

April-May 2022, Volume 10, Issue 1

[10.22034/IJPN.10.1.46](https://doi.org/10.22034/IJPN.10.1.46)

## The Effect of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Symptoms of Social Anxiety in Shy Girls Adolescents

Fatemeh Karimi Azar<sup>1</sup>, Rana Saken Azari<sup>2\*</sup>, Parviz Abdoltajedini<sup>3</sup>,  
Masoumeh Azmoudeh<sup>4</sup>

1- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

**Corresponding author:** Rana Saken Azari, Department of Psychology, Sarab Branch, Islamic Azad University, Sarab, Iran.

**Email:** karimiazar.28144@gmail.com

Received: 7 Nov 2021

Accepted: 9 April 2022

### Abstract

**Introduction:** Shyness as a disability overlaps with social anxiety disorder. Acceptance and commitment therapy is one of the interventions that has been used in the treatment of many anxiety and mood disorders. The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on the symptoms of social anxiety in adolescent girls.

**Methods:** The statistical population of this experimental research included all-female high school students in Tabriz in the academic year 2020-2021, that 30 students who received the diagnosis of shyness in accordance with the cutoff score in the Revised Cheek and Buss Shyness Scale (1983) were selected by multi-stage cluster and available sampling and they were randomly replaced in experimental and control groups (15 people in each group). Both groups completed the social phobia scale of Connor et al. and after completing eight sessions of acceptance and commitment-based therapy (two sessions per week for 4 weeks) in the experimental group, the scale was completed by the groups. Data were analyzed using the analysis of covariance in SPSS.16.

**Results:** Based on the results of the analysis of covariance, it was found that acceptance and commitment-based therapy has a significant effect on the symptoms of social anxiety in shy female students ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Considering that teaching acceptance and commitment-based therapy has an effect on the symptoms of social anxiety in shy female students; Teaching this therapeutic approach is suggested as an effective intervention method to improve the symptoms of social anxiety in shy students.

**Keywords:** Education, Acceptance and commitment based therapy, Social anxiety, Shyness.



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو

فاطمه کریمی آذر<sup>۱</sup>، رعنا ساکن آذری<sup>۲\*</sup>، پرویز عبدالتاجدینی<sup>۳</sup>، معصومه آزموده<sup>۴</sup>

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

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

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

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: رعنا ساکن آذری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

ایمیل: karimiazar.28144@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** کمرویی به عنوان یک ناتوانی با اختلال اضطراب اجتماعی همپوشانی بالایی دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله مداخلاتی است که در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی و خلقی به کار رفته است؛ این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو انجام شد.

**روش کار:** جامعه آماری این پژوهش آزمایشی دربرگیرنده کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که تعداد ۳۰ دانش آموز مطابق با نمره برش در مقیاس تجدید نظر شده کمرویی چک تشخیص کمرویی را دریافت کرده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای و در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در گروه های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه مقیاس فوبی اجتماعی کانور و همکاران را تکمیل کردند و پس از اتمام هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هفته ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) در گروه آزمایش، مقیاس مذکور توسط گروهها تکمیل شد. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS.16 تحلیل شدند.

**یافته ها:** براساس نتایج تحلیل کواریانس مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو تاثیر معناداری دارد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اینکه آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو تاثیر دارد؛ آموزش این رویکرد درمانی به عنوان یک روش مداخله ای مؤثر برای بهبود نشانه های اضطراب اجتماعی دانش آموزان کمرو پیشنهاد می شود.

**کلید واژه ها:** آموزش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب اجتماعی، کمرویی.

### مقدمه

نشانه های جسمانی اضطراب مانند افزایش ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می کنند [۱]. یکی از مطالعات صورت گرفته همه گیرشناسی شیوع کمرویی را در بین دختران و پسران به ترتیب ۲۶٪ و ۱۹٪ تخمین زده اند [۲]؛ در حالی که بررسی دیگری، شیوع این مشکل را بین دختران و پسران ۱۲٪ گزارش کردند [۳]. کمرویی به عنوان یک ناتوانی با اختلال اضطراب اجتماعی همپوشانی دارد و تقریباً ۱۸ الی ۴۹٪ افراد کمرو دارای ملاکهای اختلال

کمرویی نوعی احتیاط مفرط در روابط بین فردی و توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش های جسمانی نسبت به خود است که می تواند حداقل دربرگیرنده یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد؛ چنانچه افراد کمرو از ابراز وجود می هراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود بسیار حساس هستند، به سرعت دستپاچه می شوند و

حدوداً شش فرایند اصلی سازماندهی شده است: پذیرش، ناهمجوئی، ارتباط با لحظه حال، خود، ارزش ها و اقدام متعهدانه. اکثر اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تمرین های تجربی، روش های توجه آگاهی و استفاده خاص از زبان (به عنوان مثال، استعاره ها و پارادوکس ها) به مراجعان آموزش داده می شوند. هدف همه اینها این است که آثار زاینبار زبان بیش از حد کلامی در زمینه هایی برطرف شود که نیازمند انعطاف پذیری بیشتر روانی هستند. بنابراین، به جای درک محیط خارجی و داخلی خود از طریق آنچه که فکر می کنند، مراجعان مستقیماً با آنچه که در اینجا و حال اتفاق می افتد، ارتباط برقرار می کنند [۱۵]. در خصوص بررسی کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دهه های اخیر تحقیقاتی انجام شده است. به عنوان مثال، کشاورز افشار، رافعی و میرزایی [۱۶] در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث کاهش نشانه های اضطراب فراگیر شد؛ چنانچه در در مولفه های اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تایید بیماران کاهش معناداری مشاهده شد. نریمانی، پورعبدل و بشرپور [۱۷] اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص مورد تایید قرار دادند. تقی زاده و ملاحی [۱۸] اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خودپنداره زنان چاق نشان دادند. چنانچه ملاحظه می شود اکثر این تحقیقات بر روی جمعیت هایی غیر از افراد کمرو صورت گرفته اند (برای مثال، دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص [۱۷] و خودپنداره زنان چاق [۱۸] و درخصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر نشانه های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو مطالعه ای به صورت مستقیم صورت نگرفته است؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو انجام شد.

### روش کار

این پژوهش آزمایشی، با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. با توجه به اینکه در طرحهای آزمایشی و نیمه آزمایشی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروهها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۱۹]، در این پژوهش تعداد

اضطراب اجتماعی تشخیص داده می شوند [۴]. با در نظر گرفتن این داده ها، توافق کلی بر این است که جداسازی سازه های کمرویی و اختلال اضطراب اجتماعی بسیار دشوار است و این سازه ها از نشانه های همپوشی بالایی برخوردار هستند [۵].

ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس یا اضطراب محسوس یا شدید از موقعیت های اجتماعی است که در آن ها ممکن است فرد مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد، فرد می ترسد که به شیوه خاصی عمل کند یا به نظر برسد یا نشانه های اضطراب بروز دهد که دیگران آن ها را به صورت منفی ارزیابی کنند. فرد اغلب از موقعیتهای اجتماعی که می ترسد، اجتناب می کند و گرنه، این موقعیتهای با ترس یا اضطراب شدید تحمل می شوند، ترس یا اضطراب با خطر واقعی ارزیابی منفی شدن یا پیامدهای چنین ارزیابی منفی، بی تناسب قضاوت میشود، مدت این اختلال معمولاً حداقل ۶ ماه است و ترس، اضطراب و اجتناب باید روال عادی، عملکرد شغلی یا تحصیلی، یا فعالیتهای اجتماعی یا روابط فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل کند یا باید ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد او ایجاد کند [۶].

میزان شیوع ۳۰ روزه اختلال اضطراب اجتماعی در بیشتر کشورها ۱/۳٪، ۲/۴٪ و ۴/۱٪ گزارش شده است [۷]. شیوع این اختلال در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است؛ چنانچه، نتایج شیوعشناسی در استان گلستان نشان داد که ۱۰/۱٪ افراد از این اختلال رنج میبرند که نسبت شیوع این اختلال در زنان به مردان نسبت ۱-۱/۳ است [۸]. همچنین، شیوع اضطراب اجتماعی در نوجوانان تهران ۳/۲٪ [۹] و دانشجویان ارومیه ۵/۲٪ گزارش شد [۱۰]. نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به طور کلی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می شوند [۱۱].

کمرویی یک پدیده اجتماعی و بینفردی و اساساً رفتاری اکتسابی و آموخته شده است که برای درمان آن باید تمهیدات خاصی در نظر گرفته شود تا رفتار جدید و مطلوب اجتماعی آموخته شود [۱۲]؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از جمله مداخلاتی است که در سالهای اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به سوی خود کرده است [۱۳]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد [۱۴] و پیرامون

گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد: مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی (Revised Cheek and Buss Shyness Scale): توسط Cheek در سال ۱۹۸۳ برای سنجش کمرویی ساخته شده است و از ۱۴ سوال و سه خرده مقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس، پریشانی و دوری‌گزینی و گستره کمرویی در ارتباط با افراد ناآشنا تشکیل شده است که در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم، ۵=کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. سوالات ۶، ۹، ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمره کل کمرویی با جمع کردن نمرات خرده مقیاسها به دست می‌آید. نمرات این پرسشنامه در دامنه ای بین ۱۴ تا ۷۰ قرار می‌گیرند؛ به طوری که دریافت نمره نزدیک به ۱۴ در این پرسشنامه بیانگر کمرویی بالا و دریافت نمره نزدیک به ۷۰ بیانگر کمرویی پایین است [۲۰]. رای [۲۱] در مطالعه خود پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تعیین ثبات را با استفاده از روش بازآزمایی آن را ۰/۸۸ دست آورد. رامک، همایونی، طالبزاده و سنگانی [۲۲] پایایی کل پرسشنامه را به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۲ گزارش کردند. در این پژوهش، روایی محتوایی کیفی مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی با نظر ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و تایید قرار گرفت و پایایی کل مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس فوبی اجتماعی (Social Phobia Inventory): توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است و دارای ۱۷ سؤال و سه خرده مقیاس ترس (۱-۳-۵-۱۰-۱۴-۱۵)، اجتناب (۴-۶-۸-۹-۱۱-۱۲-۱۶) و ناراحتی فیزیولوژیک (۲-۷-۱۳-۱۷) است که براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه=۵ تا بی‌نهایت=۰) نمره گذاری می‌شود. نمرات این پرسشنامه در دامنه ای بین صفر تا ۶۸ قرار می‌گیرند. نمرات بیشتر از آن نشان‌دهنده هراس اجتماعی بالا و نمرات کمتر از آن نشان‌دهنده هراس اجتماعی پائین است. به علاوه، نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیصی ۰/۷۸ آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و گروه کنترل غیر روانپزشکی و نقطه برش ۱۶ با کارایی تشخیصی ۰/۸۰ افراد با اختلال هراس اجتماعی را از گروه کنترل روانپزشکی فاقد هراس اجتماعی تمیز می‌دهد [۲۳]. کانور و همکاران [۲۳] ضریب پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در گروه‌های دارای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش کردند.

۳۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به شکل تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. بدین ترتیب که از بین نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر تبریز تعداد ۲ ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر ناحیه تعداد ۲ مدرسه به صورت تصادفی مشخص شدند و از هر مدرسه تعداد ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. دانش‌آموزان این ۶ کلاس (تعداد ۱۷۴ نفر) مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی را تکمیل کردند، سپس تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان که مطابق با نمره برش نزدیک به ۱۴ در پرسشنامه مذکور، تشخیص کمرویی را دریافت کردند، به صورت در دسترس انتخاب شده و پس از اعلام فراخوان در مدارس و ارسال دعوت‌نامه برای والدین شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص کمرویی براساس نمره برش نزدیک به ۱۴ در مقیاس تجدیدنظر شده کمرویی Cheek؛ تحصیل در مقطع دبیرستان؛ عدم دریافت آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان؛ در حالی که عدم موافقت برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم تکمیل پرسشنامه و عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل داد.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد تبریز و موافقت مسئولین ذیربط به آموزش و پرورش شهر تبریز مراجعه شد. پس از مشخص کردن نواحی و مدارس مربوط، متناسب با حجم نمونه با دانش‌آموزانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک‌تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روانشناسی شهر تبریز اجرا شد. گروه آزمایش در معرض آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی قرار گرفت؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت گروهی ابزار پژوهشی را تکمیل کردند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، کد کمیته اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.068 اخذ شد. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط والدین شرکت‌کنندگان تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. به منظور

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش: براساس پروتکل درمانی باخ و هیز [۲۵] به آزمودنی های گروه آزمایشی دوم طی هشت جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی آموزش داده شد (جدول ۲). در پژوهش حاضر روایی محتوای کیفی جلسات آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی دو مرحله توسط ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و پس از انجام اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت.

ویژگیهای روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط حسوند عموزاده و روشن چلسی [۲۴] پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در کلیه خرده مقیاسهای ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک در دامنه ای بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. در این پژوهش، روایی محتوایی کیفی مقیاس فوبی اجتماعی با نظر ۳ تن از اساتید دانشگاه آزاد تبریز مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت و پایایی کل مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باخ و هیز [۲۵]

| جلسات      | هدف، محتوا و تکلیف   |
|------------|--|
| جلسه اول   | هدف: معارفه، توضیح منطق درمان.<br>محتوا: معرفی و آشنایی افراد گروه با یکدیگر، توضیح منطق درمان و محورهای اساسی آن، بررسی اهمیت آموزش روش پذیرش و تعهد، معرفی اجمالی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بحث درباره موقتی و تأثیر کم روش‌های برقراری ارتباطی که در کمروبی دیده میشود، با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تهیه فهرستی از موارد مربوط به اهمیت و ضرورت اصلاح روش‌های برقراری ارتباط و ارزیابی آنها. |
| جلسه دوم   | هدف: مفهوم‌پردازی مورد و کارکردی.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، مفهوم‌پردازی مورد با استفاده از اطلاعات فردی درباره محیط گذشته و حال، معرفی تحلیل کارکردی ABC به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده با استفاده از تمثیل و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تکمیل فرم تحلیل کارکردی ABC.                      |
| جلسه سوم   | هدف: ارزیابی راهبردهای کنترل / اجتنابی.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، کمک به شرکت‌کنندگان برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل (کنترل راه‌حل نیست، بلکه مسئله است) و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، بررسی اجتناب و توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، توضیح درماندگی خلاقانه، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تهیه فهرستی از راهبردهای کنترل / اجتنابی.                              |
| جلسه چهارم | هدف: ارتقای پذیرش فعال.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش گام‌های پذیرش، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها، معرفی استعاره تقلا در ناودان، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تهیه فهرستی از وقایع شخصی دردناک.   |
| جلسه پنجم  | هدف: آموزش ناهمجوشی شناختی.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، عینیت بخشیدن به محتوای روانشناختی و تغییر قواعد زبانی با استفاده از جداسازی تأثیرات مخرب زبان و شناخت بر یکدیگر از طریق تمثیل، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تهیه فهرستی از همجوشی‌های شناختی یا افکاری که به صورت عینی و جدی تلقی می‌شوند.   |
| جلسه ششم   | هدف: آموزش ارتباط با لحظه اکنون.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، آموزش راهبردهای ذهن‌آگاهی برای ارتقای تماس با لحظه‌های زندگی و دیدگاه‌گیری، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تمرین تن آرامی و ذهن آگاهی.  |
| جلسه هفتم  | هدف: آموزش بافتار انگاشتن خویشتن.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح مفاهیم خود به عنوان محتوا، فرایند و زمینه، بررسی ارزیابی‌ها و توصیفات کلامی (خود به عنوان محتوا)، آموزش مشاهده فرایندهای مداوم نظیر افکار، احساسات و حواس بدنی خود (خود به عنوان فرایند) و توضیح احساس برتر و متعالی از خود (خود به عنوان زمینه یا بافتار)، دریافت بازخورد و جمع‌بندی جلسه.<br>تکلیف: تمرین مشاهده خویشتن به عنوان بافتار.  |
| جلسه هشتم  | هدف: آموزش ارزش‌ها، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار.<br>محتوا: بررسی تکلیف و مرور خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح و روشن‌سازی ارزش‌ها، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها، تعیین و تنظیم هدف، تکالیف، رشد مهارت‌ها، مواجهه و شکل دهی رفتار بر مبنای ارزش‌ها و طراحی فعالیت و ایجاد انگیزه برای تغییر، آموزش تعهد به عمل، خلق الگوهای بزرگ‌تر عمل متعهدانه برای تغییر زندگی، جمع‌بندی کلیه جلسات.   |

و چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس تک

**یافته ها**

نفر) از شرکت کنندگان گروه کنترل ۱۵-۱۶ ساله، ۶۰٪ (۹ نفر) ۱۶-۱۷ ساله، ۱۳/۳٪ (۲ نفر) ۱۷-۱۸ ساله بود. براساس نتایج آزمون مجذور کای می توان بیان داشت که میان گروه های دریافت کننده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه به لحاظ وضعیت سنی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). آماره توصیفی متغیر اضطراب اجتماعی در گروه های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در (جدول ۲) درج شده است.

در این پژوهش ۳۰ دانش آموزان دوره دوم متوسطه دختر کمر و شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به ترتیب  $15/50 \pm 2/4$  و  $15/00 \pm 3/0$  بود؛ سن  $6/7$ ٪ (۱ نفر) از شرکت کنندگان گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵-۱۶ ساله،  $53/3$ ٪ (۸ نفر) ۱۶-۱۷ ساله و  $40$ ٪ (۶ نفر) ۱۷-۱۸ ساله بود، همچنین سن  $26/7$ ٪ (۴ نفر)

**جدول ۲:** آماره های توصیفی متغیر اضطراب اجتماعی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های دریافت کننده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه

| متغیر          | گروه                             | پیش آزمون |                  | پس آزمون |                  |
|----------------|----------------------------------|-----------|------------------|----------|------------------|
|                |                                  | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| اضطراب اجتماعی | درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش گواه | ۲۹/۴۰     | ۱/۶۳             | ۲۵/۳۳    | ۱/۳۶             |
|                |                                  | ۲۹/۲۶     | ۱/۸۳             | ۲۹/۵۳    | ۱/۸۴             |

تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقدار  $F=38/140$ ،  $p=0/478$  تأیید گردید. پس از وارد کردن متغیرهای همپراش نیز نتیجه تک متغیره معنی داری با توجه به نمره متغیر اضطراب اجتماعی دارد ( $F(21,4)=129/771$ ،  $p=0/001$ )،  $F(21,4)=129/771$ ،  $p=0/001$ ، ضریب لامدای ویکلز؛  $\eta^2=0/16$ )؛ در بین گروه های دریافت کننده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و گواه داریم. بدین معنا که بین گروه های مورد مطالعه حداقل در یکی از مولفه های متغیر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛ از این رو، از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره با هدف تعیین تفاوت استفاده گردید که نتایج آن در (جدول ۳) درج شده است.

چنانچه در (جدول ۲) ملاحظه می شود، پس از اجرای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش میانگین نمرات دانش آموزان دوره دوم متوسطه دختر کمر و در متغیر اضطراب اجتماعی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در گروه آزمایش کاهش یافت. به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس متغیر اضطراب اجتماعی به ترتیب با استفاده از آزمون های شاپیرو ویلک با مقدار  $p > 0/05$  و لوین با مقدار  $F=10/146$ ،  $p=0/410$  تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقدار  $F=250/236$ ،  $p=0/402$  مورد تأیید قرار گرفت. مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از محاسبه مقدار  $F$

**جدول ۳:** نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مولفه های اضطراب اجتماعی و تحلیل کواریانس تک متغیره برای اضطراب اجتماعی در گروه های مورد مطالعه

| متغیر                    | مراحل پژوهش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آماری |
|--------------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|----------|------------|
| ترس                      | پیش آزمون   | ۵۶/۰۲۱        | ۱          | ۵۶/۰۲۱          | ۱۰۶/۳۲۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۴۸    | ۱          |
|                          | گروه        | ۷۰/۶۹۶        | ۲          | ۷۰/۶۹۶          | ۱۳۴/۱۷۸ | ۰/۰۰۱        |          |            |
|                          | خطا         | ۱۲/۶۴۵        | ۲۴         | ۰/۵۲۷           |         |              |          |            |
| اجتناب                   | پیش آزمون   | ۵۴/۰۵۹        | ۱          | ۵۴/۰۵۹          | ۳۹/۳۹۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۶۴    | ۱          |
|                          | گروه        | ۱۰۶/۸۹۶       | ۳          | ۱۰۶/۸۹۶         | ۷۷/۹۰۲  | ۰/۰۰۱        |          |            |
|                          | خطا         | ۳۲/۹۳۳        | ۲۴         | ۱/۳۷۲           |         |              |          |            |
| ناراحتی فیزیولوژیک       | پیش آزمون   | ۱/۹۶۸         | ۱          | ۱/۹۶۸           | ۵/۶۰۷   | ۰/۰۲۶        | ۰/۰۶۲    | ۱          |
|                          | گروه        | ۱۶/۴۹۱        | ۱          | ۱۶/۴۹۱          | ۴۶/۹۷۵  | ۰/۰۰۱        |          |            |
|                          | خطا         | ۸/۴۲۵         | ۲۴         | ۰/۳۵۱           |         |              |          |            |
| اضطراب اجتماعی (نمره کل) | پیش آزمون   | ۵۶/۰۰۵        | ۱          | ۵۶/۰۰۵          | ۱۱۳/۷۱۹ | ۰/۰۰۱        | ۰/۰۹۰    | ۱          |
|                          | گروه        | ۹۵/۸۰۲        | ۱          | ۹۵/۸۰۲          | ۱۹۴/۵۲۸ | ۰/۰۰۱        |          |            |
|                          | خطا         | ۱۱/۸۲۰        | ۲۴         | ۰/۴۹۲           |         |              |          |            |
|                          | کل          | ۲۲۷۹۵/۰۰      | ۳۰         |                 |         |              |          |            |



مداخله مذکور بر اضطراب سلامتی همراستاست. در واقع فرایندهای مرکزی درمان به دانش آموزان دختر کمرو آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش های شان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیتهای هدف محور پیوند دهند که این امور منجر به کاهش مولفه اجتناب در اضطراب اجتماعی شد.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مولفه ناراحتی فیزیولوژیک در اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو موثر است. این یافته با تحقیقات نریمانی و همکاران [۱۷] مبنی بر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص و تقی زاده و ملاحی [۱۸] مبتنی بر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره زنان چاق همراستاست.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی دارد تا آنها افکار آزار دهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزشهایشان است، بپردازند. دانش آموزان دختر کمرو با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند و ناراحتی فیزیولوژیک را در اضطراب اجتماعی کاهش دادند.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مولفه نشانه های اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو موثر است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات اسماعیلی و همکاران [۲۷] و نریمانی و همکاران [۱۷] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلال اضطراب اجتماعی همسو است.

دانش آموزان دختر کمرو احتمالاً از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که به ارزیابی تاثیر و اصلاح روش های مواجهه با نشانه های حاصل از اضطراب اجتماعی بپردازند؛ راهبردهای ناکارآمد کنترل و اجتناب از تجارب دردناک ناشی از کمرویی را شناسایی و بدون

پس از خارج کردن اثر پیش آزمون و متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کواریانس تک متغیره، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد؛ به طوری که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه کنترل بر ترس ( $F(24,1)=134/178, p=0/001, \eta^2=0/14$ )، اجتناب ( $F(24,1)=77/902, p=0/001, 2\eta=0/16$ )، ناراحتی فیزیولوژیک ( $F(24,1)=46/975, p=0/001, 2\eta=0/06$ ) و نمره کل اضطراب اجتماعی ( $F(24,1)=194/528, p=0/001, 2\eta=0/09$ ) دانش آموزان دختر کمرو موثر است. توان آماری به دست آمده برابر با ۱ بیانگر حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه گیری است.

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نشانه های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مولفه ترس در اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو موثر است. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات کشاورز افشار و همکاران [۱۶] مبتنی بر تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش نشانه های اضطراب فراگیر و مولفه های اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تایید بیماران و علویزاده و شاکریان [۲۶] مبنی بر تاثیر مداخله مذکور بر کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی زنان دارای تجربه فرازناشویی همسو است.

درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به دانش آموزان دختر کمرو یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند، به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزش هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. با استفاده از این درمان، به خوبی می توان مشکلات روانشناختی مانند نشانه های اضطراب اجتماعی را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه ای در این افراد نیز شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله کاهش مولفه ترس در اضطراب اجتماعی در نوجوانان دختر کمرو شد.

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مولفه اجتناب در اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمرو موثر است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه اسماعیلی، امیری، عبدی و مولوی [۲۷] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اختلال اضطراب اجتماعی و هافمن، هالسیو، اینبرگ، جنسن و فروستولم [۲۸] مبنی بر تاثیر

می شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دانش آموزان مقاطع تحصیلی بالاتر و یا پایین تر در سایر شهرها و بر روی نمونه ای متشکل از پسران انجام دهند و از نمونه گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین، تأثیر مداخله مورد بحث را پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

### نتیجه گیری

یافته های این مطالعه به خوبی نشاندهنده تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نشانه های اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر کمری می باشد؛ لذا توجه بیشتری به تحقیق و بررسی علمی در زمینه امکانسنجی و بررسی تأثیر مداخله مذکور بر نشانه های اضطراب اجتماعی ضروری به نظر می رسد تا در صورت تایید مجدد بتوان از نتایج حاصل از این تحقیق استفاده بیشتری نمود و بایستی مسئولان و دست اندرکاران نظام آموزش و پرورش در زمینه امکان استفاده از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مشکل اضطراب اجتماعی دانش آموزان مقطع متوسطه کمری آگاهی رسانی های لازم را انجام دهند.

### سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می بینند از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند که تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

### References

1. Poolea LK, Van Lieshout RJ, chmidt LA. Exploring relations between shyness and social anxiety disorder: The role of sociability. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.5.7>
2. Onukwufor JN, Iruloh BRN. Prevalence, Gender and Level of Schooling Differences in Secondary School Students Level of Shyness. *Journal of Education and Practice*. 2017;8(2):93-100.
3. Burstein M, Ameli-Grillon L, Merikangas KR. Shyness Versus Social Phobia in US Youth. *Pediatrics*.2011;128(5):917-925. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1434>
4. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Differentiating social phobia from shyness. *J Anxiety Disord*.2009;23(4):469-76.

کشمکش آن ها را پذیرفتند، به محتوای روانشناختی و تغییر قواعد زبانی با استفاده از جداسازی تأثیرات مخرب زبان و شناخت بر یکدیگر عینیت بخشیدند؛ با استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی برای ارتقای تماس با لحظه های زندگی خود و دیدگاه گیری آموختند تا با استفاده از یک رویکرد غیرقضاوتی به تجربیات درونی با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش نشانه های اضطراب اجتماعی، توجه آگاهانه و تأکید در زمان حال بودن و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند و عدم اجتناب از احساسات، پیامدهای دردناک کمرویی را بپذیرند؛ همچنین دانش آموزان کمری با بررسی ارزیابی ها و توصیفات کلامی خود از کمرویی، یادگیری مشاهده فرایندهای مداوم نظیر افکار، احساسات و حواس بدنی خود حین بروز نشانه های اضطراب اجتماعی و توضیح احساس برتر و متعالی از خود در رابطه با کمرویی (خود به عنوان زمینه یا بافتار)، خویشتر را به عنوان یک بافتار مشاهده کردند؛ از طریق اقدام متعهدانه، با وجود مشکلاتی که در رابطه با کمرویی خود با آن مواجه هستند، در جهت ارزشهای انتخابی خود رفتار کرده و جهت گیری های منتخب زندگی خود را جهت بهبود رابطه بیابند و این مسائل به نوبه خود منجر به کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی شد.

پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیت هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته های پژوهش به سایر نمونه ها را کاهش می دهد از دیگر محدودیت های پژوهش می توان به نمونه گیری دردسترس اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از جمله محدودیت های اساسی این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.10.002>

5. Antony MA. The Shyness and Social Anxiety Workbook (A New Harbinger Self-Help Workbook). 1th. ed. New Harbinger Publications;2018.
6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
7. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Med*.2017;31;15(1):143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
8. Talepasand S, Nokani M. Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic



- Correlates. Archives of Iranian Medicine. 2012; 13 (6):66-72.
9. Mohammadi MR, Alavi A, Mahmoodi J, Shahrivar Z, Tehranidoost M, Saadat S. Prevalence of Psychiatric Disorders amongst Adolescents in Tehran. Iran J Psychiatry. 2008; 3(3):100-4.
  10. Norouzi M, Michaeli Manee F, Issazadegan A. The Prevalence of self-reported Social Anxiety Disorder on Iranian Students. Stud Med Sci. 2016;27(2):155-166.
  11. Leighcorresponding E, Clark DM. Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995). Clin Child Fam Psychol Rev. 2018;21(3):388-414. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0258-5>
  12. Vaiskarami HA, Adavi H, Azadbakht Leila Amairian Z. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention training in decreasing the Students test anxiety and Shyness. Journal of Applied Psychological Research. 2017;8(3):29-45.
  13. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2th. ed. New York: Guilford Press; 2016.
  14. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. 4th. ed. New York: Springer Press; 2013.
  15. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists 2th, ed, New York: Context Press; 2017.
  16. Keshavarz Afshar H, Rafie Z, Mirzaei A. The effectiveness of commitment and acceptance therapy (ACT) on generalized anxiety disorder. Payesh. 2018; 17(3):289-96.
  17. Narimani M, Pourabdol S, Bashirpour S. The effectiveness of acceptance/commitment-based education on reducing social anxiety in students with special learning disabilities. Learning Disabilities. 2016;6(1):121-140.
  18. Taghizadeh MA, Malahi M. Acceptance and commitment education based on weight, body image, self-concept of obese women. Proceedings of the 3th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Torbat Heydariyeh: Torbat Heydariyeh University; 2016:41-42.
  19. Borg W, Gall J, Borg W. Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences. 8th. ed. New York: SAGE Publications, Inc; 2017.
  20. Cheek JM. The revised Cheek and Buss Shyness Scale. Unpublished manuscript, Wellesley College; 1983. <https://doi.org/10.1037/t05422-000>
  21. Rai R. (dissertation). Shyness and sociability re-examined: psychometrics, interactions, and correlates. McMaster University: Hamilton, Ontario; 2011.
  22. Ramak N, Homayouni A, Sangani A, Talebzadeh M. Providing model for prediction of shyness through Alexithymia, feeling of loneliness and social identity in student high school girls. Rooyesh. 2019;8(3):91-100.
  23. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry. 2000; 176(4):379-86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
  24. Hasanvand Amouzadeh M, Roshan Chesli R. The relationship between Behavioural Brain system and gender with social anxiety. Journal of shahaid beheshti University of Medical Sciences. 2013;18(3):114-121.
  25. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002; 70(5):1129-1136. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.5.1129>
  26. Alavi Zadeh F, Shakarian A. Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Symptoms of Stress, Anxiety, and Depression in Women with Extracurricular (Emotional, Sexual) Experiences. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;4(6):8-13. <https://doi.org/10.21859/ijpn-04063>
  27. Esmaili L, Amiri SH, Abedi, MR, Molavi H. Effectiveness of acceptance and commitment based treatment on compassion, on the social anxiety of adolescent girls aged 14-18 years old in Isfahan. Quarterly Journal of Clinical Psychology. 2018;8(30):17-138.
  28. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen, J, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety journal of contextual behavioral science. contextual behavioral science. 2014;3(3):189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.004>