

مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۸

خلاصه

مقدمه: زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی متعدد قرار دارند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری، کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ بودند که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش تحت واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی والدگری دومکا و همکاران و مقیاس اضطراب اجتماعی جرابک بود. داده‌ها توسط روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی والدگری با اثر بین‌گروهی ($F=19/69, p=0/000$)، درون‌گروهی ($F=8/25, p=0/002$)، اثر تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی ($F=12/84, p=0/000$) و در اضطراب اجتماعی با اثر بین‌گروهی ($F=16/46, p=0/000$)، درون‌گروهی ($F=29/19, p=0/000$) و اثر تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی ($F=15/21, p=0/000$) مؤثر است.

نتیجه‌گیری: واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند بر بهبود خودکارآمدی والدگری و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شوند و تفاوتی بین آن‌ها از این جهت وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، پذیرش و تعهد، خودکارآمدی والدگری، اضطراب اجتماعی، زنان سرپرست خانوار

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

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

پست الکترونیکی: emadian2012@yahoo.com. تلفن: ۰۹۱۱۳۵۱۱۷۹۱

مقدمه

والدگری با فرزند را دارد [۱۱]. مادرانی که نقش والدگری خود را مؤثر می‌دانند، روابطی گرم و منظم با فرزندان خود دارند و برعکس، مادرانی که احساس ناکارآمدی می‌کنند، در رابطه خود با فرزندان دچار مشکل می‌شوند [۱۲]. در زنان سرپرست خانوار، تجربه اضطراب اجتماعی و به دنبال آن پدیده خودکارآمدی والدگری ضعیف معضلاتی با ماهیت روانی و ارتباطی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز مشکلات و آسیب‌های بیشتر در این افراد باشند [۵] و باید به دنبال شناسایی راهکارهای مؤثر در ارتقای ظرفیت‌های بالقوه در آنها به منظور کاهش فشار روانی از جمله اضطراب اجتماعی و ضعف در خودکارآمدی والدگری و در نتیجه ایجاد سازگاری بیشتر در آنها بود. به نظر می‌رسد که رویکرد واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در این زمینه باشند.

هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است [۱۳]. درمانگران واقعیت‌درمانی معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان‌جویان، فقدان روابط رضایت‌بخش یا موفق در تعامل با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند [۱۴، ۱۵]. عدم انکار واقعیت، مسئولیت‌پذیری و بر این اساس، برنامه‌ریزی جهت دستیابی به اهداف، از اصلی‌ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است [۱۶]. در مطالعات متعدد اثربخشی واقعیت‌درمانی در کاهش علائم اضطرابی و افزایش امیدواری نقش در افراد معتاد [۱۳]؛ کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی [۱۵]؛ افزایش خودکارآمدی زنان معتاد [۱۷] و کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان [۱۷] نشان داده شده است.

همچنین، یکی از درمان‌های رفتاری جدید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance Commitment and Therapy) می‌باشد. ACT با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای پایبندی و تغییر، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند [۱۸]. در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چیزی به اسم بیماری روانی به معنی متداول آن پذیرفته نیست. در این

اتفاقاتی مانند فوت همسر و یا جدایی از همسر باعث تغییرات وسیع در ساختار خانواده شده و با توجه به لزوم پذیرش مسئولیت بیشتر از سوی همسر دیگر، بار استرس و فشار روانی زیادی را به ویژه برای زنان به همراه دارد [۱، ۲]. زنان سرپرست خانواده، هنگامی که همسر خود را از دست می‌دهند، مجبور به ایفای نقش‌های متعدد و گاهی متعارض با یکدیگر هستند و اغلب به اجبار به مشاغل با منزلت اجتماعی پایین رو می‌آورند [۳]. این زنان به علت وجود مشکلاتی که در سرپرستی خانواده متحمل می‌شوند، از افسار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند [۳]. یکی از آسیب‌های روان‌شناختی نسبتاً شایع در زنان سرپرست خانوار، اضطراب اجتماعی است [۴] که با توجه به جایگاه اجتماعی زنان سرپرست خانوار و برچسب‌های اجتماعی و باورهای کلیشه‌ای جامعه نسبت به آنان قابل توجه است [۵].

اضطراب اجتماعی، ترس پابرجا از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است، که در آن موقعیت‌ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می‌گیرد و می‌ترسد که به گونه‌ای تحقیرآمیز عمل کند [۶]. این اختلال باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی می‌شود، معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن فرصت‌های مهم می‌شود [۷]. غالباً مشاهده می‌شود که افراد با اضطراب اجتماعی خود را دست کم می‌گیرند و این برداشت از خود بر کنش‌های متقابل آنها با دیگران اثرگذار است. بنابراین، می‌توان فهمید که ادراک منفی و ضعیف از خود، عزت‌نفس ضعیف و ارزیابی ضعیف توانمندی‌های خود، احتمال شکل‌گیری ساختار روانی و شخصیتی مساعد کارآفرینی را کاهش می‌دهد [۸]. در همین راستا، یکی از آسیب‌هایی که ممکن است در ارتباط با اضطراب اجتماعی ظاهر شود، احساس ضعف در خودکارآمدی والدگری است [۹].

خودکارآمدی والدگری به ارزیابی مراقب نسبت به توانایی‌های خود، در نقش مراقب گفته می‌شود [۱۰] و اشاره به باورها یا قضاوت‌های یک والد از توانمندی‌هایش جهت نظم‌دهی و اجرای یک سری از تکالیف مربوط به

گرفتند. تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و در

سطح اطمینان ۰/۹۵ محاسبه شد:

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

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت جهت همکاری، کسب نمرات متوسط و پایین در پرسشنامه اضطراب اجتماعی و داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه، شرکت هم‌زمان در مداخلات روانشناختی و عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش خودگزارشی و از پرسشنامه خودکارآمدی والدگری و مقیاس اضطراب اجتماعی قبل از شروع مداخلات، بلافاصله بعد از اتمام مداخلات و ۱ ماه بعد از اتمام آن‌ها استفاده شد. مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، تعداد فرزند، مدت‌زمان ازدادست‌دادن هم‌سر، تحصیلات و وضعیت اقتصادی نیز از شرکت‌کنندگان اخذ شد. ملاک تقسیم‌بندی وضعیت اقتصادی ضعیف، متوسط و خوب به ترتیب درآمد کمتر از یک میلیون پانصد هزار تومان، یک میلیون و پانصد هزار تا سه میلیون تومان و بالای سه میلیون تومان بود.

پرسشنامه خودکارآمدی والدگری (Parental Self Agency Measure-PSAM) در سال ۱۹۹۶ توسط Dumka و همکاران [۲۴] ساخته شد و حس کلی والدین از اطمینان در نقش والد، توانایی حل تعارضات والد-کودک و تلاش و مقاومت والد را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه از ۱۰ آیتم تشکیل شده است و تنها یک عامل خودکارآمدی والدگری را ارزیابی می‌کند. آزمودنی با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۰، اغلب مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، اغلب موافقم=۵، کاملاً موافقم=۶) به هر سؤال پاسخ می‌دهد. کمترین نمره معادل صفر و بیشترین نمره معادل ۶۰ است. کسب نمره بالا، خودکارآمدی والدگری بالا و نمره پایین خودکارآمدی والدگری پایین را نشان می‌دهد. Dumka و همکاران [۲۴] روایی سازه این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی، و ساختار تک‌عاملی آن را تأیید کردند. آن‌ها همچنین ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۹ را برای این پرسشنامه گزارش دادند. در پژوهشی در ایران [۲۵] روایی

رویکرد نه تنها از بیماری روانی و تغییر آن به سلامت روانی صحبت به میان نمی‌آید، حتی این‌گونه فرض می‌شود که هدف زندگی سالم ربطی به احساس خوب یا بد داشتن ندارد [۱۹]. هدف نهایی ACT، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است. این موضوع که بخش قابل‌توجهی از پریشانی روانشناختی جزء بهنجار تجربه از ساناست، فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد می‌باشد [۲۰]. نتایج مطالعات مختلف بر اثربخشی ACT در کاهش علائم اضطراب اجتماعی دانشجویان با مشکل اضطراب سخنرانی در جمع [۱۹، ۲۰]، بهبود خودکارآمدی و استرس در بیماران دیابتی [۲۱، ۲۲]، کنترل استرس در بیماران اسکیزوفرنیا سرپایی و افزایش سطح بهزیستی روانی و خودکارآمدی در آن‌ها [۲۳] دلالت دارند.

زنان سرپرست خانوار از آسیب‌پذیرترین افراد جامعه هستند و طبق یافته‌های مطالعات، امروزه ۶۰٪ از جمعیت زنان در سراسر جهان، نان‌آور خانه هستند و حدود ۳۷/۵٪ آنان سرپرستی خانواده را نیز عهده‌دار هستند [۳]. این قشر از افراد به علت شرایط خاصی که با آن مواجه هستند، در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی متعدد می‌باشند و باید به دنبال شناسایی این آسیب‌ها و همچنین مداخلات مؤثر در جهت کاهش بار آسیب‌های مذکور بود [۵]. در همین راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری، کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری در ۶ ماهه دوم ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش (رویکرد واقعیت‌درمانی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل قرار

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تأیید کرد. در مطالعه‌ای در ایران [۲۷] پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۹ و دو نیمه سازی ۰/۷۴ محاسبه شد. 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٪ واریانس کل تست را تبیین می‌کنند.

پروتکل واقعیت درمانی در مطالعه حاضر برگرفته از اصول واقعیت درمانی طرح شده از Glasser [۱۶] است. بر اساس این رویکرد، فرد، نه از یک بیماری روانی، بلکه از شرایط انسانی، اجتماعی و جهانی رنج می‌برد. طبق این رویکرد، عدم توفیق در نیل به نیازهای اساسی فرد است که موجب می‌شود رفتارهای او از هنجارهای تعریف شده فاصله گیرد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Hayes و همکاران [۲۸] بود. در این روش فرض اساسی این است که درد، چه جسمی باشد و چه هیجانی، پدیده‌ای جهانی است. اگرچه درد ممکن است ناخوشایند تصور شود، آنچه به رنج حقیقی منجر می‌شود، تقلا برای فرار یا اجتناب از درد است. شرح جلسات واقعیت درمانی (جدول ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۲) بکار رفته در این مطالعه، در ادامه آمده است.

پرسشنامه مطلوب گزارش شد. پایایی پرسشنامه نیز از طریق آلفای کرونباخ بالای ۸۰٪ محاسبه گردید.

مقیاس اضطراب اجتماعی در سال ۱۹۹۶ توسط Jerabek برای سنجش اضطراب اجتماعی افراد بالای ده سال ساخته شد. سؤالات این مقیاس میزان اضطراب اجتماعی، ترس از در جمع بودن و عملکرد در جمع را ارزیابی می‌کنند [۲۶]. این ابزار ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای لیکرتی با گزینه‌های تقریباً همیشه (۵)، اغلب اوقات (۴)، گاهی اوقات (۳)، بندرت (۲)، تقریباً هیچ‌وقت (۱) دارد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲۵-۲۵ است. این مقیاس از ۵ 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 نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی کمتر و نمرات پایین نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی بیشتر است. شماره سؤالات خرده مقیاس‌های پرسشنامه اضطراب اجتماعی عبارتند از: ترس از بیگانگان = ۳-۴-۵-۸-۱۲-۱۳-۱۵-۱۷. ترس از ارزیابی توسط دیگران = ۱۶-۱۹-۲۱-۲۲. ترس از صحبت کردن در جمع = ۱-۱۸-۲۳-۲۴. ترس از آشکار شدن علائم = ۶-۱۰-۱۱-۱۴ و ترس از انزوای اجتماعی = ۲-۷-۹-۲۰-۲۵. Jerabek [۲۶] روایی سازه این مقیاس را از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تأیید ساختار ۵ عاملی آن مورد تأیید قرار داد. همچنین، وی در مطالعه خود پایایی این مقیاس را با

جدول ۱- شرح محتوای جلسات واقعیت درمانی زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ [۱۶]

جلسات	محتوای جلسات واقعیت درمانی
اول	معارفه، تنظیم قوانین گروه با همکاری اعضای گروه، بررسی اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و ابلاغ قوانین گروه.
دوم	آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، تمرکز بر شناخت و آگاهی اعضا از خود و نحوه تأثیر این شناخت بر خود و دیگران- کمک به اعضا در جهت آشنایی بیشتر با خود و نیازهای اساسی (شناختن ۵ نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا)
سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل. بررسی اهداف افراد در زندگی و 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 تعارض‌های چهارگانه و رفتارهای اجباری- تعیین میزان دسترسی یا ناکامی اعضای گروه در استفاده از رفتار و اقدام کنونی برای اشتغال و بررسی اینکه رفتار فعلی‌شان برای رسیدن به اهدافشان چه کمکی می‌تواند بکند.
پنجم	کمک به اعضا برای شناختن رفتار و احساس کنونی‌شان، و کم‌اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تأکید بر کنترل درونی نسبت به اشتغال. آشنایی و آموزش مهارت تن آرامی برای کنترل و تنظیم هیجانات- تعیین اهمیت برنامه‌ریزی جهت انجام سریع‌تر و بهتر کارها، آموزش برنامه‌ریزی مناسب برای رسیدن به سایر اهداف زندگی مشترک.
ششم	آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری آن‌ها در قبال انتخاب رفتارها و راهکارهایی که منجر به گرایش نسبت به ناامیدی و کاهش شادکامی در قبال اشتغال می‌شوند.

هفتم	آموزش اصول ده‌گانه نظریه انتخاب، پذیرش مسئولیت در قبال رفتار - آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائه تکالیفی هر چند کوچک، بر مبنای افزایش عزت‌نفس، خودپنداره ارزشمند تا جلسه بعد.
هشتم	تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا، کمک به اعضا برای جایگزین کردن کنترل درونی، مواجه‌شدن با واقعیت، بودن در اینجا و اکنون و در نهایت فرآیند تغییر که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عاطفه مثبت می‌شود.

جدول ۲- شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ [۳۰]

جلسات	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	معرفی اعضای گروه و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است. معرفی درماندگی خلاق که در این شرایط می‌توان بر نادیده گرفتن ارزش‌ها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد.
دوم	پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود و کنترل به عنوان کنترل مسئله است نه راه‌حل، آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است. تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به نامیدی خلاق
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 شفاف‌سازی ارزش‌ها
چهارم	ارزیابی عملکرد - هدف جلسه: تمایز خود مفهوم‌سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمان‌جو برای گسست از افکار و احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها
پنجم	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و این که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن " تمایل / پذیرش " را ارزشمند جلوه می‌دهد. ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات تمرینات آگاهی از احساسات بدنی.
ششم	کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه‌های زندگی را که مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد. انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر)
هفتم	کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلس، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزش‌های بزرگ‌تر درمان‌جو مشخص شده است.
هشتم	ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمان‌جو 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 شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان، شناسایی راهبردهای ممکن، ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل.

والدگری را تکمیل کردند (پیش‌آزمون). جلسات آموزشی به صورت گروهی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش (هفته‌ای یک بار در نوبت صبح)، توسط پژوهشگر اول این مقاله در یکی از اتاق‌های مخصوص مشاوره گروهی که دارای فضایی مناسب بود به شکل گروهی در کلینیک مددکاری باران برگزار شد. برای اجرای پس‌آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. یک ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و برای انجام پیگیری، مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کنند. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، قبل از اجرای پرسشنامه‌ها و شروع مداخله، نسبت به دریافت رضایت کتبی از افراد شرکت‌کننده برای شرکت در پژوهش و همچنین اطمینان دادن به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن مشخصات شخصی اقدام شد. شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های

در پژوهش حاضر، سه گروه از زنان سرپرست خانوار (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) برای پژوهش انتخاب شدند. قبل از انتخاب شرکت‌کنندگان، طی جلسه معارفه با اعضا، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد و بعد از اعلام رضایت آن‌ها جهت شرکت و همکاری، از آن‌ها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. غربالگری افراد مبتنی بر وجود اضطراب اجتماعی، کسب نمرات متوسط و پایین در پرسشنامه استاندارد اضطراب اجتماعی Jerabek بود. طبق توضیحات روش تعیین حجم نمونه، تعداد ۴۵ نفر از زنان مرکز مددکاری اجتماعی باران و نوید به صورت هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با شیوه تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش توسط رویکردهای منتخب تحت آموزش قرار گرفتند؛ گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. پیش از شروع مداخله، همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه اضطراب اجتماعی Jerabek و پرسشنامه خودکارآمدی

کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه 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 معنی‌داری وجود ندارد. نتایج تحلیل کروسکال والیس نشان داد تفاوت معنی‌داری میان سه گروه از نظر میزان تحصیلات ($\chi^2=0/944, df=2, p=0/944$)، تعداد فرزند ($\chi^2=0/834, df=2, p=0/834$)، وضعیت اقتصادی ($\chi^2=0/118, df=2, p=0/709$) وجود ندارد.

خودآگاه شوند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر (repeated measures analysis of variance) در سطح ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و

جدول ۳- مقایسه برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی در بین سه گروه مورد مطالعه در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸

متغیر	واقعیت درمانی	ACT	کنترل
سن (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۳۲/۳۱ ± ۸/۴۲	۳۵/۱۸ ± ۷/۰۹
مدت از دست دادن همسر (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۴/۸۶ ± ۱/۱۳	۵/۱۵ ± ۱/۰۳
تعداد (درصد)	زیر دیپلم	(۰/۲۶)۴	(۰/۳۳)۵
تعداد (درصد)	دیپلم	(۰/۶۰)۹	(۰/۶۰)۹
تعداد (درصد)	فوق دیپلم	(۰/۱۴)۲	(۰/۰۷)۱
تعداد (درصد)	۱	(۰/۶۶)۱۰	(۰/۶۶)۱۰
تعداد (درصد)	۲	(۰/۳۴)۵	(۰/۳۴)۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف	(۰/۲۷)۴	(۰/۱۳)۲
تعداد (درصد)	متوسط	(۰/۷۳)۱۱	(۰/۸۷)۱۳
تعداد (درصد)	خوب	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰

مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل نزدیک به هم می‌باشند. در حالی که در مرحله پس‌آزمون، در نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی، تغییر محسوسی ایجاد شده است.

بر اساس نتایج توصیفی جدول ۴ در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات خودکارآمدی والدگری و اضطراب اجتماعی در افراد نمونه در گروه‌های آزمایش (واقعیت درمانی و درمان

جدول ۴- شاخصه‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی والدگری و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های واقعیت درمانی ($n=15$)، گروه تعهد و پذیرش ($n=15$) و کنترل ($n=15$)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودکارآمدی والدگری	واقعیت درمانی	۲۵/۷۳ ± ۴/۰۶	۲۹/۲۰ ± ۲/۶۵	۲۸/۱۳ ± ۳/۲۱
	ACT	۲۵/۴۰ ± ۳/۲۹	۲۷/۷۳ ± ۳/۱۷	۲۶/۲۰ ± ۲/۸۳
	کنترل	۲۵/۶۰ ± ۴/۳۴	۲۵/۵۳ ± ۳/۹۸	۲۵/۴۷ ± ۴/۰۳
ترس از بیگانگان	واقعیت درمانی	۱۳/۸۷ ± ۲/۰۶	۱۷/۴۰ ± ۴/۰۵	۱۸/۶۰ ± ۴/۳۵

۱۸/۱۳ ± ۳/۲۷	۱۸/۲۷ ± ۳/۴۲	۱۴/۰۲ ± ۱/۹۶	ACT	
۱۳/۲۰ ± ۱/۰۱	۱۳/۷۴ ± ۱/۸۲	۱۳/۸۰ ± ۱/۸۲	کنترل	
۸/۵۹ ± ۲/۲۲	۸/۵۱ ± ۱/۸۰	۷/۶۲ ± ۱/۳۰	واقعیت درمانی	
۸/۸۴ ± ۲/۶۸	۸/۹۱ ± ۱/۸۱	۷/۸۸ ± ۱/۱۹	ACT	ترس از ارزیابی توسط دیگران
۶/۹۳ ± ۱/۴۹	۶/۴۷ ± ۱/۲۴	۶/۶۷ ± ۱/۱۱	کنترل	
۸/۲۷ ± ۲/۰۲	۸/۷۳ ± ۱/۷۱	۶/۸۷ ± ۱/۵۵	واقعیت درمانی	
۸/۸۷ ± ۱/۴۶	۸/۳۴ ± ۲/۲۹	۶/۵۳ ± ۱/۳۰	ACT	ترس از صحبت کردن در جمع
۷/۲۰ ± ۱/۹۰	۶/۶۰ ± ۱/۳۵	۶/۴۷ ± ۱/۱۹	کنترل	
۱۰/۸۸ ± ۲/۷۹	۱۱/۴۷ ± ۱/۹۶	۸/۴۷ ± ۱/۶۸	واقعیت درمانی	
۱۱/۷۹ ± ۳/۷۰	۱۲/۰۶ ± ۲/۸۰	۸/۹۶ ± ۱/۷۵	ACT	ترس از انزوای اجتماعی
۷/۹۳ ± ۲/۱۹	۸/۲۰ ± ۲/۴۰	۸/۰۰ ± ۱/۸۸	کنترل	
۹/۸۷ ± ۲/۵۶	۹/۱۳ ± ۲/۲۹	۶/۸۷ ± ۱/۴۶	واقعیت درمانی	
۹/۰۷ ± ۱/۹۱	۹/۵۳ ± ۱/۶۴	۷/۱۷ ± ۱/۳۳	ACT	ترس از آشکار شدن علائم اضطراب
۶/۷۳ ± ۱/۶۷	۶/۴۲ ± ۱/۱۳	۶/۵۳ ± ۱/۴۱	کنترل	
۵۳/۱۲ ± ۱۴/۱۸	۵۲/۸۴ ± ۱۲/۲۱	۴۳/۲۰ ± ۱۱/۰۲	واقعیت درمانی	
۵۲/۶۷ ± ۱۰/۸۹	۵۱/۷۸ ± ۱۲/۷۹	۴۴/۱۲ ± ۱۰/۳۲	ACT	اضطراب اجتماعی (کل)
۴۲/۲۲ ± ۱۱/۲۱	۴۱/۶۰ ± ۱۰/۹۸	۴۲/۴۷ ± ۱۳/۶۷	کنترل	

خودکارآمدی والدگری برقرار نبود ($p < 0/04$) و بر این اساس در مورد این متغیر از اصلاح اسپیلن هین- فلت استفاده شد. در مجموع، مانعی برای انجام تحلیل‌های واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر وجود نداشت (جدول ۵).

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه بر حسب مقایسه‌های دو گروهی نشان داد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در خودکارآمدی والدگری معنادار است ($p = 0/001$). تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودکارآمدی والدگری غیر معنادار بود ($p = 0/35$) و علی‌رغم اثربخشی دو روش بر خودکارآمدی والدگری، تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی در این مورد وجود نداشت. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه بر حسب مقایسه‌های دو گروهی نشان داد که تفاوت میانگین

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تحت مطالعه در متغیر خودکارآمدی والدگری و نمره کل اضطراب اجتماعی، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون‌های کالموگروف اسمیرنوف و لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p = 0/23$) و نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس بود. نتایج آزمون ام. باکس گویای رعایت فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای هر دو متغیر خودکارآمدی والدگری و نمره کل اضطراب اجتماعی بود ($p = 0/09$). همچنین تعادل غیرمعنی دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. فرض کرویت موجلی در مورد

مبتنی بر پذیرش و تعهد در این متغیر معنی دار نبود
($p=0/49$).

گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه
کنترل در نمره کل اضطراب اجتماعی معنی دار است
($p=0/001$) و تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در خودکارآمدی والدگری و نمره کل اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب
اجتماعی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸

متغیر	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
خودکارآمدی والدگری	گروه	۶۲۹/۱۷	۲	۳۱۴/۵۸	۱۹/۶۹***	۰/۰۰	۰/۴۱
	زمان	۳۶۲/۸۴	۱/۲۸	۲۸۳/۴۶	۸/۲۵**	۰/۰۰۷	۰/۲۲
	گروه×زمان	۱۹۸/۶۷	۲/۱۱	۹۴/۱۵	۱۲/۸۴***	۰/۰۰	۰/۳۷
اضطراب اجتماعی	گروه	۹۴۵/۶۲	۲	۴۷۲/۸۱	۱۶/۴۶***	۰/۰۰	۰/۴۵
	زمان	۱۳۷۷/۵۱	۲	۶۸۸/۷۵	۲۹/۱۹***	۰/۰۰	۰/۵۷
	گروه×زمان	۶۹۹/۸۶	۴	۱۷۴/۹۶	۱۵/۲۱***	۰/۰۰	۰/۴۱

SS= Sum of Squares; Df= Degrees of Freedom; MS= Mean Squares; F=F value; P= P value; η^2 = Effect Size

بین گروهی و درون گروهی معنی دار است. تنها در خرده مقیاس
ترس از ارزیابی توسط دیگران، اندازه اثر درون گروهی
($F=2/19$, $p=0/168$) معنی دار نبود. نتایج آزمون تعقیبی
بن فرونی جهت مقایسه بر حسب مقایسه‌های دو گروهی نشان
می‌دهد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان
مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در خرده مقیاس‌های
اضطراب اجتماعی معنی دار ($p=0/001$) و تفاوت میانگین دو
گروه مداخله در مورد این خرده مقیاس‌ها غیر معنی دار است و
علی‌رغم اثربخشی دو روش در بهبود خرده مقیاس‌های
اضطراب اجتماعی، تفاوت معنی‌داری میان اثربخشی این دو
روش درمانی وجود ندارد.

در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی بر
حسب عضویت گروهی ($F=8/59$, $p=0/008$)، سه مرحله
پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=45/13$, $p=0/001$) و
اثر تعاملی گروه و زمان ($F=16/48$, $p=0/001$) تفاوت
معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر یا میزان تأثیر 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٪ تغییرات از طریق عضویت
بین گروهی، ۶۳٪ از طریق تفاوت‌های درون گروهی و ۴۱٪
تغییرات بر حسب اثرات تعاملی درون گروهی و بین گروهی قابل
تبیین است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در مورد خرده مقیاس‌های
اضطراب اجتماعی اثر بین گروهی، اثر درون گروهی و اثر تعاملی

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی
شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸

متغیرها	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
ترس از افراد ناآشنا	گروه	۱۰۶۸/۴۱	۲	۵۳۴/۲۰	۹/۳۴۱***	۰/۰۰	۰/۲۶
	زمان	۹۳۷/۲۶	۱/۴۴	۶۵۰/۸۷	۲۲/۹۲***	۰/۰۰	۰/۴۵
	گروه×زمان	۱۷۳۲/۹۱	۲/۸۸	۶۰۱/۷۱	۷/۱۲۵***	۰/۰۰	۰/۲۲

۰/۱۲	< ۰/۰۵	۴/۴۱۷°	۸/۷۶	۲	۱۷/۵۳	گروه	ترس از ارزیابی توسط دیگران
۰/۰۷	> ۰/۰۵	۲/۱۹۶	۲/۶۱	۱/۷۴	۴/۵۴	زمان	
۰/۱۱	< ۰/۰۵	۳/۳۶۴°	۸/۳۱	۳/۴۸	۲۸/۹۵	گروه×زمان	
۰/۲۹	۰/۰۰	۸/۱۳۸***	۱۰۸/۵۴	۲	۲۲۷/۹۷	گروه	ترس از صحبت کردن در جمع
۰/۴۸	۰/۰۰	۳۰/۶۶۷***	۱۵۷/۸۳	۱/۳۳	۲۰۹/۹۲	زمان	
۰/۲۶	< ۰/۰۱	۵/۱۴۲***	۵۳/۲۸	۲/۶۶	۱۴۱/۷۴	گروه×زمان	
۰/۰۵	< ۰/۰۵	۴/۳۸۰°	۱۸۷/۸۱	۲	۳۷۵/۶۱	گروه	ترس از انزوای اجتماعی
۰/۳۱	۰/۰۰	۱۴/۲۶۹***	۷۲۰/۹۳	۱/۷۸	۱۲۸۳/۲۶	زمان	
۰/۱۵	۰/۰۰	۷/۷۳۱***	۲۰۲/۱۴۰	۳/۵۶	۷۱۹/۶۲	گروه×زمان	
۰/۲۸	۰/۰۰	۹/۱۴۸***	۱۰۲/۰۷	۲	۲۰۴/۱۵	گروه	ترس از آشکار شدن اضطراب
۰/۵۰	۰/۰۰	۴۱/۸۶۴***	۱۶۲/۰۶	۱/۱۷	۳۳۵/۴۸	زمان	
۰/۲۲	۰/۰۰	۶/۱۹۹***	۴۵/۷۲	۲/۳۴	۱۰۶/۹۹	گروه×زمان	

SS= Sum of Squares; Df= Degrees of Freedom; MS= Mean Squares; F=F value; P= P value; η^2 = Effect Size

بحث

آن را آسان تر می سازد.

در تبیین این فرضیه 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 [۱۵]. در رویکرد واقعیت درمانی به فرد کمک می شود تا رفتار خود را کنترل و انتخاب های مناسب تری را با به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد تو سبب درمانگر و عدم قضاوت بر اساس موارد محدود داشته باشد و بدین طریق با تغییر دیدگاه و نگرش از اضطراب خود بکاهد [۱۴]. در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر خودکارآمدی والدگری باید گفت که، خودکارآمدی به عنوان یک منبع فردی محسوب می شود که به عقاید بهبود یافته ای در مورد خود برای کنترل مجموعه ای از فعالیت های سخت و مقابله با رویدادهای نامناسب اشاره دارد. از سوی دیگر، افزایش خودکارآمدی منوط به ادراک فرد از میزان کنترلی است که بر زندگی خود دارد [۱۲]. در همین راستا واقعیت درمانی با کمک خود فرد سعی در کنترل رفتار و افکار تو سبب خودش دارد [۱۷]. از منظر این رویکرد، رفتار کلی تحت کنترل مستقیم فرد، او را به سوی حس مسئولیت پذیری در قبال اعمال و افکاری که انتخاب نموده سوق می دهد و از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با نشانه های اضطراب اجتماعی انجام شد. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، هر دو روش درمانی بر بهبود اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی اثربخش بودند و تفاوتی بین آنها وجود نداشت. واقعیت درمانی موجب بهبود اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی [۱۵، ۱۶، ۱۹] مبنی بر اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش علائم اضطرابی و افزایش سطح خودکارآمدی در افراد و گروه های مختلف همسو است. همچنین این نتایج با یافته مطالعه Emmelkamp و همکاران مبنی بر اثربخش نبودن واقعیت درمانی بر بهبود علائم بالینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی [۱۷] ناهمسو است که علت آن می تواند مربوط به شدت علائم اضطراب اجتماعی در بیماران مبتلا به این اختلال باشد. گروه تحت مطالعه حاضر، علائم اضطراب اجتماعی را بدون اینکه تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دریافت کنند، داشتند که این در مقایسه با علائم شدید اضطراب اجتماعی، تغییر و بهبود

فردی از طریق افزایش احساس کنترل درونی و انتخاب اعمال و رفتار به شیوه آگاهانه و مسئولیت‌پذیری در مقابل این انتخاب، ارتقا می‌یابد [۱۸].

بر طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود اضطراب اجتماعی و خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی [۲۳، ۲۴] مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اضطرابی و افزایش سطح خودکارآمدی در افراد و گروه‌های مختلف همسو است. همچنین نتایج این مطالعه با یافته مطالعه Lee و همکاران مبنی بر اثربخش نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش نمرات خودکارآمدی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای بستری در بیمارستان ناهمسو است [۲۳]. در تبیین این نتایج ناهمسو و اثربخش نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودکارآمدی در بیماران اسکیزوفرنیای بستری، می‌توان چنین گفت که این بیماران از اختلال روانی شدید و وخیمی رنج می‌برند که به میزان زیادی کارکرد آن‌ها را در تمام ابعاد زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله اینکه نه تنها قدرت یادگیری، تغییر و رشد و تحول در آن‌ها کاهش پیدا می‌کند بلکه ممکن است با سیر نزولی نیز ظاهر شود و به همین دلیل، احتمالاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گزینه مناسبی برای این نوع از بیماران برای اصلاح و بهبود ضعف‌های روانشناختی نمی‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اضطرابی و خودکارآمدی می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است [۲۰]. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های خود و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف موجب می‌شود تا ضمن تحقق اهداف، رضایت از خود و زندگی حاصل شود و فرد از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی که به نوبه خود موجب افزایش شدت مشکلات و اضطراب می‌شود، رهایی یابد [۲۱]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات، موجب ارزیابی مجدد آن‌ها، حل تعارضات و جمع‌بندی دوباره آن‌ها می‌گردد. در نتیجه، فرد طی فرایند

پذیرش و تعهد ویژگی‌های ناشناخته و امور نیمه‌تمام زندگی‌اش را برای خود و دیگران آشکار می‌سازد و در جواب، آن‌ها نیز ممکن است واقعیات و حقایق پنهانی را بیان کنند [۲۲]. این آشکارسازی می‌تواند موجب شکل‌گیری و تقویت صمیمیت بین فردی و کاهش عدم صداقت و دفاع‌های ارتباطی شود که به کاهش اضطراب اجتماعی و ایجاد ارتباطی تسهیل شده کمک می‌کند [۲۴]. در فرایند پذیرش و تعهد، افراد یاد می‌گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی، موقعیت‌های ناراحت‌کننده را با تغییر نحوه پاسخ به آن‌ها سازمان داده و به جای واکنش تکانشی، بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت، با داشتن انعطاف‌پذیری و عدم سرسختی کاستی‌های خود را ببینند و بپذیرند [۲۱].

از نقاط قوت این مطالعه، مقایسه واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی و افزایش سطح خودکارآمدی والدگری در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی بود. با توجه به اینکه نمرات گروه‌ها پس از مداخله و در دوره پیگیری تقریباً بدون تغییر بوده است، می‌توان نتیجه گرفت که اثرات این درمان‌ها در کاهش علائم اضطراب اجتماعی و افزایش سطح خودکارآمدی والدگری می‌تواند در بلندمدت نیز پایدار باشد. از محدودیت‌های این پژوهش، محدود شدن مطالعه به زنان سرپرست خانوار در شهرستان ساری است که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. جمع‌آوری داده‌ها به شیوه خود گزارشی نیز با توجه به سوگیری احتمالی شرکت‌کنندگان در پاسخ‌دهی به سؤالات از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، واقعیت‌درمانی و

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش خودکارآمدی والدگری زنان سرپرست خانوار مبتلا به اضطراب اجتماعی اثربخش بود و تفاوتی بین این دو روش در بهبود متغیرهای اضطراب اجتماعی و افزایش خودکارآمدی والدگری وجود نداشت. بر این اساس توصیه می‌شود نهادهای مسئول از این دو رویکرد، برای کاهش آسیب‌های روانی در این

دسته از افراد و گروه‌های با مشکلات مشابه سود بجویند.

تشکر و قدردانی

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از ر ساله مقطع دکتری مریم اسدی خلیلی می‌باشد. امور مربوط به گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها با مریم اسدی خلیلی و امور مربوط به نظارت و اصلاحات مقاله با سیده علیا عمادیان و محمد کاظم فخری بود.

این مقاله مستخرج از ر ساله دکترای روان‌شناسی عمومی مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.035 می‌باشد. در این پژوهش از هیچ‌ارگانی کمک مالی گرفته نشده و تمام هزینه‌های آن به عهده نویسندگان بوده است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند و همچنین مسئولین کلینیک‌های مددکاری اجتماعی باران و نوید شهرستان ساری که در تأمین آزمودنی و نمونه مورد مطالعه و فضای لازم برای اجرای جلسات مداخلات همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Lim SA, Lee J. Gender Differences in the Relationships between Parental Marital Conflict, Differentiation from the Family of Origin, and Children's Marital Stability. *International Journal of Family Counseling* 2020;5(1):1-6.
2. Ahn J, Briers G, Kibriya S, Price E. Case studies of female-headed farms and households in Liberia: a comparative analysis of Grand Bassa, Lofa, and Nimba counties. *The Journal of Agricultural Education and Extension* 2020;26(1):19-35.
3. Fuller R, Lain J. Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. *Climate and Development* 2020;12(5):420-35.
4. Rezaei M, Mahmoodi F. Meaning reconstruction of women headed of household's quality of life: a qualitative study. *Politics* 2019;8(2):93-114.
5. Antony MM, Swinson RP. The shyness and social anxiety workbook: Proven, step-by-step techniques for overcoming your fear. 3rd ed. New York:New Harbinger Publications; 2017:86-91.
6. Dryman MT, Gardner S, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders* 2016;38(12):1-8.
7. Obeid S, Saade S, Haddad C, Sacre H, Khansa W, Al Hajj R, et al. Internet addiction among Lebanese adolescents: The role of self-esteem, anger, depression, anxiety, social anxiety and fear, impulsivity, and aggression—A cross-sectional study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2019;207(10):838-46.
8. Iancu I, Bodner E, Ben-Zion IZ. Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2015;58(19):165-71.
9. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: *Clinical Psychology Review* 2015;25(3):341-63.
10. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry* 2016;76(4):564-75.
11. Glatz T, Trifan TA. Examination of parental self-efficacy and their beliefs about the outcomes of their parenting practices. *Journal of Family Issues* 2019;40(10):1321-45.
12. Abdi S, Sharifi T, Qazanfari A, Solati K. A comparison of the effectiveness of group reality therapy and positive psychotherapy on irrational beliefs and psychological hardiness in brilliant talent students. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2019;8(2):1-14. [Persian]
13. 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. *The American Journal on Addictions* 2016;10(6):137-150.
14. 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. [Persian]

15. Glasser W. Reality therapy in action. 3rd ed. New York: HarperCollins Publishers; 2000:193.
16. Law FM, Guo GJ. The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *Iranian Journal of Optimization* 2015;59(6):631-53.
17. Emmelkamp PM, Meyerbröker K, Morina N. Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports* 2020;22(7):188-97.
18. 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. The Journal of Pathology* 2019;50(6):1112-24.
19. Ivanova E, Lindner P, Ly KH, Dahlin M, Vernmark K, Andersson G. 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. *Journal of Anxiety Disorders* 2016;44(9):27-35.
20. Yuen EK, Goetter EM, Stasio MJ, Ash P, Mansour B, McNally E, et al. A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019;12(5):47-54.
21. Khashouei MM, Ghorbani M, Tabatabaei F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. *Global J Health Sci* 2016;9(5):18.
22. Moazzezi M, Moghanloo VA, Moghanloo RA, Pishvaei M. Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabetes mellitus. *Current Research in Diabetes & Obesity Journal* 2015;9(2):37-45. [Persian]
23. Lee JW, Ha JH. The effects of an acceptance-commitment therapy based stress management program on hospitalization stress, self-efficacy and psychological well-being of inpatients with schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2018;48(4):443-53.
24. Dumka LE, Steorzinger H, Jackson K, Roosa MW. Examination of the cross cultural and cross language equivalence of parenting self-agency measure. *The Journal of Family Psychology* 1996; 45(9), 216-222.
25. Tahmassian K, Mazaheri MA, Panaghi L, Mansoori N. Parental self-efficacy as a determining factor in healthy mother-child interaction: a pilot study in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2014;8(1):19-27. [Persian]
26. 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. [Persian]
27. 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. [Persian]
28. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44(1):1-25.

Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on Social Anxiety and Parenting Self-Agency in Female Household Heads in Sari City

Asadi Khalili M¹, Emadian SO², Fakhri MK²

1- Ph.D. Student, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding Author)

Email: emadian2012@yahoo.com, Tel: 09113511791

Received: 12 Jun 2020 Accepted: 18 September 2020

Introduction: Female household heads are exposed to numerous psychological and social harms. This study aims to compare the effectiveness of reality therapy and acceptance & commitment therapy on social anxiety and parenting self-agency in female household heads with symptoms of social anxiety.

Materials and Methods: This study was semi-experimental with pretest, posttest, follow-up, and control group. The statistical population of this study included all female household heads referring to Baran and Navid social work clinics in Sari city in 2019, of which 45 were selected by purposeful sampling method based on the inclusion criteria and assigned in experimental and control groups by simple randomization. The experimental groups underwent reality therapy and acceptance & commitment therapy. Data were collected by Parental Self-Agency Measure and Jerabek Social Anxiety Scale. Then, they were analyzed by repeated-measures analysis of variance at a significance level of 0.05.

Results: Data analysis showed that reality therapy and acceptance & commitment therapy were effective in improving parenting self-agency with within-group effect ($F = 19.69$, $P = 0.00$), between-groups effect ($F = 8.25$, $P = 0.002$), and the between-groups and within-group interaction effect ($F = 12.84$, $P = 0.00$) and also in social anxiety with within-group effect ($F = 16.46$, $P = 0.00$), between-groups effect ($F = 29/19$, $P = 0.00$), and the between-groups and within-group interaction effect ($F = 15.21$, $P = 0.00$) in female household heads with symptoms of social anxiety. Therefore, both treatment approaches were effective in improving social anxiety and parenting self-efficacy in female household heads with symptoms of social anxiety.

Conclusion: Based on this research results, psychological interventions, such as reality therapy and acceptance & commitment therapy, can be effective in improving parenting self-agency and social anxiety in female household heads with symptoms of social anxiety.

Keywords: Reality therapy, Acceptance & commitment, Parenting self-agency, Social anxiety, Female household heads

Please cite this article as follows:

Asadi Khalili M, Emadian SO, Fakhri MK. Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on Social Anxiety and Parenting Self-Agency in Female Household Heads in Sari City. *Community Health journal* 2020; 14 (2): 52-65.

Funding: There was no external funding for this study.

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical approval: The present article was approved by the research ethics committees with code (IR.IAU.SARI.REC.1398.035).