

October-November 2020, Volume 8, Issue 4

Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Social Anxiety and Attitude to the Life in Head of Household Women With

Maryam Asadi Khalili¹, Seyedeh Olia Emadian^{2*}, Mohamad Kazem Fakhri³

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistante Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding author)

Email: emadian2012@yahoo.com

3- Assistante Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Received: 24 June 2020

Accepted: 11 Oct 2020

Abstract

Introduction: Head of household women are exposed to various psychological and social harms. The aim of this study was to compare the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy to social anxiety and attitude to the life in head of household women with symptoms of social anxiety.

Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up, and control groups. The statistical population of this study included all head of household women referring to Baran and Navid social work clinics in Sari city in 1398, of which 45 people were selected by targeted sampling method and randomly in experimental groups (reality therapy and acceptance and commitment-based therapy and control were included. The tools used included the Jerabek Social Anxiety Scale (1996) and Battista & Almond and Life Regard Index (1973). Data were analyzed by mixed analysis of variance with repeated measures and version 19 of SPSS software.

Results: Data analysis showed that acceptance and commitment therapy and reality therapy were effective in improving attitudes toward life meaning and social anxiety in head of household women with symptoms of social anxiety ($P < 0/05$). There was no significant difference between the mean of reality therapy group with acceptance and commitment therapy in these variables ($P > 0/05$).

Conclusions: Based on the results of this study, psychological interventions such as reality therapy and acceptance and commitment therapy can be effective in improving social anxiety and attitudes about the meaning of life in the head of household women with symptoms of social anxiety.

Keywords: Reality therapy, Acceptance and commitment, Attitude to the meaning of life, Social anxiety, Head of household women with symptoms of social anxiety..

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و نگرش به زندگی در زنان سرپرست خانوار

مریم اسدی خلیلی^۱، سیده علیا عمادیان^{۲*}، محمد کاظم فخری^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: emadian2012@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۴

چکیده

مقدمه: سرپرست خانوار در معرض آسیب های روانشناختی و اجتماعی متعدد قرار دارند و بر همین اساس باید به دنبال شناسایی و کاربرد مداخلات روانشناسی موثر در جهت کاهش این آسیب ها بود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و نگرش به زندگی در زنان سرپرست خانوار با نشانه های اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ بود که از این بین، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش (واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل شاخص نگرش به زندگی، بایستا و الموند (۱۹۷۳) و مقیاس اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹۶) بود. آنالیز داده ها با روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها: نتایج آنالیز داده ها نشان داد که واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه های اضطراب اجتماعی مؤثر است. ($p < 0/05$). تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این متغیرها غیرمعنادار بود ($p > 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، در مورد زنان سرپرست خانوار، متخصصان حوزه سلامت می توانند مداخلات واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد را به منظور بهبود اضطراب اجتماعی و نگرش به زندگی در آنها مورد استفاده قرار دهند. ند.

کلیدواژه ها: پذیرش و تعهد، نگرش به زندگی، اضطراب اجتماعی، واقعیت درمانی، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

حال حاضر بیش از سه میلیون زن سرپرست خانوار در ایران وجود دارد که طی ۱۰ سال گذشته تعداد خانواده های دارای سرپرست زن نسبت به مردان ۵۸ درصد افزایش داشته است (۲). بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، نسبت خانوارهای زن سرپرست به کل خانوارهای کشور برابر با ۱۲/۷ درصد است (۳). در اکثر جوامع، مسئولیت سرپرستی خانواده بر عهده مرد خانواده است و در این میان، آن

زنان سرپرست خانوار اشاره به زنانی دارد که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانوار را بر عهده می گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی، تصمیم گیری های عمده و حیاتی خانوار را بر عهده دارند (۱). امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان، نان آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می کنند (۱). طبق آمار موجود، در

بیشتر عزت نفس در افراد شود.

مؤلفه روانشناختی دیگری که ممکن است زنان سرپرست خانوار نارسایی آن را در زندگی خود حس کنند، نگرش به زندگی (معنای زندگی) است (۹) که خود می تواند به اضطراب اجتماعی در این گروه از افراد دامن بزند (۱۰). باورها و اعتقادات هر فرد و نوع برداشتش از زندگی و وقایع آن بر بهزیستی روانی، رضایت از زندگی و سلامت روان وی اثرگذار است (۹). نگرش به زندگی یا معنای زندگی، مفهومی وسیع بوده که برگرفته از سیستم شناختی فرد است. معنای زندگی عبارت است از اعتقاد فرد به اینکه در زندگی دارای چارچوب یا هدفی است که به زندگی او معنای ارزشمندی می دهد (۱۱). تلاش در یافتن معنای زندگی خود نیروی اصیل و بنیادی است و نه توجهی ثانویه از کشش های غریزی انسان، این معنی منحصر به فرد، ویژه خود اوست (۱۲) و از این رو، تنها او است که باید و قادر است به آن تحقق بخشد و تنها در آن صورت است که معنی جویی او ارضا خواهد شد (۱۳). فرد بهره مند از زندگی با معنا، خود را کمال یافته و یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان های زندگی اش می بیند (۱۲). Frankl (۱۱) معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی قرار و آنهایی که احساس تنهایی می کنند، غالباً از بی معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. به اعتقاد فرانکل، در هر موقعیتی حتی به هنگام رنج و مرگ هم می توان معنایی یافت. به گفته فرانکل زنده بودن یعنی رنج کشیدن، اما برای رنج خویش معنایی یافتن، یعنی ادامه هستی (۱۴). وجود معنا در زندگی مانند کلیدی است که می تواند گره بسیاری از مشکلات لاینحل زندگی را باز نموده و باعث بروز پاسخ های مثبتی در افراد شود (۱۳). از این رو زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روانشناختی می دانند. معنای زندگی از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارآمدی و خود ارزشمندی تحقق می یابد و فقدان معنا فرد را دچار حس پوچی، ناامیدی، ملامت و دلزدگی می کند (۱۴). مطالعات نشان می دهند که مفهوم نگرش به زندگی و معنای زندگی ارتباط تنگاتنگی با سلامت و بهزیستی روانشناختی دارد و معنادار بودن زندگی می تواند سبب پایین آمدن سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی شود (۱۰).

رویکرد واقعیت درمانی (Reality therapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) (ACT) از مداخلات روانشناختی مؤثر در زمینه

دسته از زنانی که به دلایلی همچون فوت همسر یا طلاق، عهده دار مسئولیت های زندگی خانوادگی هستند، در معرض آسیب پذیری زیادی قرار دارند (۱). این آسیب پذیری به علت واگذاری نقش های جدید، به ویژه نقش مضاعف مدیریت خانواده، وظایف چندگانه، تغییر روابط با اطرافیان، تحمل کنترل های اجتماعی، کاهش مقبولیت اجتماعی و امنیت مالی به وجود می آید و این شرایط سایر اعضای خانواده را نیز با مسائل و مشکلات عدیده ای مواجه می سازد و تنش هایی را بر آنها وارد می کند (۲). عدم برخورداری این گونه زنان از سطح نسبی رفاه و شکاف عمیق بین وضعیت آنان با شاخص های رفاه اجتماعی از جمله بهداشت، آموزش، مهارت و پائین بودن میزان درآمد سرانه، محدودیت های اجتماعی و مالی، بروز افسردگی، ترک تحصیل، ازدواج اجباری، ازدواج ناموفق و سایر مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آنها درگیر هستند، منجر به ایجاد یک چرخه ناتمام مملو از محرومیت شده و به تدریج زندگی آنان و سایر افرادی که به نوعی تحت مراقبت این زنان می باشند را تهدید می نماید (۳). یکی از آسیب های روانشناختی نسبتاً شایع در زنان سرپرست خانوار، وجود علائم اضطراب اجتماعی است (۴) که با توجه به جایگاه اجتماعی زنان سرپرست خانوار و برچسب های اجتماعی و باورهای کلیشه ای جامعه نسبت به آنان قابل توجه است (۵). اضطراب اجتماعی، ترس یا برجاس از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است، که در آن موقعیت ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می گیرد و می ترسد که به گونه ای تحقیرآمیز عمل کند (۶). این اختلال باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی می شود و به طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت های مهم می شود (۷). غالباً مشاهده می شود که افراد با اضطراب اجتماعی خود را دست کم می گیرند و این برداشت از خود بر کنش های متقابل آنها با دیگران اثرگذار است (۸). بنابراین این می توان فهمید که ادراک منفی و ضعیف از خود، عزت نفس ضعیف، ارزیابی ضعیف توانمندی های خود، احتمال شکل گیری ساختار روانی و شخصیتی برای اضطراب اجتماعی را افزایش می دهد (۵). Asher و همکاران (۷) در مطالعه خود نشان دادند که عزت نفس ضعیف و تصور منفی از خود عاملی مهم در افزایش اضطراب اجتماعی است و این اضطراب خود می تواند موجب افت

ACT یک رویکرد درمانی کارآمد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی می باشد و مشکلات روان شناختی انسان را عمدتاً به عنوان انعطاف ناپذیری روانشناختی قلمداد می کند، مشکلاتی که توسط هم جوشی شناختی و اجتناب تجربه ای ایجاد شده است (۲۲). در این درمان اعتقاد بر این است که بسیاری از آسیب های روانی با تلاش های بیهوده و بی حاصل برای جلوگیری از تجربه درونی منفی به وجود می آید (۲۳) و بر همین اساس، این درمان دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می شود که با پذیرش هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربی، در لحظه حال و اکنون زندگی کنند (۲۴). هدف اصلی در این درمان برقراری توانایی انتخاب عملی در بین انتخاب های مختلفی است که متناسب تر باشد و نه صرفاً اقدام در جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز که این به معنای انعطاف پذیری شناختی است (۲۵). گرچه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطرابی و نگرش های ناکارآمد موثر شناخته می شود (۲۵-۲۱)، اما تابحال مطالعه ای در مورد کارایی این مداخله در بهبود سطح اضطراب و نگرش آنها به زندگی نپرداخته است.

امروزه نسبت خانوارهای زن سرپرست خانوارهای کشور برابر با ۱۲/۷ درصد استند (۳). این قشر از افراد به علت شرایط خاصی که با آن مواجهه هستند، در معرض آسیب های روانی و اجتماعی متعدد می باشند و باید به دنبال شناسایی این آسیب ها و همچنین راهکارها و مداخلات موثر در جهت کاهش بار آسیب های مذکور بود. واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره به دو مداخله ای دارند که در مطالعات متعدد، اثربخشی آنها در بهبود علائم روانشناختی در افراد و گروه های مختلف و تاثیر آن در کاهش علائم اضطرابی، افسردگی و همچنین اصلاح افکار و نگرش های تحریف شده و غیرمنطقی نشان داده شده است. بر همین اساس مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (به عنوان دو رویکرد موثر در کاهش و اصلاح علائم اضطرابی و نگرش های ناکارآمد) بر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه های اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش

کاهش آسیب ها مطرح می باشند. باشند. یافته مطالعات متعدد، گویای اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش علائم اضطراب اجتماعی و همچنین اصلاح افکار تحریف شده و غیرمنطقی بوده است (۲۰). نتایج مطالعه Farshchi و همکاران (۱۷) نشان داد که کاربرد واقعیت درمانی در بیماران دیابتی در کاهش علائم اضطرابی نقش دارد. یافته مطالعه Khaleghi و همکاران (۲۰) نیز حاکی از تاثیر این رویکرد درمانی بر اصلاح نگرش و افکار تحریف یافته در افراد دچار اضطراب اجتماعی و کاهش علائم اضطراب اجتماعی در آنها بود. همچنین یافته مطالعات دیگر گویای اثربخشی ACT در کاهش علائم اضطرابی و افکار و نگرش های ناکارآمد در افراد و گروه های مختلف بوده است (۲۱-۲۵). Yuen (۲۶-۲۲) و همکاران (۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که ACT در کاهش میزان اضطراب صحبت کردن در جمع اثربخش است. Masuda و همکاران (۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که ACT در کاهش نگرش ناکارآمد در افراد دارای اختلالات روانی موثر است.

هدف اصلی رویکرد واقعیت درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پیش رفتار و انجام انتخاب های مناسب است (۱۵). درمانگران واقعیت درمانی معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان جویان فقدان روابط رضایت بخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند (۱۶). عدم انکار واقعیت، مسئولیت پذیری و بر این اساس، برنامه ریزی جهت دستیابی به اهداف، از اصلی ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است (۱۷). در این دیدگاه اعتقاد بر این است که کسانی که از احساس تنهایی و بی ارزشی رنج می برند، واقعیت را انکار می کنند و دچار ناخشنودی، افسردگی، اضطراب و عدم احساس مسئولیت می شوند. Glasser (۱۸) معتقد است مسئولیت، همان انتخاب است و بیان می دارد که هرکس می تواند از مسئولیت، برداشتی داشته باشد اما هیچ کس نمی تواند صدقانه بگوید که به هنگام انتخاب، نسبت به آن چه انتخاب کرده است، مسئولیت ندارد. با این حال و گرچه رویکرد واقعیت درمانی به عنوان مداخله ای موثر در کاهش علائم اضطرابی و بهبود افکار تحریف شده و غیرمنطقی شناخته می شود (۲۰، ۱۷)، اما تابحال مطالعه ای در مورد کارایی رویکرد واقعیت درمانی در کاهش اضطراب و نگرش آنها به زندگی نپرداخته است.

به صورت غیرتصادفی هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی ۱۵ (هر گروه ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شیوه تصادفی ساده برای قرار دهی افراد در گروه ها به این صورت بود که گمارش افراد در هر گروه در قالب قرعه کشی و کاملاً تصادفی صورت گرفت. در ادامه، گروه های آزمایش توسط رویکردهای منتخب تحت آموزش قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله با رویکردهای واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، همه شرکت کنندگان سه گروه پرسشنامه را تکمیل کردند (اجرای پیش آزمون). جلسات آموزشی هر دو رویکرد به صورت گروهی، به تعداد هر کدام ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش، هفته ای یک بار، توسط پژوهشگر اول این مقاله به شکل گروهی در کلینیک مددکاری باران برگزار شد. برای اجرای پس آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت کنندگان پرسشنامه ها را تکمیل کردند. سپس در ادامه ۱ ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و برای انجام پیگیری، مجدداً از شرکت کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه های مربوطه را تکمیل کنند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای پرسشنامه ها و شروع مداخله، نسبت به دریافت رضایت کتبی از افراد شرکت کننده برای شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن ها در مورد محرمانه ماندن مشخصات شخصی اقدام شد. همچنین شرکت کنندگان در پایان پژوهش، می توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه های خود آگاه شوند. در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از مقیاس اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Scale) و پرسشنامه نگرش به زندگی (Life Regard Index) قبل، بعد و دو ماه بعد از اتمام مداخلات استفاده شد. پروتکل واقعیت درمانی در مطالعه حاضر برگرفته از اصول واقعیت درمانی طرح شده از Glasser (۱۸) شده است. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Hayes و همکاران (۲۶) بود. شرح جلسات واقعیت درمانی (جدول ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۲) مورد کاربرد در این مطالعه، در ادامه گزارش شده است.

آزمون، پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل می باشد. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ بود که تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. این زنان برای دریافت کمک مالی به این کلینیک ها مراجعه می کنند که برای اجرای این مطالعه، زنان سرپرست خانوار مراجعه کننده به این مراکز در سال ۱۳۹۷ نظر گرفته شدند و با اجرای پرسشنامه اضطراب اجتماعی بر روی حدود ۱۲۰ نفر از آنها، در نهایت ۴۵ نفر از آنها که دارای علائم اضطراب بودند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. تعداد اعضای نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ محاسبه شد:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2}{\Delta^2} + 1$$

ملاک های ورود عبارتند از: زنان سرپرست خانوار، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت افراد شرکت کننده جهت همکاری، کسب نمرات دو انحراف استاندارد پایین تر از میانگین در پرسشنامه اضطراب اجتماعی جهت غربالگری افراد شرکت کننده و داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر. ملاک های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت همزمان در مداخلات روانشناختی و عدم تمایل برای شرکت در مطالعه. در پژوهش حاضر، سه گروه از افراد شامل زنان سرپرست خانوار (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) برای پژوهش انتخاب شدند. قبل از انتخاب شرکت کنندگان، طی جلسه معارفه با اعضاء، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد و بعد از اعلام رضایت آنها جهت شرکت و همکاری در این پژوهش، از آن ها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. غربالگری افراد مبنی بر وجود اضطراب اجتماعی، مبتنی بر کسب نمرات متوسط و پایین در پرسشنامه استاندارد اضطراب اجتماعی Jerabek بود. طبق توضیحات روش نمونه گیری حجم نمونه، تعداد ۴۵ نفر از کلیه زنان مرکز مددکاری اجتماعی باران و نوید

جدول ۱: شرح جلسات واقعیت درمانی (۱۸)

جلسات	محتوای جلسات واقعیت درمانی
اول	معرفه، تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه.
دوم	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی افراد، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضای از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران و شناسایی نقاط قوت و منفی خود و تلاش برای کسب هویت موفق - کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی (شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آنها و کمک مشاور و بررسی اهمیت برآوردن این نیازها)
سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، و درخواست توضیح در مورد دید کلی اعضا در مورد اشتغال و زندگی مشترک فعلیشان و بررسی علل نگرش اعضای گروه در مورد وضعیت فعلی زندگی. بررسی اهداف افراد در زندگی و تعیین میزان هدفمند بودن آنها معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با چهار مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی)، آموزش مهارت تصمیمگیری و بررسی تغییر در افکار، احساس، اعمال، فیزیولوژیک در زمان حال.
چهارم	معرفی و توضیح تعارض های چهارگانه و رفتارهای اجباری - تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی شان برای رسیدن اعضا به اهداف و نیازهای شان چه کمکی می تواند بکند.
پنجم	کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی شان، و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی نسبت به اشتغال. آشنایی با هیجانات از جمله اضطراب و افسردگی از دیدگاه واقعیت درمانی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجانات - تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت انجام سریع تر و بهتر کارها، و استفاده بهینه از وقت و آموزش طرح ریزی و برنامه ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک
ششم	آشنایی اعضا با مسئولیتهای خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت پذیری آنها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال میشوند. معرفی رفتارهای تخریب گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال
هفتم	آموزش اصول ده گانه نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار - آشنایی با مسائل تغییر و تعهد، و ارائه تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای افزایش عزت نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعد و گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای حتمی آن و نپذیرفتن هیچ گونه عذر و بهانه.
هشتم	دریافت بازخورد از جلسات قبل (مرور جلسات قبلی و جمع بندی)، بررسی و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه شدن با واقعیت، قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرآیند تغییر که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می شود.

جدول ۲: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۶)

جلسات	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش آزمون بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره های رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکانپذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد معرفی درماندگی خلاق که در این شرایط میتوان بر نادیده گرفتن ارزشها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد. معرفی سیستم های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تلاشهای گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)
جلسه دوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل)، (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است) تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق
جلسه سوم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزشها
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد - هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهدهگری سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزشها

هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزشها و تفهیم به افراد که چگونه ارزشها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می دهد. ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنج های زندگی

<p>هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم(تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخابها در برابر قضاوتها/ تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزشها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)</p>	جلسه هشتم
<p>هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش های بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج</p>	جلسه هفتم
<p>ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارتهای آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT، پیام اصلی ACT دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مد ACT، ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون</p>	جلسه هشتم

تهیه کرده است. این آزمون شامل دو زیر مقیاس چارچوب (ذهنی) و تکمیل (هدف) است. مقیاس چارچوب، اعتقاد فرد به داشتن یک دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف، مقاصد یا نقطه نظرهایی برای زندگی بر اساس این دیدگاه، را می سنجد. مقیاس تکمیل میزانی را که یک شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان های زندگی اش می بیند اندازه گیری می کند. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۳ درجه ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از آن ها اعلام کند. هر یک از زیرمقیاس ها شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد، هفت عبارت به صورت منفی و هفت عبارت به صورت مثبت بیان شده اند. مجموع نمرات هر دو زیرمقیاس، نمره کل نگرش به زندگی را به دست می دهد. Battista & Almond (۲۹)

پایایی بازآزمایی برای این شاخص را ۰/۹۴ گزارش کردند. پایایی مقیاسهای این آزمون برای در مدت پنج هفته برای نمره کل ۰/۸۰، برای زیر مقیاس چارچوب ۰/۷۸، و برای زیر مقیاس تکمیل ۰/۸۸ به دست آمد. در یک مطالعه در ایران، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده است و ضریب همبستگی درونی به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۲ و مقدار آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۰ به دست آمد (۳۰). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. برای تحلیل داده های پژوهش از روش های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS استفاده شد.

مقیاس اضطراب اجتماعی در سال ۱۹۹۶ توسط Jerabek برای سنجش اضطراب اجتماعی افراد بالای ده سال ساخته شده است. این ابزار دارای ۲۵ سوال ۵ گزینه ای با گزینه های تقریباً همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، تقریباً هیچ وقت است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲۵-۲۵ است و از پنج خرده مقیاس ترس از افراد ناآشنا، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انزوای اجتماعی و ترس از آشکار شدن اضطراب تشکیل شده است. نمره بالا نشان دهنده عدم اضطراب اجتماعی است. Jerabek (۲۷) در مطالعه خود روایی سازه مقیاس اضطراب اجتماعی را از طریق تحلیل عاملی تاییدی و تایید ساختار ۵ عاملی آن مورد تایید قرار داد. همچنین وی در مطالعه خود پایایی این مقیاس را با گزارش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تایید قرار داد. در مطالعه ای در ایران (۲۸) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۹ و دو نیمه سازی ۰/۷۴ محاسبه شده است. همچنین نشان داده شد که با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۵ عامل شامل ترس از بیگانگان، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انزوای اجتماعی، و ترس از آشکار شدن علائم اضطراب استخراج شده است که این ۵ عامل ۴۷/۲۳ درصد واریانس کل تست را تبیین می کنند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به زندگی (Life Regard Index): این پرسشنامه بر اساس مفهوم نگرش مثبت به زندگی توسط Battista & Almond (۲۹) طراحی شده است. وی این آزمون را به منظور ارزیابی میزان معناخواهی در زندگی

یافته ها

گروه‌ها از نظر دو متغیر سن و مدت زمان از دست دادن همسر یکسانند. نتایج تحلیل کروسکال والیس نشان داد که تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر میزان تحصیلات ($\chi^2=0/07, df=2, P=0/944$)، تعداد فرزند ($\chi^2=0/18, df=2, P=0/709$) و وضعیت اقتصادی ($\chi^2=0/18, df=2, P=0/709$) وجود ندارد و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است.

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل در (جدول ۳) گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن ($F(2,42)=0/02, P=0/959$) و مدت زمان از دست دادن همسر ($F(2,42)=0/05, P=0/902$) تفاوت معناداری وجود ندارد و

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی در بین سه گروه مورد مطالعه در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی

متغیر	واقعیت درمانی	ACT	کنترل
سن	میانگین \pm انحراف معیار	۳۳/۳۱ \pm ۸/۴۲	۳۵/۱۸ \pm ۷/۰۹
مدت از دست دادن همسر	میانگین \pm انحراف معیار	۴/۸۶ \pm ۱/۱۳	۵/۱۵ \pm ۱/۰۳
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
زیردیپلم	۵ (۳۳٪)	۴ (۲۶٪)	۵ (۳۳٪)
دیپلم	۸ (۵۳٪)	۹ (۶۰٪)	۹ (۶۰٪)
فوق دیپلم	۲ (۱۴٪)	۲ (۱۴٪)	۱ (۷٪)
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۱ فرزند	۹ (۶۰٪)	۱۰ (۶۶٪)	۱۰ (۶۶٪)
۲ فرزند	۶ (۴۰٪)	۵ (۳۴٪)	۵ (۳۴٪)
ضعیف	۳ (۲۰٪)	۴ (۲۷٪)	۲ (۱۳٪)
متوسط	۱۲ (۸۰٪)	۱۱ (۷۳٪)	۱۳ (۸۷٪)
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
خوب	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)

جدول ۴: شاخصه‌های توصیفی متغیر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در گروه واقعیت درمانی (۱)، گروه تعهد و پذیرش (۲) و کنترل (۳)

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
نگرش به زندگی	گروه ۱	۲۳,۰۶	۲۹,۶۰	۳۰,۵۳
	گروه ۲	۲۲,۷۳	۳۰,۵۳	۲۹,۴۹
	گروه ۳	۲۳,۱۵	۲۴,۲۰	۲۳,۴۷
نرس از بیگانگان	گروه ۱	۱۳,۸۷	۱۷,۴۰	۱۸,۶۰
	گروه ۲	۱۴,۰۲	۱۸,۲۷	۱۸,۱۳
	گروه ۳	۱۳,۸۰	۱۳,۷۴	۱۳,۲۰
نرس از زیبایی	گروه ۱	۷,۶۲	۸,۵۱	۸,۵۹
	گروه ۲	۷,۸۸	۸,۹۱	۸,۸۴
	گروه ۳	۶,۶۷	۶,۴۷	۶,۹۳
نرس از جمعیت	گروه ۱	۶,۸۷	۸,۷۳	۸,۲۷
	گروه ۲	۶,۵۳	۸,۳۴	۸,۸۷
	گروه ۳	۶,۴۷	۶,۶۰	۷,۲۰
نرس از انزوی اجتماعی	گروه ۱	۸,۴۷	۱۱,۴۷	۱۰,۸۸
	گروه ۲	۸,۹۶	۱۲,۰۶	۱۱,۷۹
	گروه ۳	۸,۰۰	۸,۲۰	۷,۹۳

گروه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
نشان علامت اضطراب	گروه ۱	۶,۸۷	۱,۴۶	۹,۱۳	۲,۲۹	۹,۸۷	۲,۵۶
	گروه ۲	۷,۱۷	۱,۳۳	۹,۵۳	۱,۶۴	۹,۰۷	۱,۹۱
	گروه ۳	۶,۵۳	۱,۴۱	۶,۴۲	۱,۱۳	۶,۷۳	۱,۶۷
اجتماعی (کل اضطراب)	گروه ۱	۴۳,۲۰	۱۱,۰۲	۵۲,۸۴	۱۲,۲۱	۵۳,۱۲	۱۴,۱۸
	گروه ۲	۴۴,۱۲	۱۰,۳۲	۵۱,۷۸	۱۲,۷۹	۵۲,۶۷	۱۰,۸۹
	گروه ۳	۴۲,۴۷	۱۳,۶۷	۴۱,۶۰	۱۰,۹۸	۴۲,۲۲	۱۱,۲۱

اپسپین هین- فلت استفاده شد. در مجموع، مانعی برای انجام تحلیل های واریانس آمیخته تک متغیری وجود نداشت و نتایج آزمون در (جدول ۵) آمده است. نتایج (جدول ۵) نشان می دهد که در مورد نگرش به زندگی اثر بین گروهی ($F=۲۷/۴۹$, $P=۰/۰۰$)، اثر درون گروهی ($F=۱۴/۵۴$) و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F=۱۲/۸۹$, $P=۰/۰۰$) معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی و ACT با گروه کنترل در این متغیر معنادار است ($P=۰/۰۰$). تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با ACT در نگرش به زندگی غیرمعنادار بود ($P \geq ۰/۰۵$) و تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی در این مورد وجود نداشت.

به منظور مقایسه تفاوت گروهها در متغیرهای تحت مطالعه در متغیر نگرش به زندگی، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر استفاده شد. مفروضه های این آزمون یعنی نرمال بودن داده ها و همگنی ماتریس های واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف و آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده ها ($p > ۰/۰۵$) و نتایج آزمون لون بیانگر برقراری همگنی ماتریس های واریانس ($p > ۰/۰۵$) بود. همچنین تعامل غیرمعنی دار بین متغیر همپراش (پیش آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. فرض کرویت موچلی در مورد نمره این متغیر برقرار نبود ($p < ۰/۰۵$) و بر این اساس از اصلاح

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در نگرش به زندگی

منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
گروه	۱۹۵۳/۵۷	۲	۹۷۶/۷۸	۲۷/۴۹	۰/۰۰	۰/۵۶
زمان	۶۸۶/۱۴	۱/۲۲	۵۶۲/۴۱	۱۴/۵۴	۰/۰۰	۰/۴۴
گروه × زمان	۸۱۳/۲۹	۲/۴۴	۳۳۳/۳۱	۱۲/۸۹	۰/۰۰	۰/۳۷

* نتایج بر اساس اصلاح اپسپین هین-فلت ارائه شده است.

گروهی ($F=N/۵۹$, $P=۰/۰۰$)، سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F=۴۵/۱۳$, $P=۰/۰۰$)، و اثر تعاملی گروه و زمان ($F=۱۶/۴۸$, $P=۰/۰۰$) تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر یا میزان تاثیر منابع تغییر در ایجاد تفاوتها بر حسب عضویت بین گروهی، عضویت درون گروهی و اثرات تعاملی به ترتیب ۲۳٪، ۶۳٪ و ۴۱٪ است؛ بدین معنی که ۲۳ درصد تغییرات از طریق عضویت بین گروهی، ۶۳ درصد از طریق تفاوتهای درون گروهی و ۴۱ درصد تغییرات بر حسب اثرات تعاملی درون گروهی و بین گروهی قابل تبیین است. در ادامه جهت بررسی تفاوتها در خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی و نمره کل آن نتایج تحلیل تک متغیره در (جدول ۶) آورده شده است.

به منظور مقایسه تفاوت گروهها در متغیر اضطراب اجتماعی، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده ها ($p > ۰/۰۵$) و نتایج آزمون ام-باکس گویای رعایت فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس است ($F=۱/۲۴$, $P > ۰/۰۵$). فرض کرویت موچلی در مورد خرده مقیاسهای اضطراب اجتماعی برقرار نبود ($p < ۰/۰۵$) و بر این اساس از اصلاح اپسپین هین-فلت برای تمام این متغیرها استفاده شد. این تحلیل واریانس در ابتدا ترکیب خطی خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی را در بین گروه ها، بر حسب آزمون و نیز اثرات تعاملی گروه و آزمون مورد مقایسه قرار می دهد. در ترکیب خطی خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی بر حسب عضویت

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در اضطراب اجتماعی

متغیرها	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
ترس از افراد ناآشنا	گروه	۱۰۶۸/۴۱	۲	۵۳۴/۲۰	۹/۳۴	۰/۰۰	۰/۲۶
	زمان	۹۳۷/۲۶	۶۵۰/۸۷	۲۲/۹۲	۰/۰۰	۰/۴۵	
	گروه × زمان	۱۷۳۲/۹۱	۶۰/۱۷۱	۷/۱۲	۰/۰۰	۰/۲۲	
ترس از ارزیابی توسط دیگران	گروه	۱۷/۵۳	۲	۸/۷۶	۴/۴۱	۰/۰۴	۰/۱۲
	زمان	۴/۵۴	۲/۶۱	۲/۱۹	۰/۱۶	۰/۰۷	
	گروه × زمان	۲۸/۹۵	۸/۳۱	۳/۳۶	۰/۰۵	۰/۱۱	
ترس از صحبت کردن در جمع	گروه	۲۲۷/۹۷	۲	۱۰۸/۵۴	۸/۱۳	۰/۰۰	۰/۲۹
	زمان	۲۰۹/۹۲	۱۵۷/۸۳	۳۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۴۸	
	گروه × زمان	۱۴۱/۷۴	۵۳/۲۸	۵/۱۴	۰/۰۲	۰/۲۶	
ترس از انزوای اجتماعی	گروه	۳۷۵/۶۱	۲	۱۸۷/۸۱	۴/۳۸	۰/۰۴	۰/۰۵
	زمان	۱۲۸۳/۲۶	۷۲۰/۹۳	۱۴/۲۶	۰/۰۰	۰/۳۱	
	گروه × زمان	۷۱۹/۶۲	۲۰۲/۱۴۰	۷/۷۳	۰/۰۰	۰/۱۵	
ترس از آشکار شدن اضطراب	گروه	۲۰۴/۱۵	۲	۱۰۲/۰۷	۹/۱۴	۰/۰۰	۰/۲۸
	زمان	۳۳۵/۴۸	۱۶۲/۰۶	۴۱/۸۶	۰/۰۰	۰/۵۰	
	گروه × زمان	۱۰۶/۹۹	۴۵/۷۲	۶/۱۹	۰/۰۰	۰/۲۲	
اضطراب اجتماعی	گروه	۹۴۵/۶۲	۲	۴۷۲/۸۱	۱۶/۴۶	۰/۰۰	۰/۴۵
	زمان	۱۳۷۷/۵۱	۶۸۸/۷۵	۲۹/۱۹	۰/۰۰	۰/۵۷	
	گروه × زمان	۶۹۹/۸۶	۱۷۴/۹۶	۱۵/۲۱	۰/۰۰	۰/۴۱	

* نتایج بر اساس اصلاح اپسیلین هین-فلت ارائه شده است.

دو روش درمانی در این مورد وجود ندارد. همچنین تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در نمره کل اضطراب اجتماعی معنادار است ($P=۰/۰۰$) و تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این متغیر غیرمعنادار بود ($P \geq ۰/۰۵$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه های اضطراب اجتماعی انجام شد. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، واقعیت درمانی موجب بهبود نگرش به معنای زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه های

نتایج (جدول ۶) نشان می دهد که در مورد خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی اثر بین گروهی، اثر درون گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنادار است. در مورد نمره کل اضطراب اجتماعی اثر بین گروهی ($P=۰/۰۰$)، اثر درون گروهی ($F=۱۶/۴۶$)، اثر درون گروهی ($F=۲۹/۱۹$, $P=۰/۰۰$) و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F=۱۵/۲۱$, $P=۰/۰۰$) معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه بر حسب مقایسه های دو گروهی نشان می دهد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی معنادار ($P=۰/۰۰$) و تفاوت میانگین دو گروه مداخله در مورد این خرده مقیاس ها غیرمعنادار است ($P \geq ۰/۰۵$) و علی رغم اثربخشی دو روش در بهبود خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری میان اثربخشی این

خود دارد (۱۹). در همین راستا واقعیت درمانی با کمک به فرد و با اتکا بر توانایی و ظرفیت درونی خودش سعی در کنترل کردن رفتار و افکار توسط خودش دارد (۲۰) و این فرایند می تواند به کاهش سطح اضطراب در فرد کمک کند. از منظر این رویکرد، رفتار کلی که فرد کنترل مستقیمی بر آن دارد، او را به سوی حس مسئولیت پذیری در قبال اعمال و افکاری که انتخاب نموده سوق می دهد و احساس و فیزیولوژیکی که به صورت غیر مستقیم نشأت گرفته از افکار هست نیز به افزایش تسلط کنترل درونی که نشانه سلامت روانی است، منجر می شود و به این طریق با افزایش کنترل درونی و انتخاب اعمال و رفتار به شیوه آگاهانه و مسئولیت پذیری در مقابل این انتخاب (۱۷)، سطح تردید به خود و اضطراب عملکرد در جمع کاهش پیدا می کند. همچنین به طور کلی درمان گروهی فرصتی فراهم می آورد که فرد درباره مسائل و مشکلاتش صحبت کند؛ احساساتش را در گروه بروز دهد و بازخورد دریافت کند؛ به تعیین طرز تلقی و گرایش دیگران نسبت به خود موفق گردد. بنابراین فرد از طریق مشارکت در گروه می تواند مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت کند و روابط بهتری با دیگران داشته باشد. درمان گروهی، شرکت کنندگان را قادر می سازد با دیگر اعضای گروه شبکه اجتماعی تشکیل دهند که بتوانند به منزله مبنایی برای تغییر محیط عمل کنند. درمان جویان گروهی می توانند از تعامل متقابل گروهی برای افزایش درک و پذیرش ارزش و اهداف استفاده کنند و رفتارها و نگرش‌های معینی را یاد بگیرند یا کنار بگذارند و این خود با اصلاح نگرش فردی و کاهش اضطراب اجتماعی همراه است. از سوی دیگر یادگیری در سرتاسر زندگی فرد به وقوع می پیوندد و یکی از مفاهیم اصول واقعیت درمانی نیز، یادگیری است. ما همان چیزی هستیم که انجام می دهیم و به وسعت زیاد، ما همان چیزی هستیم که یاد میگیریم، انجام دهیم و و هویت ما حاصل یکپارچگی همه رفتارهای یاد گرفته شده و یاد گرفته نشده ما است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می توان گفت که یکی از مهمترین تکنیک‌های این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (۲۱). ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های خود و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات فراوان موجب می شود تا ضمن تحقق اهداف در قالب یک زندگی معنادار،

اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۱۷،۲۰) مبنی بر تاثیر این مداخله درمانی در کاهش علائم اضطرابی، افسردگی و تقویت بهزیستی روانی، امید و خودکارآمدی و همچنین اصلاح افکار تحریف شده و غیرمنطقی در افراد و گروه‌های مختلف همسو است. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود نگرش به معنای زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۲۴-۲۲) مبنی بر اثربخشی این رویکرد درمانی در کاهش علائم اضطرابی و افکار و نگرش‌های ناکارآمد و بهبود بهزیستی در افراد و گروه‌های مختلف همسو است. طبق نتایج مطالعه حاضر، هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب اجتماعی و نگرش به معنای زندگی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی اثربخش بودند و تفاوتی بین آنها وجود نداشت.

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی می توان گفت که واقعیت درمانی، بر این اصل استوار است که ما خود رفتارهایمان را انتخاب می کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل، احساس و فکر می کنیم، هستیم (۱۷). در رویکرد واقعیت درمانی تاکید بر آزادی انسان است و این رویکرد، رفتار را نوعی انتخاب مسئولانه می داند که توسط فرد صورت می گیرد و آن را عامل مهمی در سلامت روان او به شمار می آورد. در این رویکرد به فرد کمک می شود تا رفتار خود را کنترل و انتخاب‌های مناسب تری را با به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد توسط درمانگر و عدم قضاوت بر اساس موارد محدود داشته باشند و بدین طریق با تغییر دیدگاه و نگرش وی را در جهت معنابخشی به زندگی کمک می کند (۱۵). به نظر می رسد، هنگامی که زنان سرپرست خانوار، نتوانند از عهده مسئولیت سرپرستی خانواده به شکل مناسب برآیند، علاوه بر صدماتی که خود خواهند خورد، اعضای خانواده آنها نیز آسیب می بینند. واقعیت درمانی کمک می کند که این افراد با هویت منسجم و موفق بهتر درک کنند که از وجود خود چه می خواهند بسازند و با احساس مسئولیت بیشتر به اداره امور خانواده بپردازند و با غلبه بر موانع، زندگی بامعنایی را برای خود و اعضای خانواده فراهم آورند. در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی باید گفت که کاهش سطح اضطراب منوط به ادراک فرد از میزان کنترلی است که بر زندگی

آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی و تلاش خود را برای رسیدن به هدف به کار گیرد (۲۳). در فرایند پذیرش و تعهد افراد یاد می گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی روزانه، موقعیت های ناراحت کننده را با تغییر نحوه پاسخ خود به آنها سازمان داده و به جای واکنش تکانشی نسبت به چنین شرایطی بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت، با داشتن انعطاف پذیری و عدم سرسختی کاستی های خود را ببینند و بپذیرند (۲۴) و این خود می تواند به معنا بخشی زندگی کمک کند.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصلاح نگرش به معنای زندگی و کاهش اضطراب اجتماعی زنان سرپرست خانوار مبتلا به اضطراب اجتماعی اثربخش بود و تفاوتی بین آنها وجود نداشت. بر این اساس پیشنهاد می شود تا نهادهای ذریبط در طراحی مداخلات و برنامه های آموزشی خود، از این دو رویکرد روانشناسی نیز به منظور کاهش آسیب های روانی در زنان سرپرست خانوار و گروه های با مشکلات مشابه سود بجویند. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، محدود بودن مطالعه و گروه نمونه به شهرستان ساری بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می سازد. بنابراین پیشنهاد می شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع تر صورت پذیرد.

سیاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکترای روانشناسی عمومی مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.035 می باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و کلینیک های مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

فرد با از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی از قبیل یأس و ناامیدی و ضعف عزت نفس که به نوبه خود موجب افزایش شدت اضطراب می شود، رهایی یابد (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات، به فرد در ارزیابی مجدد آنها، حل تعارضات، جمع بندی دوباره آنها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت فرد می شود و فرد طی فرایند پذیرش و تعهد ویژگی های ناشناخته و امور نیمه تمام زندگی اش را برای خود و دیگران آشکار می سازد و در جواب، آنها نیز ممکن است واقعیات و حقایق پنهانی را بیان کنند (۲۳) که این خود فرایند خود می تواند به زندگی بی جهت و بی معنا پایان بخشد. از سوی دیگر، آشکارسازی تعارضات و ممکن می تواند با تغییر و بهبود در کیفیت روابط، شکل گیری و تقویت صمیمیت بین فردی و کاهش عدم صداقت و دفاع های رشد نایافته در بافت ارتباطی به کاهش اضطراب اجتماعی و ایجاد ارتباطی تسهیل شده کمک کند (۲۵). همچنین پذیرش و تعهد یک فرایند درمانی است که موجب افزایش بینش و درک از خود شده و با تغییرات رفتاری، عاطفی و شناختی همراه است که می تواند با تقویت حس مثبت به خود و دیگران به افزایش عزت نفس، توانمندی، خودکارآمدی و رفع اضطراب و تردید نسبت به خود منجر شود (۲۲). در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این است که به فرد کمک شود تا افکار آزاردهنده خود را فقط به عنوان یک فکر تجربه کند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خود آگاه شود و به جای پاسخ دادن به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزشهایش است، بپردازد. درمان ACT توانایی مراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربه خودشان در زمان حال و براساس آنچه در همان لحظه امکانپذیر است، بهبود می بخشد و باعث می شود فرد احساسات و نشانه های فیزیکی و روانی خود را بپذیرد. قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه ها و کاهش اضطراب می شود. درواقع به افراد آموزش داده می شود که هرچه بیشتر در پذیرش و تحمل تجربیات خود توانا تر باشند، به همان میزان می توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. پذیرش جایگزین مهم برای اجتناب است و به بیمار کمک می کند ضمن پذیرش فعال و

References

1. Flatø M, Muttarak R, Pelsler A. Women, weather, and woes: The triangular dynamics of female-headed households, economic vulnerability, and climate variability in South Africa. *World Development*. 2017;90:41-62. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2016.08.015>
2. Masjedi MR, Roshanfekr P, Naghdi S, Higgs P, Armoon B, Ghaffari S, Ghiasvand H. Socio-economic contributors to current cigarette smoking among Iranian household heads: findings from a national household survey. *Journal of Substance Use*. 2020;25(2):217-23. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675788>
3. Ghorbani F, Mohseni R A, Ansari H. A Meta-Analysis of the Needs and Priorities of Life for Women-Headed Households with a Sociological Approach. *refahj*. 2019; 19 (72) :55-90. <https://doi.org/10.29252/refahj.19.72.55>
4. Lebni JY, Gharehghani MA, Soofizad G, Irandoost SF. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health*. 2020;20(1):1-1. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01046-x>
5. Masjedi MR, Roshanfekr P, Naghdi S, Higgs P, Armoon B, Ghaffari S, Ghiasvand H. Socio-economic contributors to current cigarette smoking among Iranian household heads: findings from a national household survey. *Journal of Substance Use*. 2020;25(2):217-23. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675788>
6. von Dawans B, Trueg A, Kirschbaum C, Fischbacher U, Heinrichs M. Acute social and physical stress interact to influence social behavior: The role of social anxiety. *PloS one*. 2018;13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204665>
7. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review*. 2017 Aug 1;56:1-2. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>
8. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*. 2014 Jun 1;40:69-82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
9. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K. Health related quality of life in the female-headed households. *International Journal of Epidemiologic Research*. 2015;2(4):178-83.
10. Chu ST, Mak WW. How Mindfulness Enhances Meaning in Life: A Meta-Analysis of Correlational Studies and Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*. 2020:1-7.
11. Frankl VE. *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin; 2014 Jun 24.
12. Furman AA. Intentionality as an essential feature of the personality's meaning-life existence. *Psychology & society*; 2019(3-4):118-37. <https://doi.org/10.35774/pis2019.03.118>
13. Alves D, Neimeyer RA, Batista J, Gonçalves MM. Finding meaning in loss: a narrative constructivist contribution. In *Clinical handbook of bereavement and grief reactions 2018* (pp. 161-187). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65241-2_8
14. Stavrova O, Pronk T, Kokkoris MD. Finding meaning in self-control: The effect of self-control on the perception of meaning in life. *Self and Identity*. 2020;19(2):201-18. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1558107>
15. Ebnosharieh J, Aghili SM. Effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2018 Dec 10;20(4):53-60.
16. Soliemani E, Babaei K. On the Effectiveness of Group Reality Therapy based on Choice Theory in Anxiety and Hope for Drug-Dependent Individuals During Abstinence. *Am J Addict*. 2016; 10(6): 137-150.
17. Farshchi N, Kiani Q, Chiti H. Effectiveness of Group Therapy Reality in Reducing Depression, Anxiety and Increased Compliance to Treatment in Patients with Diabetic Type 1. *J Adv Med Biomed Res*. 2018; 26 (117) :74-85.
18. Glasser W. *Reality therapy in action*. HarperCollins Publishers; 2000.
19. Pouravari M, Zandipour T, Pouravari M, Salehi S. The Effectiveness of Group Choice Theory and Reality Therapy Training on Reducing the Aggression in Female Students. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2018 Jan 29;3(4):50-6.
20. Khaleghi N, Amiri M, Taheri E. Effectiveness of group reality therapy on symptoms of social anxiety, interpretation bias and interpersonal relationships in adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017;19(2):77-83.

21. Sewart AR, Niles AN, Burklund LJ, Saxbe DE, Lieberman MD, Craske MG. Examining Positive and Negative Affect as Outcomes and Moderators of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behav. Ther.* 2019;50(6):1112-24. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.001>
22. Yuen EK, Goetter EM, Stasio MJ, Ash P, Mansour B, McNally E, Sanchez M, Hobar E, Forte S, Zulaica K, Watkins J. A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. *J Contextual Behav.* 2019;12(5):47-54. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.01.006>
23. Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G, Carlbring P. Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *J. Anxiety Disord.* 2016;44(9):27-35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
24. Masuda A, Hayes SC, Fletcher LB, Seignourel PJ, Bunting K, Herbst SA, Twohig MP, Lillis J. Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behavior research and therapy.* 2007 Nov 1;45(11):2764-72. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.008>
25. - Far ST, Gharraee B, Birashk B, Habibi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2017;11(4). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3459>
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44(1):1-25.
27. Aslami N, Khabar M, Hashemi L. The relationship between perfectionism and social anxiety due to the mediating role of self-esteem among third grade students in high schools in Shiraz. *Teaching and Assessment.* 2012; 6(23):105-21.
28. Kazemi H, Vaziri M, Abedi A. The Effectiveness of Problem Solving Training on Test Anxiety and Social Anxiety In Primary School Students. *Social Cognition* 2016; 5(1): 98-110.
29. Battista J, Almond R. The development of Life Regard Index. *Psychiatry.* 1973;36(4):409-27.
30. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iranian students. *International Journal for the Advancement of Counselling.* 2015;37(1):54-62.