

Research Paper: Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons

Zahra Ostadian Khani¹, *Maliheh Fadaie Moghadam²

1. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Citation: Ostadian Khani Z, Fadaie Moghadam M. [Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2017; 18(1):63-72. <https://doi.org/10.21859/jrehab-180163>

doi: <https://doi.org/10.21859/jrehab-180163>

Received: 12 Sep. 2016

Accepted: 06 Dec. 2016

ABSTRACT

Objective Human behavior is a function of one's existence and interaction between body and mind. Disability is the inability to perform all or part of the normal activities of individual or social life due to congenital defects, or physical or mental faculties being subject to accidents. Mental disability rehabilitation approach consists of three categories of services: mental, emotional, and physical. Physical or motor disabilities are divided into four categories: physical, visceral, sensory and aging. The concept of disability is omnipresent in every society and culture. Its form may vary between temporary or permanent, total or partial, and fixed or variable. Side effects of disability on individuals are different according to their attitude. Their views about themselves, disability, and familial and social attitudes leads to various complications in the lives of persons with disabilities. It has been proved that endangering the physical health provides psychological reactions in people. Many physical disabilities are associated with mental health problems. Mental health problems in people with health problems are very common. For example, chronic diseases, create physical conditions and limiting long-term negative consequences for the disabled person. Quasi-physical as well as psychological problems have serious implications with respect to diseases. Psychosomatic diseases, for instance, cause different kinds of disabilities. In addition to the development of the machines, the marriage and many other issues may be associated with increased physical disability and mental illness. The importance of physical disabilities due to mental health problems that are associated with health problems treated, including psychiatric problems that disabled people face; social is the low and high social phobia. The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment group therapy based on social adjustment and social phobia among physically-disabled person.

Methods & Materials The study population consisted of all individuals belonging to a disability welfare organization in Qom. The sample included 30 males (15 in the control group and 15 in the experimental group) who were selected by random sampling method. In this quasi-experimental study, the participants in the experimental group underwent a 2-month intervention of eight 120-minute sessions. The research design was pretest-posttest with a control group. Data were collected from the questionnaires of Conover, social adjustment, Weisman, and social phobia. Analysis of covariance (ANCOVA) model was used for analyzing.

Results Our results showed that the acceptance and commitment group therapy increased satisfaction as far as social adjustment was concerned ($P < 0.001$). Significant effect on the subscales of fear ($P < 0.001$), avoidance ($P < 0.001$), physiology ($P < 0.001$), and the total social phobia score ($P < 0.001$) was also observed.

Conclusion The acceptance and commitment group therapy increased social adjustment and decreased social phobia among physically-disabled persons.

Keywords:

Acceptance and commitment group therapy, Social adjustment, Body image, Social phobia

* Corresponding Author:

Zahra Ostadian Khani, PhD Candidate

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 8517245

E-Mail: m.2001.moghadam@gmail.com

اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی

زهرا استادیان خانی^۱، ملیحه فدایی مقدم^۲

۱- گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ شهریور ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱۶ آذر ۱۳۹۵

هدف: رفتار انسان تابع تمامیت وجود او است. تعامل جسم و روان در رفتار انسان تأثیر می‌گذارد. معلولیت، ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی و روانی است. رویکرد توان‌بخشی معلولیت شامل سه دسته ذهنی روانی، حسی و جسمی است. معلولیت جسمی به چهار دسته جسمی حرکتی، احشایی، حسی و سالمندی تقسیم می‌شود. در هر جامعه، با هر وضع فرهنگی و در هر طبقه اجتماعی معلولیت به صورت ناتوانی موقت یا دائم، کلی یا جزئی، ثابت یا متغیر وجود دارد. عوارض ناشی از معلولیت در افراد مختلف با توجه به نگرش آن‌ها متفاوت است. دیدگاه فرد معلول درباره خود و معلولیت و نگرش و برخوردهای خانوادگی و اجتماعی به معلولیت موجب به‌وجود آمدن عوارض گوناگونی در زندگی فرد معلول می‌شود. امروزه ثابت شده است که به‌خاطر افتادن سلامت جسمانی موجب بروز واکنش‌های روانی در افراد می‌شود. بسیاری از معلولیت‌های جسمانی با مشکلات روانی در ارتباط است. در واقع، مشکلات روانی در افراد مبتلا به مشکلات جسمانی شیوع بالایی دارد. بیماری‌های مزمن جسمانی شرایط درازمدت و محدودکننده‌ای را برای فرد ایجاد می‌کند که تبعات منفی رفتاری به دنبال دارد. همچنین مشکلات روانی می‌تواند تبعاتی به صورت بیماری‌های شبه‌جسمانی، انواع معلولیت‌ها یا بیماری‌های روان‌تنی به همراه داشته باشد. رشد و گسترش دنیای ماشینی، بالارفتن سن ازدواج و بسیاری مسائل دیگر ممکن است با افزایش معلولیت جسمانی و بیماری‌های روانی همراه باشد. مشکلات روانی در معلولان جسمی با مشکلات جسمانی آن‌ها همراه می‌شود. از جمله مشکلات روانی که معلولان با آن روبه‌رو هستند، سازگاری اجتماعی پایین و هراس اجتماعی بالا است. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمانی بود.

روش پژوهشی: جامعه پژوهش حاضر شامل تمام معلولان حرکتی سازمان بهزیستی شهر قم می‌شد که از میان نمونه‌های شامل ۳۰ نفر پسر (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و شرکت‌کنندگان در مداخله دو ماهه به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی ویسمن و هراس اجتماعی کاتور جمع‌آوری شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در افرادی که تحت گروه‌درمانی قرار گرفتند، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی مؤثر است ($P < 0/001$). همچنین مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر خرده‌مقیاس‌های ترس ($P < 0/001$)، اجتناب ($P < 0/001$)، فیزیولوژی ($P < 0/001$) و نمره هراس اجتماعی ($P < 0/001$) داشت.

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی در معلولان جسمی می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، سازگاری اجتماعی، هراس اجتماعی

مقدمه

وقتی انسان از نظر جسمی سالم باشد پرنرژی‌تر، شادتر، خلاق‌تر، موفق‌تر و اجتماعی‌تر است و بهتر عمل می‌کند. بسیاری از عوامل روانی و تغییرات محیط زندگی با فشار روانی همراه است و موجب ایجاد بیماری جسمی می‌شود و یا تشدیدکننده تظاهرات این بیماری‌هاست. با به‌خطر افتادن سلامت جسمانی،

واکنش‌های روانی نیز در افراد به وجود می‌آید. مشکلات روانی می‌تواند تبعاتی به صورت بیماری‌های شبه‌جسمانی، انواع معلولیت‌ها یا بیماری‌های روان‌تنی مثل زخم معده و فشارخون عصبی به همراه داشته باشد [۱].

معلولیت عبارت است از ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی و روانی. از دیدگاه

* نویسنده مسئول:

ملیحه فدایی مقدم

نشانی: تهران، دانشگاه پیام‌نور، واحد تهران جنوب، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۸۵۱۷۲۴۵ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: m.2001.moghadam@gmail.com

به نظر می‌رسد بُعد اجتماعی تأثیر بسزایی در سلامت به‌طور عام و کیفیت زندگی به‌طور خاص داشته باشد. یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت اجتماعی، سازگاری اجتماعی است که در سال‌های اخیر به عنوان مقوله‌ای که بر اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره دارد توجه فزاینده‌ای به آن شده است. معلولیت جسمی و حرکتی به شیوه‌های گوناگون بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. این نقص جسمی ممکن است افراد را منزوی کند، بر سازگاری اجتماعی^۲ آن‌ها اثر بگذارد، فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را محدود سازد، حتی برخی بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی‌های خود اجتناب می‌ورزند. موشر و دانوف^۳ در پژوهشی نشان دادند حمایت‌های اجتماعی و نوع درمان و سن بر میزان سازگاری اجتماعی این بیماران تأثیرگذار است [۱۱].

طبق نظر اریندل^۴، سازگاری اجتماعی ناراحتی و ترسی است که در تعاملات اجتماعی روی می‌دهد. تیلور و همکاران سازگاری اجتماعی را توجه انتخابی به تشدیدکننده‌های تهدیدات اجتماعی و تحریف قضاوت رویدادهای اجتماعی تعریف کرده‌اند [۱۳، ۱۲]. پژوهش‌های متعدد ضمن گزارش نقص و کاستی مهارت‌های اجتماعی در افراد ناتوان، به اهمیت آموزش و به‌کارگیری مهارت اجتماعی^۵ و افزایش این مهارت‌ها تأکید کرده‌اند [۱۵، ۱۴]. برای آموزش سازگاری اجتماعی از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها هنردرمانی است. تحقیقات نشان داده‌اند هنردرمانی به شکل‌های مختلف مانند نقاشی درمانی، نمایش درمانی، نمایش عروسکی و حرکات موزون اثربخشی روان‌نمایشگری بر سازگاری اجتماعی، برای درمان و کنترل ناسازگاری اجتماعی کاربرد دارند. در مطالعه‌ای درباره سازگاری اجتماعی کودکان ناشنوا گزارش شد این افراد در فعالیت‌های اجتماعی کمتر شرکت می‌کنند و اکثر آن‌ها عضو سازمان‌های اجتماعی عمومی نیستند [۱۶].

یکی از اهداف عمده مؤسسه‌های بهزیستی برای ناتوانان حرکتی رسیدن به سازگاری اجتماعی، برقراری رابطه مؤثر با دیگران و پذیرش مسئولیت اجتماعی است. بیشتر روان‌شناسان بر این باورند که مهارت‌های اجتماعی مجموعه رفتارهای فراگرفته و قابل قبولی است که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از عکس‌العمل‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند. از جمله مهارت‌های اجتماعی می‌توان به همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، برقراری رابطه، تقاضای کمک و در یک کلام سازگاری اجتماعی بالاتر با افراد جامعه اشاره کرد [۱۸، ۱۷، ۱۴، ۱۳].

پژوهش‌ها مؤید این نکته است که سازگاری اجتماعی پایین افراد معلول باعث می‌شود زودتر در دام خطرهای اجتماع از جمله

توان‌بخشی معلولیت‌ها به سه دسته ذهنی روانی، حسی و جسمی تقسیم می‌شوند. معلولیت جسمی به چهار دسته جسمی حرکتی، احشایی، حسی و سالمندی تقسیم می‌شود [۲]. در هر جامعه، با هر وضع فرهنگی و در هر طبقه اجتماعی معلولیت به صورت ناتوانی موقت یا دائم، کلی یا جزئی، ثابت یا متغیر وجود دارد و زندگی اطرافیان فرد معلول را نیز متأثر می‌سازد [۳]. عوارض ناشی از معلولیت در افراد مختلف با توجه به نگرش آن‌ها متفاوت است. دیدگاه فرد معلول درباره خود و معلولیت و نگرش و برخورد‌های خانوادگی و اجتماعی به معلولیت موجب به‌وجود آمدن عوارض گوناگون در زندگی فرد معلول می‌شود [۴].

یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن ناشی از عوارض معلولیت، اختلال هراس اجتماعی^۱ است. هراس اجتماعی ترسی مشخص و ثابت از شرم‌نده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در حضور دیگران است [۵]. با توجه به مدل‌های شناختی، ویژگی‌های عمده‌ای در اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارد، از جمله ترس افراطی و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و اجتناب از این موقعیت‌ها. در DSM-V ملاک‌های ضروری اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) برای تشخیص‌گذاری عبارتند از: ترس شدید از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی که ممکن است موجب شرمساری فرد شود؛ رویارویی یا پیش‌بینی رویارویی با این موقعیت‌ها موجب ایجاد پاسخ اضطرابی فوری شود. با اینکه فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود می‌شود، این حالت موجب اجتناب یا تحمل این موقعیت‌ها با وحشت زیاد می‌شود و در نهایت این اضطراب در عملکرد و روابط اجتماعی فرد اختلال ایجاد می‌کند [۶].

مبتلایان به هراس اجتماعی مشکلات روانی و اجتماعی بسیاری دارند و این اختلال بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سلامت روانی آن‌ها اثرات منفی می‌گذارد [۷]. وجود این اختلال به‌طور معناداری با درآمد پایین، احتمال کم کسب مدارج دانشگاهی، احتمال کم کسب مشاغل اجرایی و ناتوانی در روابط خانوادگی، عاشقانه و اجتماعی ارتباط دارد. مدل‌های اخیر اختلال اضطراب اجتماعی از جمله کلارک، ولز و نظریه هایم‌برگ پیشنهاد می‌کنند که این اختلال در نتیجه آسیب‌پذیری زیست‌شناختی همراه با تجربیات یادگیری اجتماعی به وجود می‌آید [۹، ۸].

با توجه به اینکه معلولیت در ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه تأثیر می‌گذارد، توجه به جنبه‌های مختلف زندگی این افراد از جمله بُعد سلامت و برنامه‌ریزی صحیح به منظور مراقبت و تأمین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی آنان ضروری به نظر می‌رسد. انسان‌ها موجوداتی چندبُعدی هستند که بی‌اعتنایی به هر یک از این وجوه بخشی حیاتی از زندگی افراد را به مخاطره می‌اندازد و پیامدهای قابل توجهی در زندگی آنان خواهد داشت [۱۰].

2. Social adjusment
3. Mosher & Danoff
4. Arrindell
5. Social Skills

1. Social phobia

و درونی پذیرفت. در مرحله بعد به فرد آموخته می‌شود که از لحظه‌لحظه حالات روانی خود آگاهی یابد و پس از آن بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (جداسازی شناختی^{۱۵}) و در نهایت ارزش‌های شخصی فرد شناخته شود و برای عمل متعهدانه (فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی) انگیزه ایجاد شود.

افکار افسرده‌کننده، وسواس، هراس‌ها و یا اضطراب اجتماعی^{۱۶} نتیجه تجارب ذهنی است. به علت اینکه در ACT افراد یاد می‌گیرند پذیرش ذهنی خود را به شکل مساعدت در تجارب داخلی (افکار، احساسات و غیره) افزایش دهند و با مشکلات خود از طریق بودن در زمان حال، تعهد به اهداف اجتماعی، بررسی ارزش‌ها و دوری از اجتناب کنار بیایند ضرورت این نوع تحقیق احساس می‌شود [۲۷]. در همین راستا آنیونزیات^{۱۷}، گرین^{۱۸} و مارکس^{۱۹} (۲۰۱۶) در پژوهشی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی بررسی کردند. شواهد توصیف می‌کند این درمان باعث پذیرش محدودیت‌ها و افزایش اعتماد به نفس در فرد می‌شود و در کاهش افسردگی و اضطراب تأثیر دارد [۲۸].

الزویر (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی که در معرض آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی قرار گرفتند، بهبود چشمگیری را نشان دادند و باعث مزمن‌نشدن این اختلال شد [۲۹]. کسب مهارت‌های اجتماعی افراد بخشی از اجتماعی شدن آن‌هاست. در فرایند اجتماعی شدن هنجارها، مهارت‌ها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد تا به نحو مطلوبی نقش کنونی یا آتی خود را در جامعه ایفا کند. با توجه به شیوع معلولیت حرکتی و مشکلات عدیده آن‌ها به‌ویژه مشکلاتی همچون سازگاری اجتماعی پایین و هراس اجتماعی بالا، هدف از پژوهش حاضر اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، آینده‌نگر و بنیادی کاربردی، از نظر روش شناختی، نیمه‌آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه بود. جامعه آماری شامل تمام کم‌توانان حرکتی پسر سازمان بهزیستی شهر قم بود. با توجه به هدف پژوهش نمونه‌ای با حجم ۳۰ نفر پسر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت همگن انتخاب شدند. افراد انتخاب شده اکثراً تحصیلات دبیرستان و دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. بر اساس این طرح افراد قبل از اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و

سوءمصرف مواد بیفتند. نوجوانان با سازگاری اجتماعی پایین‌تر، ۲۷ درصد زودتر از نوجوانان با سازگاری اجتماعی بالاتر مصرف کانابیس را شروع کردند و بیشتر در معرض رفتارهای ضد اجتماعی خشونت، مصرف الکل و حشیش و سیگار قرار گرفتند [۱۹]. نتایج پژوهش ون‌هوتن^۶ و همکاران در سال ۲۰۱۳ روی دوقلوها نشان داد عوامل ژنتیکی خطر ابتلا به اختلال هراس اجتماعی را افزایش می‌دهد [۲۰].

متخصصان بهداشت روانی علاوه بر درمان دارویی برای درمان اضطراب اجتماعی، مداخلات روان‌درمانی را نیز توصیه می‌کنند. نسل اول درمان‌های روان‌شناختی شامل رویکردهای رفتاری تحت عنوان شرطی کلاسیک^۷ و عاملی^۸ مطرح شدند. نسل دوم درمان‌های شناختی و رفتاری بودند که تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند. این نوع درمان‌ها بیشتر بر نقش شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و باورها در ایجاد اختلالات روانی تأکید داشتند. با گذشت زمان به علت استفاده از تکنیک‌های مختلف باید در شناخت و باور تغییر یا حذف ایجاد می‌شد. زرگر و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی و درمان گروهی شناختی و رفتاری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی مؤثر است [۲۱].

با وجود بهبود بیماران، این نوع درمان‌ها ماندگاری خوبی نداشت و علائم بیماری پس از مدتی بازمی‌گشت؛ بنابراین به این نتیجه رسیدند که می‌توان از درمان‌های دیگری با بازدهی و ثبات بیشتر بهره برد. امروزه با نسل سوم این درمان‌ها مواجه هستیم که می‌توان تحت عنوان کلی «مدل‌های مبتنی بر پذیرش» از آن‌ها یاد کرد، مثل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۹ سگال^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۲)، درمان فراشناختی^{۱۱} ولز (۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد^{۱۲} هیز^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۹ و هیز، ۲۰۰۴ [۲۵-۱۸]. درمان ACT مدل آگاهی بدون قضاوت از افکار در حال حاضر است. در این روش افکار و احساسات و حواس به همان صورتی که هستند پذیرفته می‌شوند [۲۶].

در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان‌ها هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری^{۱۴} روانی است. ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجربیات روانی‌اش بالا برود، سپس بی‌اثر بودن هرگونه عمل اجتنابی آموزش داده می‌شود و اینکه باید این تجارب را بدون هیچ واکنش بیرونی

6. Van Houten
7. Classical conditioning
8. Conditioning factor
9. Mindfulness
10. Segal
11. MCT
12. ACT
13. Hayes
14. Flexibility

15. Cognitive isolated
16. Social anxiety
17. Annunziaj
18. Green
19. Marx

درمان دارویی و روان‌درمانی بیماران افسرده طراحی شده است. در حال حاضر از این مقیاس برای سنجش سازگاری بیماران و افراد سالم به‌طور گسترده‌ای استفاده می‌شود. مبنای نظری و محتوای عبارات برای ارزیابی ناسازگاری اجتماعی از مصاحبه ساختاریافته SCID و مصاحبه نمره‌گذاری شده گرلند و مطالعات تجربی اولیه پی‌کل^{۲۱} و ویسمن^{۲۲} (۱۹۹۹) گرفته شده است. این مقیاس روابط بین فردی را در نقش‌های مختلف شامل احساسات، رضایت، اختلاف و عملکرد ارزیابی می‌کند. همبستگی‌های کلی آزمون حوزه‌های نقشی مختلف بین ۰/۹۰ و ۰/۸۳ برای اجرای مصاحبه‌گری مقیاس سازگاری اجتماعی درجه‌بندی شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۴۸ و متوسط پایایی بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شد. ضریب آلفا برای نسخه خودسنجی در پژوهشی که در ژاپن انجام شد ۰/۷۳ بوده است.

ریاحی‌نیا (۱۳۸۱) در پژوهش خود برای محاسبه اعتبار و پایایی این آزمون از روش همبستگی و آلفای کرونباخ استفاده کرد. همچنین در پژوهش زمستانی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۸۱ درصد و ۷۹ درصد به دست آمد [۳۲-۳۰]. برای انجام پژوهش حاضر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (نویسنده مسئول) که دوره‌های آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را گذارنده است گروه‌درمانی را انجام داد. شرح

21. Paykol
22. Wissman

تعهد آزمودنی‌ها پیش‌آزمون را انجام دادند، سپس گروه آزمایش برنامه مداخله را دریافت کرد در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

در پایان هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند. مداخلات درمانی به صورت هشت جلسه دو ساعته آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این افراد انجام شد. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه هراس اجتماعی کانور^{۲۰} (۲۰۰۰) و پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی پی‌کل و ویسمن (۱۹۹۹) بود.

پرسش‌نامه هراس اجتماعی کانور (SPHN)

نخستین بار کانور و همکاران (۲۰۰۰) این پرسش‌نامه را به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه کردند. پرسش‌نامه هراس اجتماعی مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که سه مقیاس فرعی ترس و اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک دارد و در آن بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر نمره‌ها، نقطه برش ۴۰ با کارایی تشخیصی ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با آلفای کرونباخ ۸۹ درصد است.

پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی

مقیاس سازگاری اجتماعی به عنوان مقیاس برآیند برای ارزیابی

20. Kanour

جدول ۱. شرح جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	بیان هدف، معرفی درماندگی خلاق، درک اضطراب از دیدگاه اکت، استعاره گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، حرکت به سمت اینکه کنترل راه حل مسئله نیست (بلکه خود مسئله است). تکلیف: ثبت تجربه‌های روزانه
جلسه دوم	افزایش تعامل درمانجو در فعالیت‌هایی که موجب حس مهارت یا لذت آن‌ها می‌شود. تمرینات حمایتی، تقاضا از اعضا درباره گفتگو درباره اضطراب‌هایشان، کنترل به‌صورت یک مشکل (کنترل رویدادهای درونی)، استعاره دروغ سنج، استعاره ژله شیرینی (دونالت ژله‌ای)، استعاره تقلا در جنگ با هیولا، منطلق فعال‌سازی رفتاری، تنظیم اولیه هدف رفتاری. تکلیف: یادداشت روزانه تمایل
جلسه سوم	استعاره به فیل صورتی فکر نکن و معرفی تمایل به تجربه اضطراب به این عنوان که یک جایگزین برای کنترل است. تمرینات حمایتی: تمرین فرونشانی (چشم‌ها را ببندند و به موضوع مشخصی فکر نکنند)، درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی، تمرین اعداد، تمرین تمایل داشتن به جای اجتناب کردن، استعاره جعبه پر از مسائل. تکلیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک.
جلسه چهارم	هدف معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات اضطراب. تمرینات حمایتی: تمرین ذهن شما دوست شما نیست و نمی‌تواند بدون آن کار انجام دهد. تمرین شیر، شیر، مسافران اتوبوس، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد. شناسایی ارزش‌ها. شناسایی تمرین ذهن آگاهی، برکه راهنمای ذهن آگاهی چیست، شناسایی عملکرد رفتاری تعیین شده
جلسه پنجم	هدف: معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر. تمرینات حمایتی: تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر. تکلیف: استدلال به عنوان علت‌ها، ادامه تمرین ذهن آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن
جلسه ششم	هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها. تمرینات حمایتی: مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، مثال رفتن به شمال، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها، شناسایی ارزش‌ها: تمرین استعاره مراسم دفن/ تمرین سنگ قبر. تکلیف: دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها، اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین شده
جلسه هفتم	هدف کاهش دلیل‌یابی و جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی: تمرینات حمایتی: آموزش به اعضا که واژه "و" را جایگزین اما و چون کنند. استعاره مهمانان ناخواسته، توضیح راه‌های برخورد با این همسایه مزاحم، ماهیت همه یا هیچ (تمرین جهش). تکلیف: فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچک‌تر تعیین شده).
جلسه هشتم	هدف: آموزش به اعضا که برای خود یک درمان‌گر باشند. پرداختن به نگرانی‌های اعضا در مورد خاتمه درمان و منعکس کردن پیشرفت حاصل شده. راهبردهای ممکن: شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم اکت، ثبت اهداف افراد (به عنوان مثال در ۱ ماه، ۳ ماه، ۱ سال)، استعاره دو کوه، بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان

معلولان جسمی بود. نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی معلولان جسمی مؤثر است. همان طور که در پژوهش‌های مختلف اشاره شد مبتلایان به هراس اجتماعی مشکلات روانی و اجتماعی بسیاری دارند و این اختلال بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و سلامت روانی آن‌ها اثرات منفی می‌گذارد [۷].

وجود این اختلال به‌طور معناداری با درآمد پایین، احتمال کم کسب مدارج دانشگاهی، احتمال کم کسب مشاغل اجرایی و ناتوانی فزاینده در روابط خانوادگی و عاشقانه و اجتماعی ارتباط دارد [۸، ۹]. معلولیت جسمی و حرکتی به شیوه‌های گوناگون در زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. متأسفانه معلولیت افراد را منزوی و فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را محدود می‌کند. موشر و دانوف^{۲۳} در پژوهشی نشان دادند حمایت‌های اجتماعی و نوع درمان و سن بر میزان سازگاری اجتماعی این بیماران تأثیرگذار است. استفاده از نسل اول و دوم درمان‌های روان‌شناختی حاکی از این است که این درمان‌ها با وجود اثر مثبتی که داشتند ماندگاری خوبی نداشتند، بنابراین به این نتیجه رسیدند که می‌توان از درمان‌هایی

23. Mosher & Danoff

جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول شماره ۱ به صورت خلاصه آمده است.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش شامل سازگاری و هراس اجتماعی (ترس، اجتناب، فیزیولوژی) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل آمده است. در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی آمده است. در افرادی که تحت گروه‌درمانی قرار گرفتند گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی مؤثر است ($P < 0/001$). همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش ترس ($P < 0/001$)، اجتناب ($P < 0/001$)، فیزیولوژی ($P < 0/001$) و نمره کل هراس اجتماعی ($P < 0/001$) شد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر ارزیابی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری و کاهش هراس اجتماعی

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	آزمایش	۵۹/۲۰	۱۲/۲۳	۳۵/۶۶	۱۴/۰۳
	کنترل	۶۳/۳۳	۷/۶۶	۶۶/۳۳	۷/۶۷
ترس	آزمایش	۱۲/۲۶	۵/۴۸	۲/۴۰	۲/۰۹
	کنترل	۱۲	۰/۸۴	۴/۶۶	۰/۴۸
اجتناب	آزمایش	۱۵/۶۰	۶/۸۵	۲/۹۳	۲/۵۷
	کنترل	۱۸/۳۳	۱/۲۹	۱/۴۶	۱/۴۶
هراس اجتماعی	آزمایش	۷/۸۰	۷/۸۰	۱/۷۳	۱/۴۸
	کنترل	۷/۳۳	۰/۴۸	۴/۶۶	۰/۴۸
فیزیولوژی	آزمایش	۳۵/۶۶	۱۴/۰۳	۷/۰۶	۵/۵۲
	کنترل	۳۷/۶۶	۲/۱۲	۱۵/۳۳	۲/۱۳

توانبخشی

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	MS	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۸۷۲/۹۷۷	۶۸/۲۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۱

توانبخشی

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	MS	F	Sig.	اندازه اثر	توان آزمون
ترس	پیش‌آزمون	۰/۷۸۳	۰/۳۶۸	۰/۵۴۹	۰/۰۱۳	۰/۰۹۰
	گروه	۰/۹۸۴	۱۶/۳۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۷۴
اجتناب	پیش‌آزمون	۳/۴۶۹	۰/۷۸۴	۰/۳۸۴	۰/۰۲۸	۰/۱۳۷
	گروه	۵۷/۱۴۳	۱۲/۹۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	۰/۹۳۴
فیزیولوژی	پیش‌آزمون	۱۱/۷۱۹	۱۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۹۵۱
	گروه	۷۰/۵۰۹	۷۴/۴۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	۰/۹۸۹
هراس اجتماعی کل	پیش‌آزمون	۲۳/۹۶۶	۱/۳۸۸	۰/۳۴۹	۰/۰۴۹	۰/۲۰۶
	گروه	۴۸۴/۷۴۲	۲۸/۰۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۰	۰/۹۹۹

توانبخشی

با بازدهی و ثبات بیشتر بهره برد.

سازگاری اجتماعی معلولان ذهنی مؤثر است [۳۴]. نتایج یک پژوهش نشان داد آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش هراس اجتماعی در دانش‌آموزان کم‌شنوا می‌شود. در مقاله‌ای در همین زمینه پژوهشگران دریافتند حمایت اجتماعی می‌تواند در کیفیت زندگی معلولان جسمی و حرکتی مؤثر باشد و به عنوان تأمین‌کننده کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد. این نتایج تلویحاتی را در زمینه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی به دنبال دارد و در توان‌بخشی افراد معلول جسمی و حرکتی کاربرد دارد [۱۲، ۱۱]. حمایت اجتماعی بالا می‌تواند منجر به سازگاری اجتماعی بیشتر معلولان و کاهش هراس اجتماعی آنان شود.

اگر معلولان بتوانند با درمان اکت مسائل غیر قابل پیش‌بینی خود را بپذیرند و با این وضعیت آشتی کنند، می‌توانند بر آسیب‌های روان‌شناختی دیگر نیز راحت‌تر غلبه کنند. وضعیت رفاهی سطح پایین زندگی و ابعاد مختلف فقر در خانواده با احتمال وجود فرد دچار معلولیت ارتباط دارد. افراد در این سطح از اجتماع قدرت ابراز وجود کمی دارند و اکثراً از هراس اجتماعی بالا و به تبع آن سازگاری اجتماعی پایین رنج می‌برند [۳۷]. نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که برای بالابردن تأثیر درمان و ماندگاری بیشتر می‌توان قبل از آموزش مهارت‌های اجتماعی به معلولان جسمی و حرکتی ابتدا با درمان اکت پذیرش وضعیت جسمانی و تعهد به انجام تمرین‌ها را به معلولان آموزش داد و سپس به آموزش مهارت‌های اجتماعی پرداخت. در پژوهشی که روی دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی انجام شد اثربخشی درمان گروهی اکت بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی ثابت شد [۳۵].

نتایج حاصل بیانگر نتایج درمان انفرادی اکت در دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی است [۳۶]. در پژوهش دیگری نتایج نشان داد مداخله‌های درمانی زود هنگام می‌تواند مصرف مواد اعتیادآور از جمله کانابیس را در سن جوانی و بزرگسالی تا مقدار

امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که می‌توان آن‌ها را تحت عنوان کلی «مدل‌های مبتنی بر پذیرش» نامید، مثل درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۲۴} سگال^{۲۵} و همکاران (۲۰۰۰)، درمان فراشناختی^{۲۶} ولز (۲۰۰۶) و درمان پذیرش و تعهد^{۲۷} هیز^{۲۸} و همکاران، ۱۹۹۹ و هیز، ۲۰۰۴ [۲۵-۲۲]. این نتایج به دلیل اینکه درمان اکت برای افراد مبتلا به جنون عملی مؤثر بود همخوان است [۲۴]. در این پژوهش بیماران را قبل و بعد از مداخله اکت ارزیابی کردند و بهبودی مشاهده شد، هرچند که نیاز به تکرار و پیگیری احساس می‌شد [۳۳].

در پژوهشی دیگر این نتیجه به دست آمد که درمان اکت برای انواع اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی اثر مثبت دارد و افراد با پذیرش شرایط اعتماد به نفسشان بالا می‌رود و افسردگی و اضطرابشان کاهش می‌یابد [۲۸]. در پژوهشی گسترده که برای افراد مبتلا به جنون انجام گرفت، از درمان شناختی و رفتاری و اکت برای بهبود عملکرد آن‌ها استفاده شد. در رتبه‌بندی که انجام شد اکت در جایگاه اول قرار گرفت [۳۳]. الزویر (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی که در معرض آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی قرار گرفتند بهبود چشمگیری را نشان دادند و باعث مزمن نشدن این اختلال شد. می‌توان تبیین کرد بهترین کار برای اثربخشی و ماندگاری بیشتر این نوع آموزش‌ها پذیرش معلولیت است، نه تحمل وضعیت تا معلولان بتوانند پذیرای آموزش باشند [۲۹].

در پژوهشی ثابت شد که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود

24. Mindfulness
25. Segal
26. MCT
27. ACT
28. Hayes

اجتماعی به کار گیرند. همچنین این بسته درمان را برای اختلالات رفتاری و نافرمانی مقابله‌ای و بیش‌فعالی نیز آموزش دهند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مداخلات روی زنان با معلولیت جسمانی انجام شود تا نتایج قابل تعمیم به آن‌ها نیز باشد. انجام مطالعه و پیگیری پژوهش برای اندازه‌گیری ثبات مداخلات نیز ضرورت دارد. نتایج این پژوهش در سطح اولیه قرار دارد. به دلیل مبنای فلسفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش و انجام این درمان نیازمند زمان و دانش بیشتری است.

با اینکه نتایج این تحقیق تأییدکننده اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی بود، اما پژوهش‌های بیشتری لازم است تا ماهیت و نحوه این اثربخشی بیشتر مشخص شود. احتمالاً عوامل روانی اجتماعی دیگری نیز در افزایش یا کاهش سازگاری و هراس اجتماعی معلولان مؤثر است که در پژوهش‌های دیگری باید مشخص و اثر آن‌ها مطالعه شود، به‌ویژه پژوهش‌های آزمایشی تا از طریق آن‌ها بتوان مشخص کرد دستکاری شناخت معلولان و آموزش‌های بالابردن مهارت‌های آنان چگونه بر سازگاری اجتماعی آنان مؤثر است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان موسسه رعد که در پژوهش همکاری داشتند، تشکر می‌نمایم. این مقاله حامی مالی نداشته است.

زیادی کاهش دهد و از اضطراب و افسردگی و پیامدهای دیگر مصرف مواد جلوگیری کند. نتایج این پژوهش با پژوهش اسمن^{۲۹} و همکاران در زمینه تأثیر اکت بر کاهش اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی بزرگسالان با میانگین سنی ۴۲ سال (مبتلا به هراس اجتماعی) همسواست [۳۷]. نتایج پژوهشی در سال ۲۰۱۴ نشان داد عدم تحمل و عدم اطمینان و ترس از ارزیابی منفی در رابطه بین روان‌رنجورخویی و نشانه‌های مربوط به هراس اجتماعی عوامل واسطه‌ای هستند. با توجه به اینکه افراد مبتلا به معلولیت جسمی ترس از ارزیابی منفی دارند، به نظر می‌رسد مداخله اکت بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و هراس اجتماعی مؤثر است.

در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به تجارب درونی افکار و احساساتی را که در حضور و صحبت در جمع به آن‌ها دارند بپذیرند. همچنین با ایجاد ارزش‌ها و اهداف اجتماعی تر و تعهد به آن‌ها، با هراس اجتماعی خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد نقش قربانی را دارد، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. همچنین پذیرش شرایط اجتماعی و محدودیت‌های فردی در آن‌ها می‌تواند سازگاری معلولان جسمانی را در اجتماع افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به دلیل تازگی پیشینه پژوهشی محدودی دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث پذیرش بیشتر شرایط جسمانی و روانی و افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی در معلولان جسمی و حرکتی می‌شود. چرا که در بیماری‌های جسمی مزمن مهم‌ترین گام در بهبود و ارتقای زندگی ایجاد پذیرش در فرد و انجام عمل متعهدانه در راستای ارزش‌هاست. درمان مؤثر می‌تواند از خوددرمانی و انجام راهکارهای نادرست جلوگیری کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که نمونه مطالعه‌شده فقط شامل مردان مبتلا به معلولیت جسمانی است و زنان را دربر نمی‌گیرد. محدودیت دیگر مقطعی بودن طرح آزمون است. این تحقیق فقط روی معلولان جسمی انجام شده است، درحالی‌که معلولیت‌ها انواع فراوانی دارند، مثل معلولان ذهنی و ناتوانان در یادگیری.

پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس نیز اکت را به منظور بهبود روابط بین‌فردی و کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش سازگاری

References

- [1] Khosravi N, Raheb Gh, Arshia M, Eghlima M. [The relationship between social support and quality of life, physical-motor disabilities and educational center in Ra'ad (Persian)]. *Rehabilitation*. 2015; 16(2):176-186
- [2] Barati Sede F, Davarmnesh A. [An introduction to rehabilitation of the disabled (Persian)]. Tehran: Roshd Pub; 2007.
- [3] May LA, Warren S. Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: External and structural validity. *Spinal Cord*. 2002; 40(7):341-50. doi: 10.1038/sj.sc.3101311
- [4] Shafiabadi A. [Vocational rehabilitation for the disabled (Persian)]. Isfahan: Jungle Publication; 2003.
- [5] Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'Brien E, et al. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011; 28(5):377-82. doi: 10.1002/da.20794
- [6] Ghayur Kazemmi F, Sepehri Shamlou Z, Mashhadi A, Gha-naei A, Pasalar F. [Compare the effectiveness of meta-cognitive therapy and neurofeedback to help reduce symptoms of anxiety in students Girl with social anxiety disorder (Persian)]. *Journal of Cognitive Psychology*. 2015; 4(1-2):19-30.
- [7] Heinrichs N, Hoffman SG. Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(5):751-70. PMID: 11434229
- [8] Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JRT, et al. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(12):1999-2007. doi: 10.1176/appi.ajp.158.12.1999
- [9] Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR editors. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press; 1995.
- [10] Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In: Hofmann SG, Dibartolo PM editors. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*. New York: Springer. 2010.
- [11] Caron J, Tempier R, Mercier C, Leouffre P. Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*. 2011; 34(5):459-75. PMID: 9793737
- [12] Mosher CE, Danoff-Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2006; 23(2-3):101-14. doi: 10.1300/j077v23n02_07
- [13] Rostami M, Veisi N, Jafarian Dehkordi F, Alkasir E. Social anxiety in students with learning disability: Benefits of acceptance and commitment therapy. *Practice in Clinical Psychology*. 2014; 2(4):277-284.
- [14] Arrindell W, Sanderman R, Hageman WJJ, Pickersgill M, Kwee MG, Van der Molen H, et al. Correlates of assertiveness in normal and clinical samples: A multidimensional approach. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1990; 12(4):153-282. doi: 10.1016/0146-6402(90)90004-a
- [15] Wagner E. Development and implementation of a curriculum to develop social competence for students with visual impairments in Germany. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2004; 98(11):1-18.
- [16] Wolffe K, Sacks SZ. The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: A quantitative comparison. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 1997; 91(3):245-57.
- [17] Nicholas JG, Geers AE. Personal, social, and family adjustment in school-aged children with a cochlear implant. *Ear and Hearing*. 2003; 24:69-81. doi: 10.1097/01.aud.0000051750.31186.7a
- [18] Gresham FM, Elliott SN. The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. *Journal of Special Education*. 1987; 21(1):167-81. doi: 10.1177/002246698702100115
- [19] Gresham FM. Social skills instruction for exceptional children. *Theory Into Practice*. 1982; 21(2):129-33. doi: 10.1080/00405848209542994
- [20] Scholes-Balog KE, Hemphill SA, Evans-Whipp TJ, Toumbourou JW, Patton GC. Developmental trajectories of adolescent cannabis use and their relationship to young adult social and behavioural adjustment: A longitudinal study of Australian youth. *Addictive Behaviors*. 2016; 53:11-18. doi: 10.1016/j.add-beh.2015.09.008
- [21] Van Houtem CMHH, Laine ML, Boomsma DI, Ligthart L, van Wijk AJ, De Jongh A. A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorder*. 2013; 27(4):379-88. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.04.007
- [22] Zargar Y, Besaknezhad S, Akhlaghi Jami J, Zemestani M. [The comparison of the effectiveness of group training of social skills and group cognitive-behavior therapy in reducing social anxiety among students (Persian)]. *Urmia Medical Journal*. 2015; 25(3):172-181.
- [23] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- [24] Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004; 35(4):639-665.
- [25] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. 3rd ed. New York: Guilford; 1999.
- [26] Hayes SC, Gifford EV. The trouble with language: experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*. 1997; 8(3):170-3. doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00405.x
- [27] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2):217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004

- [28] Omran, MP. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students (Persian)]. *Knowledge and Health Journal*. 2011; 6(2):1-5.
- [29] Annunziata AJ, Green JD, Marx BP. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. In: Friedman H, editor. *Encyclopedia of Mental Health*. Philadelphia: Springer; 2016
- [30] Öst LG, Cederlund R, Reuterskiöld L. Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome? *Behaviour Research and Therapy*. 2015; 67:19–29. doi: 10.1016/j.brat.2015.02.001
- [31] Connor KM, Davidson JR, ChurchillLE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 176(4):379–86. doi: 10.1192/bjp.176.4.379
- [32] Riahi Nia A. [The comparison of social adjustment and mental health of male and female married nurses and staff in Ahvaz city (Persian)] [MSc. thesis]. Ahvaz: Islamic Azad University, Ahvaz Branch; 2001.
- [33] Zemestani M, Hasannejad L, Nejadian A. [Comparison of quality of life, sleep quality and social adjustment of cancerous patients with intact individual in Ahvaz City (Persian)]. *Urmia Medical Journal*. 2013; 24(7):471-482.
- [34] Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T, et al. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The “ACT for life” study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016; 50:257–63. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.10.001
- [35] Beh Pajoooh A, Soleymani S, Afrooz GA, Gholam Ali Lavasani M. [A study on the impact of social skill training on social adjustment and academic performance in slow learners (Persian)]. *Quarterly Journal of Educational Innovations*. 2011; 33(9):163- 186.
- [36] Pourfaraj Omran M. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students (Persian)]. *Journal of knowledge and Health*. 2012; 6(2):1-5. doi: 10.1234/knh.v6i2.100.g61
- [37] Block JA, Wulfert E. Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today*. 2000; 1(2):3–10. doi: 10.1037/h0099879
- [38] Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2006; 6(3):397-416.