

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی
دختران نوجوان بی سرپرست دارای اضطراب اجتماعی
*The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Avoiding Experiences &
Physiological Signs in Social anxiety Disorder of orphaned adolescent girls*

Monireh Pourfarahani

Master of Science, University of Bojnord, Bojnord, Iran
Hossein Ahmad Barabadi (Corresponding Author)
Assistant Professor, Department of Educational Sciences,
counseling and Guidance, Faculty of Humanities,
University of Bojnord, Bojnord, Iran
Email: habarabadi@gmail.com

Ahmad Heydarnia

Assistant Professor, Department of Educational Sciences,
counseling and Guidance, Faculty of Humanities,
University of Bojnord, Bojnord, Iran

منیره پورفراهانی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران
حسین احمد برابادی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران
habarabadi@gmail.com

احمد حیدرنیا

استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی دختران نوجوان بی سرپرست دارای اضطراب اجتماعی صورت گرفته است. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل نابرابر است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دختران بی سرپرست و بد سرپرست ۱۰-۲۰ ساله ساکن در دو مرکز از مراکز بهزیستی شهر مشهد (گلستان علی و سفره سخاوت) در سال ۱۳۹۶ می باشد. نمونه آماری پژوهش شامل ۱۶ نفر از افراد در دسترس بود که در پیش آزمون نمره بالایی از پرسشنامه هراس اجتماعی کاتور (۲۰۰۰) کسب کرده بودند و به طور غیر تصادفی ۸ نفر از یک مرکز به عنوان گروه آزمایش و ۸ نفر از مرکز دیگری به عنوان گروه کنترل قرار داده شدند. سپس جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش اجرا شد؛ در نهایت پس آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. **یافته ها:** نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی مؤثر بوده است ($P < 0.05$). **نتیجه گیری:** با توجه به یافته های پژوهش می توان از گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی استفاده کرد.

کلیدواژه ها: اجتناب تجربی، علائم فیزیولوژیکی، درمان گروهی
پذیرش و تعهد، بی سرپرست.

Abstract

Aim: The purpose of this study was to investigate The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Avoiding Experiences & Physiological Signs in Social anxiety Disorder of orphaned adolescent girls. **Methods:** The research method was semi-experimental with unequal control. The statistical population of the study is all 10-20 year-old orphaned and unsupervised adolescent girls in the two centers of welfare in Mashhad (Ali's Golestan and Sofraye Sakhavat) in year 2017. The sample consisted of 16 people who were selected by availability sampling that acquired a high grade on the pretest of the questionnaire of social anxiety Kanwar (2000) and unrandomly allocated into eight girls from each center the experimental and eight girls from other center control groups. Then, the Acceptance and Commitment therapy was performed in during 10 sessions for the experimental group. Finally, the post-test was taken from both the experimental and control groups. SPSS-21 software and multivariate analysis of variance analysis of differential scores were used to analyze the data. **Results:** Findings show that of Acceptance and Commitment group therapy has been effective in reducing Avoiding Experiences & Physiological Signs in the experimental group than the control group ($P < 0.05$). **Conclusions:** According to the research findings, this approach can be used to reduce Avoiding Experiences & Physiological Signs.

Keywords: Avoiding Experiences, Physiological Signs, Acceptance and commitment group therapy, orphan

مقدمه

پدیده بی‌سرپرستی کودکان و نوجوانان واقعیت تلخ زندگی بشر است که عمری به درازای خلقت بشر دارد (محبی، محمدی و قاسمی، ۱۳۹۰). نوجوانان بی‌سرپرست به نوجوانان بی‌گناهی اطلاق می‌گردد که در شرایط خاص خانواده خود را از دست می‌دهند و به اجبار بی‌سرپرست می‌شوند و به دلایل متعدد از حمایت و نگهداری خانواده محروم بوده‌اند و از حمایت‌های مالی و خدماتی و توانایی امرارمعاش و گذران زندگی به دلیل وجود مشکلات اقتصادی-اجتماعی محروم‌اند (حصارسرخ، اصغری نکاح، لعل زاده کندکلی و پروانه، ۱۳۹۵). هرروز بر تعداد بچه‌های بی‌سرپرست افزوده می‌شود، به طوری که هر سال حدود ۱ تا ۱/۳٪ کودک، بی‌سرپرست می‌شوند (کاستیاکوا، رویاکینا، اروخین، لویکو، گالتسوا^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). سوگ ناشی از فقدان خانواده، کودکان بی‌سرپرست را در معرض اختلال‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی، بازدارندگی و غیره قرار خواهد داد (پورگنابادی، آقامحمدیان شهرباف و اصغری نکاح، ۱۳۹۰؛ پینکوارت و توبرت^۲، ۲۰۱۲). بررسی‌های متعدد نیز نشان داده است که جامعه‌ی زنان بیش از مردان در معرض بیماری‌های روانی قرار دارند (توکلی زاده و خدادادی، ۱۳۸۹) و مشکلات دختران در ابعاد بهداشتی، روانی و اجتماعی بیش از پسران است (حسینی، صادقی، رجب‌زاده، رضازاده و نبوی، ۱۳۸۹؛ سعادت، عباس زاده، نیازی و منتظری خوش، ۱۳۹۴) نتایج مطالعات رضاسلطانی و پارسا (۱۳۹۴) در کشور ما نشان داده است که یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی شایع در دختران نوجوان و جوان اضطراب و نگرانی از آینده می‌باشد.

اجتناب تجربی حالتی است که برخی افراد سعی دارند به منظور کاهش اضطراب بر خواسته از تجارب هیجانی منفی خود اجتناب کنند به عبارت دیگر اجتناب از تجارب درونی (مثل هیجان‌های منفی، افکار و حس‌های بدنی) است. اجتناب تجربی به دو صورت نمود پیدا می‌کند، ۱. تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند و ۲. عدم تمایل به برقراری تماس با حساسیت‌های بدنی، هیجانانگ، افکار، خاطرات و زمینه‌های رفتاری (استیس، هیز، هیز-اسکیتون، رومر و اورسیلو^۳، ۲۰۱۶). مطالعات بسیاری حاکی از همبستگی بالای اجتناب تجربی با مشکلات هیجانی و اختلالات روان‌شناختی است (بشرپور، شفیعی، عطادخت و نریمانی، ۲۰۱۵؛ هیز، لاما، بوند، ماسودا و لیلز، ۲۰۰۶؛ رویز^۴، ۲۰۱۰)، همچنین موجب بروز، ظهور و تداوم بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب می‌شود (کینستون، کلارک و ریمیتون^۵، ۲۰۱۰). اجتناب تجربی هرچند اغلب موجب آرامش کوتاه‌مدت و کنترل تجارب آزارنده و ناخوشایند می‌شود اما در طولانی‌مدت موجب ناکامی فرد در رسیدن به ارزش‌هایش می‌شود.

از سوی دیگر در زمان مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک به صورت‌های گوناگونی در افراد دارای اضطراب اجتماعی غالباً هویدا می‌گردد که برای مبتلایان اضطراب اجتماعی برانگیختگی این علائم

¹ Kostyukova, Revyakina, Erokhin, Loyko, Galtsova

² Teurbert & pinqart

³ Eustis, Hayes-Skelton, Roemer & Orsillo

⁴ Ruiz

⁵ Kingston, Clarke, Remington

ناراحتی‌های دیگری را برایشان به دنبال می‌آورد بنابراین ترجیح می‌دهند برای ممانعت از بروز علائم فیزیولوژی‌شان از موقعیت‌های اضطراب‌زا اجتناب نمایند. علائم فیزیولوژیک اضطراب شامل تعریق زیاد، دل‌آشوب، لرزش، تپش قلب، سرخ شدن و غیره دیده می‌شود که در نتیجه پاسخ فیزیولوژیکی استرس^۱ به وجود می‌آید (فورمارک^۲، ۲۰۰۰). این علائم بر خواسته از اضطراب تأثیرات منفی قابل توجهی بر کارکردهای اجتماعی (رئوفی احمد، ترخان، قربان شیرودی و نوذری، ۱۳۹۱)، تحصیلی (حسینی، عطارودی و مقیمیان، ۲۰۰۵)، شغلی (شوریابی، ۱۳۹۵) و بر دیگر کیفیت‌های زندگی فرد می‌گذارد (کسلر^۳، ۲۰۰۳).

برای درمان اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژی ناشی از اضطراب اجتماعی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی زیادی ابداع شده است؛ مانند نسل اول: رویکردهای رفتاری (دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰) نسل دوم: رویکردهای رفتاری-شناختی (تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیش‌تر بر جنبه‌های شناختی) که هدفش تغییر یا تعدیل یا حذف باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعاتی بود. میزان بهبودی اختلال اضطراب اجتماعی بدون درمان پایین است (کهل، کاپر و ماری^۴، ۲۰۰۷). امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها روبرو هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۵ نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ (MBCT)، درمان فراشناختی^۷ (MCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ (ACT). مفروضه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از این قرار است که بخش قابل توجهی از پریشانی روان‌شناختی، جزء بهنجار تجربه انسانی است (هوپر و لاسان^۹، ۲۰۱۵). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی‌شود، بلکه مراجعین یاد می‌گیرند تا اثر و نفوذ افکار و احساسات نامطلوب را با استفاده مؤثر از توجه آگاهی کاهش بدهند. مراجعین یاد می‌گیرند تا مبارزه با تجربیات درونی خود را متوقف کنند- آغوش خود را برایشان بکشایند و بی‌زحمت به آن‌ها اجازه بدهند تا بیایند و بروند. وقت، نیرو و پولی که قبلاً برای کنترل کیفیت حال خود خرج می‌کردند حال صرف این می‌شود که اقدامی مؤثر در جهت ارزش‌های زندگی خود انجام دهند تا ساعت‌های زندگی‌شان جان‌یابد و لحظه‌هایش گرانبار شود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴؛ توهینگ و لوین^{۱۰}، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های اخیر (۲۰۱۰) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای و مشکلات روانی می‌شود. افراد مبتلا به درد مزمن که کتاب خودآموز به روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند کاهش چشمگیر اضطراب و ناراحتی‌های فیزیولوژی و بهبود سطح کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل نشان دادند (جانستون، فوستر، شان، استارکی و جانسون^{۱۱}، ۲۰۱۰).

1 fight or flight response

2 Furmark

3 Kessler

4 Coelho, Cooper, Murray

5 Acceptancebased Models

6 Mindfulness Based Cognitive Therapy

7 Metacognitive

8 Acceptance and Commitment Therapy

9 Hooper & Larsson

10 Twohig, M. P., & Levin

11 Johnston, Foster, Shennan, Starkey, Johnson

ولی محقق پژوهشی با رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی دختران نوجوان بی-سرپرست دارای اختلال اضطراب اجتماعی نیافت. گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کمک به طیف وسیعی از اختلالات روانی از جمله اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی مبتلایان به اضطراب اجتماعی در جوامع عادی همان‌گونه که ذکر شد مؤثر بوده است، اما بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای جوامع ویژه و خاص از جمله دختران نوجوان بی‌سرپرست که جمعیت آن‌ها در جامعه ما رو به تزاید است و به نظر می‌رسد اجتناب تجربی، ناراحتی‌های فیزیولوژیکی و اضطراب اجتماعی بیشتری را به خاطر شرایط رشدی و زندگی‌شان تجربه می‌کنند، ضروری به نظر می‌رسد، چراکه تحقیقات نشان داده است که عامل بی‌سرپرستی اثرات منفی زیادی بر تحول روانی، اجتماعی و شناختی نوجوانان می‌گذارد (فیاض و کیانی، ۱۳۹۰) و نوجوانانی که در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شوند، نسبت به نوجوانانی که دارای والدین هستند دارای اختلالات شناختی، رفتاری، رشدی و هیجانی بسی بیشتری هستند (سیمسک، ایروول، اوزتاپ و مانیر^۱، ۲۰۰۷)؛ بنابراین در این پژوهش می‌خواهیم بدانیم آیا درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی دختران نوجوان بی‌سرپرست دارای اضطراب اجتماعی مؤثر واقع خواهد شد؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (با گروه کنترل نابرابر) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام دختران نوجوان بی‌سرپرست یا بد سرپرست نگهداری شده در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی در دو مرکز گلستان علی و سفره سخاوت مشهد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ می‌باشد. بدین منظور، با مراجعه به دو مرکز بهزیستی گلستان علی (ع) و سفره سخاوت شهر مشهد، از دختران نوجوان بی‌سرپرست در دسترس مقیم در آن مراکز دعوت به عمل آورد و در طی جلسه‌ای اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد. سپس پرسشنامه کانور (۲۰۰۰) به روی کلیه دختران بی‌سرپرست و بد سرپرست ۲۰-۱۰ ساله ساکن دو مرکز مذکور اجرا شد و در نهایت ۱۶ نفر از افراد در دسترس که در پیش‌آزمون نمره بالایی از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (۲۰۰۰) کسب کردند، انتخاب شدند. به دلیل عدم اجازه خروج دختران نوجوان از مراکز بهزیستی انتخاب به‌طور غیر تصادفی ۸ نفر از مرکز گلستان علی (ع) به‌عنوان گروه آزمایش و ۸ نفر از مرکز سفره سخاوت به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش (مرکز گلستان علی) به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ اقدامی صورت نگرفت. مجدداً پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰) یک هفته پس از اتمام جلسات از تمامی اعضای گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل گردید و پژوهشگر به مراجعان اطمینان داد که نتایج پرسشنامه و کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی محرمانه خواهد بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت‌اند از: دامنه سنی (۱۰-۲۰ سال)، کسب نمره بالاتر از خط برش ۴۰ در پرسشنامه اضطراب کانور (۲۰۰۰). ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه، عدم

پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و شرکت در سایر جلسات آموزشی به‌طور هم‌زمان. در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (۲۰۰۰) استفاده گردید.

ابزار

پرسشنامه هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد؛ پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی شامل ۱۷ ماده است؛ که برای سنجش حیطه بالینی اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیک بکار می‌رود. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است. امتیاز هر کدام از گزینه‌ها به ترتیب اصلاً (۰) - کم (۱) - تا حدودی (۲) - زیاد (۳) - خیلی زیاد (۴) است: بر اساس نتایج به‌دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارای اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیک را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس اجتناب تجربی ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری باهم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳).

جلسات مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی کتاب ذهن آگاهی و پذیرش بر پایه گروه‌درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی: راهنمای درمان نوشته شده توسط فلمینگ^۱ و کوکوسکی^۲ (۲۰۱۴) در جدول شماره یک قابل رؤیت است. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش، از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس استفاده گردید به‌علاوه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند

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

جلسات	موضوع جلسه و هدف	شرح جلسه	زمان
۱	دور ماندن از مسیر آسیب، حفاظت از خود در برابر خطر اجتماعی	باز کردن شاخص‌ها، آشنایی اعضا به‌طور دایره‌ای و معرفی یکدیگر، خوردن ذهن آگاه، بررسی سبک‌های بی‌خطر اعضا و تعامل تیمی، جایگزینی سبک - حیاتی با سبک - بی‌خطر	۹۰ دقیقه
۲	پذیرش/ تمایل، گشودگی به تجربه	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی مشاهده کوه، راه آهن و ریل قطار، استعاره آبشار نیاگارا، تمرین تله‌های انگشتی، تمرین زحمت جنگ با هیولای اضطراب، استعاره خوش آمد گویی به عملی	۹۰ دقیقه
۳	شناسایی ارزش‌ها و اهداف افراد	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی اسکن بدن، مرور تجارب اعضا دایره‌ای در تمرین جشن تولد هشتادسالگی و بیان Abs استعاره جهت‌یابی، شناسایی ارزش‌ها و اهداف گروه و به اشتراک گذاری آن، معرفی کاربرد انتخاب اهداف	۹۰ دقیقه
۴	گسلش شناختی انتخاب مسیری به سمت ارزش‌ها	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تنفس، صدا و افکار، تمرین تجربی والیبال ذهنی اضطراب، به‌کارگیری راهبردهای گسلش خندق معنی افکار، تکرار کلمه ملال‌آور با صدای بلند و صورت سریع، آواز خواندن افکار و غیره	۹۰ دقیقه
۵	تغیر تمایل و بودن با اضطراب، پذیرش احساسات و افکار و گشودگی نسبت به تجربه	مرور جلسه قبل، تمرین نگاه‌داشتن تنفس و ثبت زمان نگهداری تنفس، به‌کارگیری استعاره پریدن، تمرین‌های بودن با اضطراب (نفس کشیدن از طریق یک نی، دوییدن در یک نقطه، بالا کشیدن سر و چند نفس کوتاه پیش از حبس نفس)	۹۰ دقیقه
۶	انتخاب عمل - VITAL	مرور جلسه قبل، دیدن ذهن آگاه، پذیرش احساسات و افکار، شعر مهمانخانه، تمرین‌های انتخاب عمل - VITAL	۹۰ دقیقه
۷	انتخاب عمل VITAL (ادامه) و پی‌موردن اهداف	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تصور عمل VITAL	۹۰ دقیقه
۸	انتخاب عمل VITAL	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی ترویج دلسوزی برای خود	۹۰ دقیقه
۹	انتخاب عمل VITAL (ادامه)	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی عشق - مهربانی، تمرین‌های انتخاب عمل VITAL همراه اجرای دستورالعمل چشم‌پسته	۹۰ دقیقه
۱۰	موضوع جلسه: خاتمه دادن و جلو رفتن	مرور جلسه قبل، ذهن آگاهی تصور عمل VITAL، خاتمه دادن تمرین‌های انتخاب عمل VITAL	۹۰ دقیقه

¹ Fleming
² Kocovski

یافته‌ها

برای توصیف داده‌های حاصل از پژوهش حاضر، شاخص‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل محاسبه شده است که نتایج آن به تفصیل در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اجتناب تجربی	آزمایش	۲۰/۲۵	۱/۶۶	۱۰/۸۷	۴/۰۵
	کنترل	۲۰/۸۷	۰/۹۹	۲۰/۵۰	۱/۹۲
علائم فیزیولوژیکی	آزمایش	۱۱/۳۷	۲/۸۲	۴/۸۷	۴/۷۶
	کنترل	۱۲/۸۷	۱/۷۲	۱۲/۱۲	۲/۱۰

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، میانگین در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد، در حالی که در نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت ایجاد شده است.

به دلیل برقرار نبودن مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون ($P < 0/05$)، به جای تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس نمرات تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد؛ که در ادامه پیش‌فرض‌های آن آورده شده است.

آماره لوین برای اجتناب تجربی ($F = 0/91$; $P > 0/05$) در سطح $0/05$ معنی دار نیست در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است؛ اما علائم فیزیولوژیکی ($F = 10/90$; $P < 0/05$) مفروضه همگنی واریانس برقرار نیست؛ به دلیل برابری تعداد آزمودنی‌ها در سطوح متغیر مستقل می‌توان این ناهمگنی را نادیده گرفت (شیولسون، ترجمه کیامنش، ۱۳۸۳).

مقادیر احتمال ($P < 0/05$) برای آزمون t نشان می‌دهد که بین میانگین نمره تفاضلی متغیر پژوهش در آزمودنی‌ها تفاوت آماری معناداری وجود دارد. نتایج آماره کلموگروف اسمیرنوف ($P > 0/05$) نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات تفاضل محقق شده است

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اتا
بین گروهی	۳۲۴	۱	۳۲۴	۲۷/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹
اجتناب تجربی	۱۶۷/۷۵	۱۴	۱۱/۹۸	-	-	-
کل	۸۷۲	۱۶	-	-	-	-
علائم فیزیولوژیکی	۱۳۲/۲۵	۱	۱۳۲/۲۵	۸/۵۱	۰/۰۱۱	۰/۳۸۷
درون گروهی	۲۱۷/۵۰	۱۴	۱۵/۵۳	-	-	-
کل	۵۶۰	۱۶	-	-	-	-

با توجه به مقادیر موجود در جدول ۳ بین گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اجتناب تجربی و علائم فیزیولوژیکی شده است. میزان ضریب اتا نشان می‌دهد که ۶۵٪ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیر اجتناب تجربی و ۳۸٪ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون متغیر علائم فیزیولوژیکی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها مشاهده شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اجتناب تجربی دختران نوجوان بی-سرپرست دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (هیز، لاما، بوند، ماسودا

و لیلیز^۱، ۲۰۰۶؛ جوردین و دالین^۲، ۲۰۰۹؛ لئو^۳، ۲۰۱۱؛ فنایی و سجادیان، ۱۳۹۵؛ رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳؛ حاج صادقی، بساک نژاد و رزمجو، ۱۳۹۶؛ نوروزی، زرگر و اکبری، ۱۳۹۶) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، مراجعان دارای اجتناب تجربی به‌طور افراطی به ارزیابی‌های منفی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته‌شان می‌پردازند و تمایلی برای تجربه کردن این رویدادها نشان نمی‌دهند (کلارک و تایلر^۴، ۲۰۰۷). این اجتناب برای تجربه نکردن به دو شکل معمولاً جلوه‌گر می‌شوند، افراد یا از شرایطی که با شروع آن تجارب ذهنی به نحوی ارتباط می‌یابد فاصله می‌گیرند و یا اینکه به‌منظور فرار از تجارب آزاردهنده از انجام رفتاری یا اعمالی جلوگیری می‌نمایند (کو، گلدین، ونر، هیمبرگ و گروس^۵، ۲۰۱۱). افراد دارای اجتناب تجربه‌ای در مواجهه با موقعیت‌های ترسناک اجتماعی و اضطراب‌زا سعی می‌کنند تا تجربه فوری یک رویداد درونی منفی مانند افکار، عواطف، خاطرات و احساسات بدنی منفی‌شان را حذف یا کنترل کنند (مثال: فکر نکردن به افکار اضطراب‌زا) یا ویژگی‌های زمینه‌ای پیشابندی که با وقوع یک تجربه درونی ناخواسته همراه است را تغییر دهند (مثال: پرهیز در روابط بین فردی). درواقع قانون ذهنی این افراد بیانگر این است که تلاش برای بازداری و اجتناب از محرک آزارنده، رنج و ناراحتی فوری را از بین می‌برد و از بین رفتن رنج و ناراحتی را برابر رسیدن به بهزیستی و سلامتی می‌دانند (باخ و موران، ۲۰۰۸)، اما راهبردهای اجتنابی به کار گرفته‌شده شاید به‌طور موقت مراجعان را از شر افکار و احساسات ناخوشایند رها سازد ولی در درازمدت آن‌ها را از اهداف ارزشمند اجتماعی‌شان دور می‌سازد؛ بنابراین هرچه برای اجتناب یا خلاص شدن از دست تجربیات درونی بیشتر انرژی صرف کنند در طولانی‌مدت رنج به‌احتمال بیشتری خواهند کشید. تحقیقات گراهارت، بارکر، هورگر و رونان^۶ (۲۰۱۴) نشان داد افرادی که اجتناب تجربه‌ای بیشتری را تجربه می‌کنند ارتباط میان فردی ضعیف‌تر و اضطراب بیشتری را از خود نشان می‌دهند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فضایی را فراهم می‌سازد که طی آن، مراجعان نسبت به راهبردهای کنترلی خود مبنی بر تلاش برای حذف افکار یا احساسات ناخوشایند و اجتناب یا فرار از موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی که به کار می‌گیرد، احساس درماندگی کنند (هیز، ۱۳۹۵؛ ترجمه فیضی و بهرامی).

نوجوانان بی‌سرپرست از طریق به‌کارگیری تمارین درماندگی خلاقانه مانند تمرین تله‌های انگشتی، تمرین زحمت جنگ با هیولای اضطراب و غیره، به این بینش می‌رسند که تلاش‌های زیادی را که تا اکنون برای حل مشکل (اضطراب اجتماعی‌شان) انجام داده‌اند، مؤثر نبوده و مشکلاتشان نیز همچنان ادامه دارد، بنابراین درمی‌یابند که پیگیری روش اجتناب از تجارب که در موقعیت تهدیدکننده اجتماعی مورد استفاده قرار داده‌اند شاید منطقی به نظر برسد، اما کارایی ندارد و باید به شیوه‌هایی دست یابند تا بتوانند این موقعیت را تغییر دهند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴). با استعانت از تمارین توجه آگاهی (ذهن آگاهی) که لازمه توجه کردن: به هدف، به زمان حال و توجه بدون قضاوت همراه با پذیرش است، موجب می‌شود،

¹ Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

² Jourdain & Dulin

³ Lev

⁴ Clark & Taylor

⁵ Kuo, Goldin, Werner, Heimberg & Gross

⁶ Gerhart, Baker, Hoerger & Ronan

نوجوانان بی‌سرپرست بتوانند، نحوه توجه خود را به احساسات و افکار اضطراب‌زایشان تغییر دهند و تجربه متفاوتی را از موقعیت‌های اجتماعی کسب کنند.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری تمارین توجه آگاهی و پذیرش توأمان که عبارت‌اند از: تمرین خوردن توجه آگاهانه، تمرین اسکن بدن، تمرین توجه آگاهی تنفس، صدا و افکار، تمرین بسط توجه آگاه، تمرین دیدن توجه آگاهانه، تمرین پذیرش احساسات و افکار و غیره و همچنین جهت افزایش پذیرش تجارب نوجوانان بی‌سرپرست بیان استعاره‌های (استقبال از عمو لئو، روشن کردن کلید تمایل و غیره) و تمرینات دیدگاه ناظر به‌منظور مشاهده تجربیات با نگرشی باز و پذیرا از منظر یک شاهد بی‌طرف که دربرگیرنده: مشاهده کوه، مشاهده دریاچه و غیره می‌شود، سبب گردید تا نوجوانان بی‌سرپرست بتوانند با کمک تمارین توجه آگاهی نگرشی باز و بدون قضاوت به تجاربشان داشته باشند و با بهره‌گیری از استعاره‌های مرتبط با پذیرش، نسبت به تجربه افکار و احساساتشان آن‌گونه که واقعاً هستند، بدون تلاش برای اجتناب یا فرار از آن‌ها و یا ایجاد تغییر در آن‌ها، گشودگی یابند.

همان‌طور که در قسمت یافته‌ها مشاهده شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم فیزیولوژی دختران نوجوان بی‌سرپرست دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های (بحرینیان، خانجانی و مسجدی آرانی، ۱۳۹۵؛ لویل، زیمر-گیمبک، فارل و وب^۱، ۲۰۱۴؛ پترسون و ایفرت^۲، ۲۰۱۱؛ برکلند، تور، لیبرمن، تایلر و کراسک^۳، ۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، اضطراب ناشی از قرارگیری در موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی تأثیراتی بر بدن افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌گذارد، نشانه‌هایی از اضطراب که دیگران می‌توانند آن را ببینند، مانند سرخ شدن چهره، عرق کردن یا لرزیدن، احساس تنش کردن و گرفتگی - درد و تألم ناشی از ناتوانی در آرام گرفتن، احساس وحشت کردن - تند شدن ضربان قلب، سرگیجه، تنگی تنفس و غیره را از خود نشان می‌دهند (هوفمان و اتو؛ ترجمه چینی فروشان و آگشته، ۱۳۹۰)، در نتیجه برای ظاهر نشدن علائم فیزیولوژی‌شان سعی در کنترل یا فرار از تجربیات، احساسات، افکار و حس‌های بدنی در موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی هستند که این امر موجب تشدید ناراحتی‌ها و علائم فیزیولوژیکی در آن‌ها می‌شود.

نوجوانان بی‌سرپرست در برابر احساسات اضطراب‌زا، احساس ترس (هیجان) و احساسات جسمانی که از حضور در موقعیت ترسناک اجتماعی تصویرسازی شده‌شان بروز می‌کند، مقاومت نشان می‌دهند و سعی دارند که احساسات ناخوشایند بدنی‌شان را کنار گذاشته یا کنترل نمایند و به افکار اضطرابی (به‌عنوان مثال: دارید زیاد عرق می‌کنید، حال است که خراب کاری کنید و غیره) مربوط به موقعیت ترسناک اجتماعی تصویرسازی شده‌شان آمیخته (برای مثال می‌گوید چیزی نگو، لبخند بزن، صورتت را بپوشان و غیره) می‌شوند و آنان را به‌عنوان حقایقی مسلم می‌پذیرند (فلمینگ و

¹ Lavell, Zimmer-Gembeck, Farrell & Webb

² Peterson & Eifert

³ Burklund, Torre, Lieberman, Taylor & Craske

کوکوسکی؛ ترجمه طغیانی، ۱۳۹۵). با به کارگیری راهبردهای گسلش نوجوانان بی سرپرست می آموزند که از افکارشان آگاهی یابند، از طریق استعاره‌های آبشار افکار، حرکت برگ‌ها در رودخانه و ابرها در آسمان به مشاهده افکارشان پردازند، به افکارشان نام‌های واقعی دهند، از به افکار خود آیند یا مفهوم‌پردازی‌های آزارنده‌ی خود را بسیار آهسته، سپس بسیار سریع تکرار کنند، همچنین افکار منفی‌شان را در قالب صدایی مضحک (برای مثال، صدای پسر شجاع، گربه نره، شیپورچی) و یا در قالب آواز و یا با لحنی که اشعار مخصوص به کودکان با آن سروده می‌شود بیان کنند و غیره، شرایطی را فراهم می‌کند که نوجوانان بی سرپرست بتوانند ماهیت واقعی افکارشان را (کلمات) را مشاهده نمایند و با آن‌ها به مجادله پردازند بلکه از افکار اضطرابی‌شان فاصله بگیرند و افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی در نظر بگیرند نه حقایقی مسلم (هیز و استروسال^۱، ۲۰۰۴).

از سویی دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک یک رویکرد تدریجی سه‌جانبه به نوجوانان بی سرپرست دارای ناراحتی‌های فیزیولوژیکی آموزش داده می‌شود تا تمایل تجربه احساسات جسمانی اضطراب را در خودشان ایجاد نمایند و احساسات بدنی‌شان را با قدرت بیشتری بپذیرند، ابتدا تمرین اسکن بدن که به منظور تمرکز توجه آگاهانه بر احساسات بدنی در حالت سکون انجام می‌گیرد، سپس تمرین حرکات کششی که از طریق انجام یک سری تمرینات آرام کششی به همراه برخی از حالت‌های رایج یوگا انجام می‌شود که به وسیله آن نوجوانان بی سرپرست توجه‌ای آگاهانه به بدنشان می‌یابند و در نهایت تمرین تجربه تعمدی احساسات بدنی مرتبط با اضطراب که به واسطه آن نوجوانان بی سرپرست می‌توانند عمداً احساسات بدنی مرتبط با اضطرابشان را تجربه کنند، بنابراین نوجوانان بی سرپرست با تمارین توجه آگاهی متمرکز به احساسات بدنی می‌توانند به جای مقاومت در برابر احساسات اضطراب‌زایشان که اغلب منجر به اجتنابشان می‌گردد با پذیرش بیشتری احساسات جسمانی مرتبط با اضطرابشان را تجربه کنند (اورسیلو و رومر، ۲۰۱۱).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهای توجه آگاهی و پذیرش که شامل تماس با لحظه به لحظه‌های زندگی، بافتار انگاشتن خویش، پذیرش و گسلش شناختی است به نوجوانان بی سرپرست کمک می‌کند تا اینکه هشیارانه و باعلاقه و پذیرش، آگاهی خود را به جای کالبدشکافی و نشخوار وقایع در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زای گذشته و یا پیش‌بینی وقایع در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زای آینده به تجربه‌ای که اینجا و اکنون و از سر می‌گذرانند معطوف کنند. در لحظه اکنون زندگی کنند، به جای غرق شدن در افکار، به طور کامل درگیر آنچه انجام می‌دهند شوند؛ به احساسات و افکار خود اجازه دهند تا همان‌طور که هستند باشند و به جای کنترل کردنشان اجازه دهند تا بیایند و بروند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴). در نتیجه به نظر می‌رسد مجموع این عوامل در کاهش علائم فیزیولوژی نوجوانان بی سرپرست دارای اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است.

منابع

ایزدی، ر؛ عابدی، م. (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل، کاوشیار.

^۱ Strosahl

- باخ، پی؛ موران، دی. ج. (۱۳۹۳). ACT در عمل مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد. (ترجمه سارا کمالی و نیلوفر کیان راد). تهران: نشر کتاب ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ندارد).
- بحرینیان، ع، خانجانی، س و مسجدی آرانی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران. *مجله طب انتظامی*، (۵) ۲، ۶۵-۷۴.
- پورگنابادی، ح؛ آقامحمدیان شعرباف، ح و اصغری نکاح، م. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی منطقی هیجانی (RET) در مدیریت خشم کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *چهارمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان*، (۱۳) ۳، ۱۰-۱۱.
- توکلی زاده، ج و خدادادی، ز. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *افتخار دانش؛ فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، (۱۶) ۲، ۴۵-۵۱.
- حاج صادقی، بساک نژاد و رزمجو. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی پژوهان*، (۴) ۱۵، ۴۲-۴۹.
- حسینی، ح؛ صادقی، ا؛ رجب‌زاده، ر؛ رضازاده، ج؛ نبوی، ح و همکاران. (۱۳۸۹). سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، (۳) ۲، ۲۳-۲۸.
- حصارسرخ، ر؛ اصغری نکاح، س؛ لعل زاده کندکلی، ا و پروانه، ا. (۱۳۹۵). مقایسه پرخاشگری و دانش هیجانی کودکان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست با کودکان عادی. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، (۳) ۲، ۷۷-۸۵.
- رجبی، س و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، (۱) ۶، ۲۹-۳۸.
- رزاقی، ن؛ رضوانی، م؛ طباطبایی نژاد، س و پرویز، س. (۱۳۹۲). زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خشونت خانگی علیه زنان در مشهد: یک پژوهش کیفی. *مجله علمی پزشکی دانشگاه کرمانشاه*، (۱۷) ۸، ۵۰۹-۵۱۹.
- رضا سلطانی، پ و پارسای، س. (۱۳۹۴). *بهداشت مادر و کودک*. انتشارات سنجش.
- رئوفی، الف، رؤیا؛ ت، م؛ قربان شیرودی، ش و نودری، م. (۱۳۹۱). رابطه بین سوگیری توجه و خودکارآمدی اجتماعی با اضطراب اجتماعی در دختران مقطع متوسطه شهری ساری. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، (۳) ۲، ۷۷-۸۵.
- سعادت، م؛ عباس زاده، م؛ نیازی، م و منتظری خوش، ح. (۱۳۹۴). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین سرمایه اجتماعی و افسردگی (مورد مطالعه: زنان متأهل شهر تبریز). *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، (۱) ۱۳، ۸۹-۱۱۰.
- سلاجقه، ص و بخشایی، ن. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد خوراسگان (اصفهان)*، (۱۵) ۵۶، ۹۶-۱۰۴.
- شکیبا، ض. (۱۳۹۱). مقایسه سلامت روان دختران دانش‌آموز تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی با دختران دانش‌آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، (۲) ۱۴، ۵۶-۶۰.
- شیولسون، ر. (۱۳۸۳). *استدلال آماری در علوم رفتاری*. (ترجمه: علیرضا کیامنش). تهران: جهاد دانشگاهی، واحد علامه طباطبایی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ندارد).
- فلمینگ، ژ. ا و کوکوسکی، ن. ل. (۱۳۹۵). *کتاب کار توجه آگاهی و پذیرش برای درمان اضطراب اجتماعی و کمروبی*. (ترجمه مجتبی طغیانی). تهران: کتاب ارجمند. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).
- فناپی، س و سجادیان، الف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه‌وزن و چاق. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، (۲) ۱۴، ۱۴۶-۱۵۳.

- فیاض، ای و کیانی، ژ. (۱۳۹۰). بررسی سلامت روانی نوجوانان پرورشگاه شهید دستغیب و نمازی شهر شیراز. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی افراد استثنایی، (۱)، ۲، ۱۹-۴۸.
- محبی، س؛ محمدی، ع و قاسمی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه شاخص‌های ناسازگاری براساس آزمون ترسیم آدمک مک آور و میزان اختلالات رفتاری در کودکان بی‌سرپرست و عادی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، (۱۶)، ۶، ۵۷۸-۵۸۶.
- نوروزی، م، زرگر، ف و اکبری، ح (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش مشکلات بین فردی و اجتناب تجربه‌ای دانشجویان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۲)، ۱۶۸-۱۷۴.
- هوفمان، الف. گک و اوتو، م. (۱۳۹۰). درمان شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی. (ترجمه مسعود چینی‌فروشان و منصور آگشته). تهران: کتاب ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ندارد).
- هیز، الف. (۱۳۹۵). رهایی از دام آمیختگی و اجتناب شدید: راهنمای غلبه بر چالش‌های درمان در ACT. (مترجم علی فیضی و سجاد بهرامی). تهران: انتشارات ابن سینا. (سال انتشار به زبان اصلی ندارد).
- Burklund, L. J., Torre, J. B., Lieberman, M. D., Taylor, S. E., & Craske, M. G. (2017). Neural responses to social threat and predictors of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in social anxiety disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 261, 52-64.
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 60-66.
- Coelho, H. F., Cooper, P. J., & Murray, L. (2007). A family study of co-morbidity between generalized social phobia and generalized anxiety disorder in a non-clinic sample. *Journal of affective disorders*, 100(1), 103-113.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 87, 188-195.
- Furmark, T., Tillfors, M., Stattin, H., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2000). Social phobia subtypes in the general population revealed by cluster analysis. *Psychological medicine*, 30(6), 1335-1344.
- Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 291-298.
- Hayes, J. D., Flanagan, J. U., & Jowsey, I. R. (2005). Glutathione transferases. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol*, 45, 51-88.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT)*. Springer.
- Hosseini Shahidi, L., Atarodi, A., & Moghimian, M. (2005). The survey of using learning strategies rate in students. *The Horizon of Medical Sciences*, 11(1), 53-60. (Persian)
- Jourdain, R. L., & Dulin, P. L. (2009). "Giving It Space" A Case Study Examining Acceptance and Commitment Therapy for Health Anxiety in an Older Male Previously Exposed to Nuclear Testing. *Clinical Case Studies*, 8(3), 210-225.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 19-27.
- Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. *Behavior Modification*, 34(2), 145-163.

- Kostyukova, T. A., Revyakina, V. I., Erokhin, V. K., Loyko, O. T., Galtsova, N. P., & Dryga, S. V. (2016). Psychological and Educational Support of Substituting Family Selection for Orphaned Children of Pre-School Age. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 233, 327-332.
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25(4), 467-473.
- Lavell, C. H., Zimmer-Gembeck, M. J., Farrell, L. J., & Webb, H. (2014). Victimization, social anxiety, and body dysmorphic concerns: Appearance-based rejection sensitivity as a mediator. *Body image*, 11(4), 391-395.
- Lev, A. (2011). A new group therapy protocol combining acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy in the treatment of interpersonal disorders: a randomized controlled trial. *Ann Arbor: The Wright Institute*.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. Guilford Press.
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587.
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2012). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 37(4), 376-389.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psych
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 883-899.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.