه پژوهشی، شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی، 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 شـود. پیشنهاد می‌شـود اثرات دراز دت این رویکرد نیز موردبررسی 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 به‌عمل می‌آید.

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

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]

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 Namaazi 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-orphans. 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, Öztop 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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-09-10]