

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با واقعیت درمانی گلاسر بر نگرش به

زندگی و اضطراب اجتماعی زنان سرپرست خانوار

مهشاد ربیعی مطمئن^۱، بهنام قابل دمیرچی^۲، عاطفه محمدی^۳

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول).
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توان بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره سیزدهم، بهار ۱۴۰۱، صفحات ۲۳۷-۲۴۲

چکیده

سرپرست خانوار در معرض آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی شدن قرار ندارند و بر همین اساس باید به دنبال شناسایی و کاربرد مداخلات روانشناسی مؤثر در جهت کاهش این آسیب‌ها بود. این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با واقعیت درمانی کالا در بر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه شده به کلینیک مددکاری اجتماعی یارا شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که از این بین، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت درمانی گلاسر) و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل شاخص نگرش به زندگی باتیستا و الموند (۱۹۷۳) و مقیاس اضطراب اجتماعی جرابک (۱۹۹۶) بود. آنالیز داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد. نتایج آنالیز داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعیت درمانی گلاسر بر بهبود نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر است. تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این متغیرها غیر معنادار بود. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، در مورد زنان سرپرست خانوار، متخصصان حوزه باعث می‌توانند مداخلات واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد را به‌منظور بهبود اضطراب اجتماعی و نگرش به زندگی در آن‌ها مورد استفاده قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی گلاسر، نگرش به زندگی، اضطراب اجتماعی، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

زنان سرپرست خانوار اشاره به زنانی دارد که بدون حضور منظم و با حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی خانوار را بر عهده‌دارند. امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان، نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (لنز و همکاران، ۲۰۱۷). طبق آمار موجود، در حال حاضر بیش از سه میلیون زن سرپرست خانوار در ایران وجود دارد که طی ۱۰ سال گذشته تعداد خانواده‌های دارای سرپرست زن نسبت به مردان ۸۵ درصد افزایش داشته است (مسجدی، ۲۰۲۰). بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، نسبت خانوارهای زن سرپرست به کل خانوارهای کشور برابر با ۱۲/۷ درصد است (قربانی و همکاران، ۲۰۱۹). در اکثر جوامع، مسئولیت سرپرستی خانواده بر عهده مرد خانواده است و در این میان، آن دسته از زنانی که به دلایلی همچون فوت همسر یا طلاق، عهده‌دار مسئولیت‌های زندگی خانوادگی هستند، در معرض آسیب‌پذیری زیادی قرار دارند (لنز و همکاران، ۲۰۱۷). این آسیب‌پذیری به علت نام‌گذاری نقش‌های جدید، به‌ویژه نقش مضاعف مدیریت خانواده، وظایف چندگانه، تغییر روابط با اطرافیان، تحمل کنترل‌های اجتماعی، کاهش مقبولیت اجتماعی و امنیت مالی به وجود می‌آید و این شرایط سایر اعضای خانواده را نیز با مسائل و مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌سازد و تنش‌هایی را بر آن‌ها وارد می‌کند (مسجدی، ۲۰۲۰). عدم برخورداری این‌گونه زنان از سطح نسبی رفاه و شکاف عمیق بین وضعیت آنان با شاخص‌های رفاه اجتماعی از جمله بهداشت، آموزش، مهارت و پایین بودن میزان درآمد سرانه، محدودیت‌های اجتماعی و مالی، بروز افسردگی، ترک تحصیل، ازدواج اجباری، ازدواج ناموفق و سایر مسائل و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آن‌ها درگیر هستند، منجر به ایجاد یک چرخه ناتمام مملو از محرومیت شده و به تدریج زندگی آنان و سایر افرادی که به‌نوعی تحت مراقبت این زنان می‌باشند را تهدید می‌نماید (قربانی و همکاران، ۲۰۱۹). یکی از آسیب‌های روان‌شناختی نسبتاً شایع در زنان سرپرست خانوار، وجود علائم اضطراب اجتماعی است (یوسفی لبنی و همکاران، ۲۰۲۰) که با توجه به جایگاه اجتماعی زنان سرپرست خانوار و برچسب‌های اجتماعی و باورهای کلیشه‌ای جامعه نسبت به آنان قابل توجیه هست (مسجدی و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب اجتماعی، ترس پابرجا از یک یا چند موقعیت اجتماعی با عملکردی است که در آن موقعیت‌ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می‌گیرد و می‌ترسد که به‌گونه‌ای تحقیرآمیز عمل کند. این اختلال باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی می‌شود و به‌طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم می‌شود (وان داوانس و همکاران، ۲۰۱۸). غالباً مشاهده می‌شود که افراد با اضطراب اجتماعی خود را درست کم می‌گیرند و این برداشت از خود بر کنش‌های متقابل آن‌ها با دیگران اثرگذار است (بلوم گارت و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین می‌توان فهمید که ادراک منفی و ضعیف از خود، عزت‌نفس ضعیف، ارزیابی ضعیف توانمندی‌های خود، احتمال شکل‌گیری ساختار روانی و شخصی برای اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد (مسجدی و همکاران، ۲۰۲۰).

آشر و همکاران (به نقل از وان داوانس و همکاران، ۲۰۱۸) در مطالعه خود نشان دادند که عزت‌نفس ضعیف و تصور منفی از خود عاملی مهم در افزایش اضطراب اجتماعی است و این اضطراب محدود می‌تواند موجب افت بیشتر عزت‌نفس در افراد شود.

مؤلفه روان‌شناختی دیگری که ممکن است زنان سرپرست خانوار نارسایی آن را در زندگی خود حس کنند نگرش به زندگی (معنای زندگی) است (ویسانی و همکاران، ۲۰۱۵) که خود می‌تواند به اضطراب اجتماعی در این گروه از افراد دامن بزند (چو ماک، ۲۰۲۰). باورها و اعتقادات هر فرد و نوع برداشتش از زندگی وقایع آن بر بهزیستی روانی، رضایت از زندگی و سلامت روان وی اثرگذار است (ویسانی و همکاران، ۲۰۱۵)، نگرش به زندگی بامعنای زندگی مفهومی وسیع بوده که برگرفته از سیستم شناختی فرد است. معنای زندگی عبارت است از اعتقاد فرد به اینکه در زندگی دارای چارچوب باهدفی است که به زندگی او معنای ارزشمند می‌دهد (فرانکل، ۲۰۱۴). تلاش در یافتن معنای زندگی خود نیروی اصیل و بنیادی است و نه توجهی ثانویه از کشش‌های غیر انسان، این معنی منحصر به فرد، ویژه خود اوست (فورمن، ۲۰۱۹)؛ و از این رو، تنها او است که باید و قادر است به آن تحقق بخشد و تنها در آن صورت است که معنی جویی او ارضا خواهد شد (آلوز و همکاران، ۲۰۱۸). فرد بهره‌مند از زندگی بامعنا، خود را کمال یافته و یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب با آرمان‌های زندگی‌اش می‌بیند. فرانکل (۲۰۱۴) معتقد است که افراد ناامید و افسرده و بی‌قرار و آن‌هایی که احساس تنهایی می‌کند، غالباً از بی‌معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند. به اعتقاد فرانکل، در هر موقعیتی حتی به هنگام رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت. به گفته فرانکل زنده‌بودن یعنی رنج کشیدن، اما برای رنج خویش معنایی یافتن، یعنی ادامه هستی (استاورووا و همکاران، ۲۰۲۰). وجود معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند گره بسیاری از مشکلات لاینحل زندگی را باز نموده و باعث بروز پاسخ‌های مثبتی در افراد شود (آلوز و همکاران، ۲۰۱۸). از این رو زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند. معنای زندگی از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارآمدی و خود ارزشمندی تحقق می‌یابد و فقدان معنا فرد را دچار حبس پوچی، ناامیدی، سلامت و دل‌زدگی می‌کند (استاورووا و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهند که مفهوم نگرش به زندگی و معنای زندگی ارتباط تنگاتنگی با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دارد و معنادار بودن زندگی می‌تواند سبب پایین آمدن سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی شود (چو ماک، ۲۰۲۰).

رویکرد واقعیت درمانی (Reality therapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) (ACT) از مداخلات روان‌شناختی مؤثر در زمینه کاهش آسیب‌ها مطرح می‌باشند. یافته‌های مطالعات متعدد، گویای اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش علائم اضطراب اجتماعی و همچنین اصلاح افکار تحریف‌شده و غیرمنطقی بوده است (خالقی، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه فرشچی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که کاربرد واقعیت درمانی در بیماران دیابتی در کاهش علائم اضطرابی نقش دارد. یافته‌های مطالعه خالقی و همکاران (۲۰۱۷) نیز حاکی از تأثیر این رویکرد درمانی بر اصلاح نگرش و افکار تحریف یافته در افراد دچار اضطراب اجتماعی و کاهش علائم اضطراب اجتماعی در آن‌ها بود. همچنین یافته‌های مطالعات دیگر گویای اثربخشی ACT در کاهش علائم اضطرابی و افکار و نگرش‌های ناکارآمد در افراد و گروه‌های مختلف بوده است (یوئن و همکاران، ۲۰۱۹).

یوئن و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ACT در کاهش میزان اضطراب صحبت کردن در جمع اثربخش است. ماسودا و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ACT در کاهش نگرش ناکارآمد در افراد دارای اختلالات روانی مؤثر است. هدف اصلی رویکرد واقعیت درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای مورد پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است (ابن‌شریعه و عقیلی، ۲۰۱۹).

درمانگران واقعیت درمانی معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان جویان فقدان روابط رضایت‌بخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آن‌ها نیاز دارند (سلیمانی و بابائی، ۲۰۱۶). عدم انکار واقعیت، مسئولیت‌پذیری و براین 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 (فرشچی و همکاران، ۲۰۱۸). در این دیدگاه اعتقاد براین است که کسانی که از احساس تنهایی و بی‌ارزشی رنج می‌برند، واقعیت را انکار می‌کنند و دچار ناخشنودی، افسردگی اضطراب و عدم احساس مسئولیت می‌شوند (گلاس، ۲۰۰۰).

گلاس معتقد است مسئولیت، همان انتخاب است و بیان می‌دارد که هر کس می‌تواند از مسئولیت، برداشتی داشته باشد اما هیچ‌کس نمی‌تواند صادقانه بگوید که به هنگام انتخاب، نسبت به آنچه انتخاب کرده است، مسئولیت ندارد. باین‌حال و گرچه رویکرد واقعیت درمانی به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش علائم اضطرابی و بهبود افکار تحریف‌شده و غیرمنطقی شناخته می‌شود (خالقی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ اما تا به حال مطالعه‌ای در مورد کارایی رویکرد واقعیت درمانی در کاهش اضطراب و نگرش آن‌ها به زندگی نپرداخته است. ACT یک رویکرد درمانی کارآمد بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی می‌باشد و مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً به‌عنوان انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی قلمداد می‌کند، مشکلاتی که توسط هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد شده است (یوئن و همکاران، ۲۰۱۹). در این درمان اعتقاد براین است که بسیاری از آسیب‌های روانی با تلاش‌های بی‌بهره و بی‌حاصل برای جلوگیری از تجربه درونی منفی به وجود می‌آید (ایوانووا و همکاران، ۲۰۱۶). بر همین اساس، این درمان دارای دو بخش ذهن‌آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و به افراد آموزش داده می‌شود که با پذیرش هیجانات خود و خودداری از اجتناب تجربه در لحظه حال و اکنون زندگی کند (ماسودا و همکاران، ۲۰۰۷). هدف اصلی در این درمان برقراری توانایی انتخاب عملی در بین انتخاب‌های مختلفی است که مناسب‌تر باشد و نه صرفاً اقدام در جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها با تمایلات آشفته باز که این به معنای انعطاف‌پذیری شناختی است (فار و همکاران، ۲۰۱۷). گرچه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد مؤثر شناخته می‌شود (فار و همکاران، ۲۰۱۷) اما تا به حال مطالعه‌ای در مورد کارایی این مداخله در بهبود سطح اضطراب و نگرش آن‌ها به زندگی نپرداخته است. امروزه نسبت خانوارهای زن سرپرست خانوارهای کشور برابر با ۱۲/۷ درصد است (قربانی و همکاران، ۲۰۱۹). 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 راهکارها و مداخلات مؤثر در جهت کاهش بار آسیب‌های مذکور بود. واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره به دو مداخله‌ای دارند که در مطالعات متعدد، اثربخشی آن‌ها در بهبود علائم روان‌شناختی در افراد و گروه‌های مختلف و تأثیر آن در کاهش علائم اضطرابی، افسردگی و همچنین اصلاح افکار و نگرش‌های تحریف‌شده و غیرمنطقی نشان داده شده است. بر همین اساس مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان دو رویکرد مؤثر در کاهش و اصلاح علائم اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد بر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک مددکاری اجتماعی یارا شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد ۴۵ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. این زنان برای دریافت کمک مالی به این کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند که برای اجرای این مطالعه، زنان سرپرست خانوار مراجعه‌کننده به این مراکز در سال ۱۴۰۰ در نظر گرفته شدند و با اجرای پرسشنامه اضطراب اجتماعی بر روی حدود ۱۲۰ نفر از آن‌ها، در نهایت ۴۵ نفر از آن‌ها که دارای علائم اضطراب بودند برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. تعداد اعضای نمونه بر اساس فرمول زیر با دقت ۰/۰۵ و در سطح اطمینان ۰/۹۵ محاسبه شد:

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

ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: زنان سرپرست خانوار، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، رضایت افراد شرکت‌کننده جهت همکاری، کسب نمرات دو انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه اضطراب اجتماعی جهت غربالگری افراد شرکت‌کننده 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 شرکت در مطالعه در پژوهش حاضر. سه گروه از افراد شامل زنان سرپرست خانوار (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) برای پژوهش انتخاب شدند. قبل از انتخاب شرکت‌کنندگان، طی جلسه معارفه با اعضای، در مورد پژوهش، اهداف و نتایج آن صحبت شد و بعد از اعلام رضایت آن‌ها جهت شرکت و همکاری در این پژوهش، از آن‌ها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. غربالگری افراد مبتنی بر وجود اضطراب اجتماعی، مبتنی بر کسب نمرات متوسط و پایین در پرسشنامه استاندارد اضطراب اجتماعی Jerabek بود. طبق توضیحات روش نمونه‌گیری حجم نمونه، تعداد ۶۵ نفر از کلیه زنان مرکز مددکاری اجتماعی باران و نوید به‌صورت غیر تصادفی هدفمند و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شیوه تصادفی ساده برای قرار دهی افراد در گروه‌ها به این صورت بود که گمارش افراد در هر گروه در قالب قرعه‌کشی و کلمه تصادفی صورت گرفت. در ادامه، گروه‌های آزمایش توسط رویکردهای منتخب تحت آموزش قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله با رویکردهای واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، همه شرکت‌کنندگان سه گروه پرسشنامه را تکمیل کردند (اجرای پیش‌آزمون). جلسات آموزشی هر دو رویکرد به‌صورت گروهی، به تعداد هر کدام ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت ۲ ماه برای دو گروه آزمایش، هفته‌ای یک‌بار، توسط پژوهشگر اول این مقاله به شکل گروهی در کلینیک مددکاری یارا برگزار شد. برای اجرای پس‌آزمون نیز بلافاصله بعد از انجام مداخلات، همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس در ادامه ۱ ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و برای انجام پیگیری، مجدداً از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کنند. به‌منظور 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. همچنین شرکت‌کنندگان در پایان پژوهش، می‌توانستند در صورت تمایل از نتایج مطالعه و پرسشنامه‌های خودآگاه شوند. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Scale) و پرسشنامه نگرش به زندگی (Life Regard Index) قبل، بعد و دو ماه بعد از اتمام مداخلات استفاده شد. پروتکل واقعیت درمانی در مطالعه حاضر برگرفته از اصول واقعیت درمانی مطرح‌شده از گلاسر (۲۰۰۰) شده است. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد Hayes و همکاران (۲۰۰۶) بود. شرح جلسات واقعیت درمانی (جدول ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۲) مورد کاربرد در این مطالعه، در ادامه گزارش شده است.

جدول ۱: شرح جلسات واقعیت درمانی

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

جدول ۲: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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

مقیاس اضطراب اجتماعی: در سال ۱۹۹۶ توسط Jerabek برای سنجش اضطراب اجتماعی افراد بالای ده سال ساخته شده است. این ابزار دارای ۵۲ سؤال ۵ گزینه‌ای با گزینه‌های تقریباً همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، تقریباً هیچ‌وقت است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲۵-۲۵ است و از پنج خرده مقیاس ترس از افراد ناآشنا، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انزوای اجتماعی و ترس از آشکار شدن اضطراب تشکیل شده است. نمره بالا نشان‌دهنده عدم اضطراب اجتماعی است (اسلامی و همکاران، ۲۰۱۲). بک در مطالعه خود روایی سازه مقیاس اضطراب اجتماعی را از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تأیید ساختار ۵ عاملی آن مورد تأیید قرارداد. همچنین وی در مطالعه نمود پایایی این مقیاس را با گزارش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرارداد. در مطالعه‌ای در ایران توسط کاظمی پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۹ و دونیمه سازی ۰/۷۴ محاسبه شده است. همچنین نشان داده شد که با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۵ عامل شامل ترس از بیگانگان، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انتهای اجتماعی و ترس از آشکار شدن ملایم اضطراب استخراج شده است که این‌ها معادل ۷۴،۳۳ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کنند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به زندگی (Life Regard Index): این پرسشنامه بر اساس مفهوم نگرش مثبت به زندگی توسط Battista & Almond (۱۹۷۳) طراحی شده است. وی این آزمون را به منظور ارزیابی میزان معنا خواهی در زندگی تهیه کرده است. این آزمون شامل دو زیر مقیاس چارچوب ذهنی و تکمیل هدف است. مقیاس چارچوب اعتقاد فرد به داشتن یک دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف، مقاصد یا نقطه‌نظری برای زندگی بر اساس این دیدگاه را می‌سنجد. مقیاس تکمیل میزانی را که یک شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب با آرمان‌های زندگی اش می‌بیند اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۳ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از آن‌ها اعلام کند.

هر یک از زیرمقیاس‌ها شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد، هفت عبارت به صورت منفی و هفت عبارت به صورت مثبت بیان شده‌اند. مجموع نمرات هر در زیرمقیاس، نمره کل نگرش به زندگی را به دست می‌دهد.

Battista & Alrnond پایایی بازآزمایی برای این شاخص را ۰/۹۴ گزارش کردند. پایایی مقیاس‌های این آزمون در مدت پنج هفته برای نمره کل ۰/۸۰، برای زیر مقیاس چارچوب ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس تکمیل ۰/۸۸، به دست آمد. در یک مطالعه در ایران، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده است و ضریب همابستگی درونی به روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۲ و مقدار آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۰ به دست آمد. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناسی مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه‌ها از نظر سن و مدت‌زمان از دست دادن همسر تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه‌ها از نظر دو متغیر سن و مدت‌زمان از دست دادن همسر یکسان‌اند. نتایج تحلیل کروسکال والیس نشان داد که تفاوت معناداری میان سه گروه از نظر میزان تحصیلات، تعداد فرزند وضعیت اقتصادی وجود ندارد و همگنی میان گروه‌ها محقق شده است.

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

متغیر	واقعیت درمانی	ACT	کنترل
سن	میانگین ± انحراف معیار	۳۳/۳۱ ± ۸/۴۲	۳۵/۱۸ ± ۷/۰۹
مدت از دست دادن همسر	میانگین ± انحراف معیار	۵/۹۸ ± ۱/۲۸	۵/۱۵ ± ۱/۰۲
تعداد (درصد)	زیر دیپلم	(۲۶)۴	(۳۳)۵
تحصیلات	دیپلم	(۶۰)۹	(۶۰)۹
	تعداد (درصد)	(۱۴)۲	(۷)۱
تعداد فرزند	۱ فرزند	(۶۰)۹	(۶۶)۱۰
	تعداد (درصد)	(۳۰)۴	(۳۴)۵
وضعیت اقتصادی	ضعیف	(۲۰)۳	(۱۳)۲
	تعداد (درصد)	(۸۰)۱۲	(۸۷)۱۳
	تعداد (درصد)	(۰)۰	(۰)۰
	تعداد (درصد)	(۰)۰	(۰)۰

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

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیکربندی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نگرش به زندگی	گروه ۱	۲۲,۰۶	۶,۹۶	۲۹,۶۰	۸,۰۹	۳۰,۵۳
	گروه ۲	۲۲,۷۳	۵,۱۵	۳۰,۵۲	۳,۲۳	۲۹,۴۹
	گروه ۳	۲۲,۱۵	۵,۹۵	۲۴,۲۰	۴,۲۵	۲۳,۴۷
نوس از بیگانگی	گروه ۱	۱۳,۸۷	۲,۰۶	۱۷,۴۰	۴,۰۵	۱۸,۶۰
	گروه ۲	۱۴,۰۲	۱,۹۶	۱۸,۲۷	۳,۴۲	۱۸,۱۳
	گروه ۳	۱۳,۸۰	۱,۸۲	۱۳,۷۴	۱,۸۲	۱۳,۲۰
نوس از ارزیابی توسط دیگران	گروه ۱	۷,۶۲	۱,۳۰	۸,۵۱	۱,۸۰	۸,۵۹
	گروه ۲	۷,۸۸	۱,۱۹	۸,۹۱	۱,۸۱	۸,۸۴
	گروه ۳	۶,۶۷	۱,۱۱	۶,۴۷	۱,۲۴	۶,۹۳
نوس از صحبت کردن در جمع	گروه ۱	۶,۸۷	۱,۵۵	۸,۷۳	۱,۷۱	۸,۳۷
	گروه ۲	۶,۵۳	۱,۳۰	۸,۳۴	۲,۳۹	۸,۸۷
	گروه ۳	۶,۴۷	۱,۱۹	۶,۶۰	۱,۳۵	۷,۲۰
نوس از نگرانی اجتماعی	گروه ۱	۸,۴۷	۱,۶۸	۱۱,۴۷	۱,۹۶	۱۰,۸۸
	گروه ۲	۸,۹۶	۱,۷۵	۱۲,۰۶	۲,۸۰	۱۱,۷۹
	گروه ۳	۸,۰۰	۱,۸۸	۸,۲۰	۲,۴۰	۷,۹۳
نوس از آشکار شدن علائم اضطراب	گروه ۱	۶,۸۷	۱,۴۶	۹,۱۳	۲,۳۹	۹,۸۷
	گروه ۲	۷,۱۷	۱,۳۳	۹,۵۳	۱,۶۴	۹,۰۷
	گروه ۳	۶,۵۳	۱,۴۱	۶,۴۲	۱,۱۳	۶,۷۳
اضطراب اجتماعی (کل)	گروه ۱	۳۳,۲۰	۱۱,۰۲	۵۲,۸۴	۱۲,۲۱	۵۳,۱۲
	گروه ۲	۴۴,۱۲	۱۰,۳۲	۵۱,۷۸	۱۲,۷۹	۵۲,۶۷
	گروه ۳	۴۲,۴۷	۱۳,۶۷	۴۱,۶۰	۱۰,۶۸	۴۲,۲۳

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تحت مطالعه در متغیر نگرش به زندگی، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. مفروضه‌های این آزمون یعنی نرمال بودن داده‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف و آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p > 0.05$) و نتایج آزمون لون بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس ($p > 0.05$) بود. همچنین تعامل غیر معنی‌دار بین متغیر هم پراش پیش‌آزمون و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. فرض کرویت موچلی در مورد نمره‌ای متغیر برقرار نبود ($p < 0.05$) و براین اساس از اصلاح اسپیلین هین-فلت استفاده شد. در مجموع، مانعی برای انجام تحلیل‌های واریانس آمیخته تک متغیری وجود نداشت به نتایج آزمون در جدول (۵) آمده است. نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد که در مورد نگرش به زندگی اثر بین گروهی، اثر درون‌گروهی و اثر تعاملی بین گروهی به درون‌گروهی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی و ACT با گروه کنترل در این متغیر معنادار است ($P = 0.0/0$). تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با ACT در نگرش به زندگی غیر معنادار بود ($P \geq 0.05$) و تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی در این مورد وجود نداشت.

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

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

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

به‌منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیر اضطراب اجتماعی، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته همراه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p > 0/05$) و نتایج آزمون ام. باکس گویای رعایت فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس است ($F = 1/24, P < 0/05$). فرض کرویت موجهی در مورد خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برقرار نبود ($p < 0/05$) و براین اساس از اصلاح اسپیلن هین - فلت برای تمام این متغیرها استفاده شد. این تحلیل واریانس در ابتدا ترکیب خطی خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی را در بین گروه‌ها، برحسب آزمون‌ها نیز اثرات، تعاملی گروه‌های آزمون مورد مقایسه قرار می‌دهد. در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برحسب عضویت گروهی، سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر تعامل گروه هم‌زمان تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها برحسب عضویت بین گروهی، عضویت درون‌گروهی و اثرات تعاملی به ترتیب ۳۳، ۴۳ و ۴۱ است؛ بدین معنی که ۲۳ درصد تغییرات از طریق عضویت بین گروهی، ۶۳ درصد از طریق تفاوت‌های درون‌گروهی و ۴۱ درصد تغییرات برحسب اثرات تعاملی درمان گروهی و بین گروهی قابل تبیین است. در ادامه جهت بررسی تفاوت‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی به نمره کل آن نتایج تحلیل تک متغیره در (جدول ۶) آورده شده است.

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

متغیرها	منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P	η^2
ترس از افراد ناآشنا	گروه	۱۰۶۸/۳۱	۲	۵۳۴/۲۰	۹/۳۳	۰/۰۰	۰/۲۶
زمان		۱/۳۳	۶۵۰/۸۷	۲۲/۹۲	۰/۰۰	۰/۴۵	
گروه* زمان		۲/۸۸	۶۰۱/۷۱	۷/۱۲	۰/۰۰	۰/۲۲	
ترس از ارزیابی توسط دیگران	گروه	۱۷/۵۳	۲	۸/۷۶	۳/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۲
زمان		۱/۷۳	۲/۶۱	۲/۱۹	۰/۱۶	۰/۰۷	
گروه* زمان		۳/۳۸	۸/۳۱	۳/۳۶	۰/۰۵	۰/۱۱	
ترس از صحبت کردن در جمع	گروه	۲۲۷/۹۷	۲	۱۱۳/۹۸	۸/۱۳	۰/۰۰	۰/۲۹
زمان		۱/۳۳	۱۵۷/۸۳	۳۰/۶۶	۰/۰۰	۰/۴۸	
گروه* زمان		۲/۶۶	۵۳/۲۸	۵/۱۳	۰/۰۲	۰/۲۶	
ترس از نژوای اجتماعی	گروه	۳۷۵/۶۱	۲	۱۸۷/۸۱	۳/۳۸	۰/۰۲	۰/۰۵
زمان		۱/۷۸	۷۲۰/۹۳	۱۳/۲۶	۰/۰۰	۰/۳۱	
گروه* زمان		۳/۵۶	۲۰۲/۱۳۰	۷/۷۳	۰/۰۰	۰/۱۵	
ترس از آشکار شدن اضطراب	گروه	۲۰۳/۱۵	۲	۱۰۲/۰۷	۹/۱۳	۰/۰۰	۰/۲۸
زمان		۱/۱۷	۱۶۲/۰۶	۳۱/۸۶	۰/۰۰	۰/۵۰	
گروه* زمان		۲/۳۳	۳۵/۷۲	۶/۱۹	۰/۰۰	۰/۲۲	
اضطراب اجتماعی	گروه	۹۳۵/۶۲	۲	۴۶۷/۸۱	۱۶/۳۶	۰/۰۰	۰/۴۵
زمان		۱۳۷۷/۵۱	۲	۶۸۸/۷۵	۲۹/۱۹	۰/۰۰	۰/۵۷
گروه* زمان		۶۹۹/۸۶	۳	۲۳۳/۲۸	۱۵/۳۱	۰/۰۰	۰/۴۱

* نتایج بر اساس اصلاح ایسپین-هین-کلیت ارائه شده است.

نتایج (جدول ۶) نشان می‌دهد که در مورد خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در بین گروهی، اثر درون‌گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون‌گروهی معنادار است. در مورد نمره کل اضطراب اجتماعی اثر بین‌گروهی، در درون‌گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون‌گروهی معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه برحسب مقایسه‌های دور گروهی نشان می‌دهد که تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی معنادار و تفاوت میانگین دو گروه مداخله در مورد این خرده مقیاس‌ها غیر معنادار است و علی‌رغم اثربخشی دو روش در بهبود خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو روش درمانی در این مورد وجود ندارد. همچنین تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در نمره کل اضطراب اجتماعی معنادار است و تفاوت میانگین گروه واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این متغیر غیر معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر باهدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش به زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد. بر طبق نتایج مطالعه حاضر واقعیت درمانی موجب بهبود نگرش به معنای زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی خالقی و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر این مداخله درمانی در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و تقویت بهزیستی روانی، امید به خودکارآمدی و همچنین اصلاح افکار تحریف‌شده و غیرمنطقی در افراد و گروه‌های مختلف همسو است. بر طبق نتایج مطالعه حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود نگرش به معنای زندگی و اضطراب اجتماعی در زنان سرپرست خانوار با اضطراب اجتماعی شد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی فار و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی این رویکرد درمانی در کاهش علائم اضطرابی و افکار و نگرش‌های ناکارآمد و بهبود بهزیستی در افراد و گروه‌های مختلف همسو است. طبق نتایج مطالعه حاضر، هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اضطراب اجتماعی و نگرش به معنای زندگی در زنان سرپرست خانوار نشانه‌های اضطراب اجتماعی اثربخش بودند و تفاوتی بین آن‌ها وجود نداشت.

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی می‌توان گفت که واقعیت درمانی، براین اصل استوار است که ما خود رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مستقل زندگی خود و آنچه عمل، احساس و فکر می‌کنیم، هستیم (فرشچی، ۲۰۱۸). در رویکرد واقعیت درمانی تأکید بر آزادی انسان است و این رویکرد، رفتار را نوعی انتخاب مسئولانه می‌داند که توسط فرد صورت می‌گیرد و آن را عامل مهمی در سلامت روان او به شمار می‌آورد. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا رفتار خود را کنترل و انتخاب‌های مناسب‌تری را با به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد توسط درمانگر و عدم قضاوت بر اساس موارد محدود داشته باشند و بدین طریق با تغییر دیدگاه و نگرش وی را در جهت معنابخشی به زندگی کمک می‌کند (ابن شریعه و عقیلی، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد، هنگامی که زنان سرپرست خانوار، نتوانند از عهده مسئولیت سرپرستی خانواده به شکل مناسب برآیند، علاوه بر صدماتی که خود خواهند خورد، اعضای خانواده آن‌ها نیز آسیب می‌بینند. واقعیت درمانی کمک می‌کند که این افراد با هویت منسجم و موفق بهتر درک کنند که از وجود خود چه می‌خواهند بسازند و با احساس مسئولیت بیشتر به اداره امور خانواده بپردازند و با غلبه بر موانع، زندگی بامعنایی را برای خود و اعضای خانواده فراهم آورند. در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی باید گفت که کاهش سطح اضطراب منوط به ادراک فرد از میزان کنترلی است که بر زندگی خود دارد (پوراوری و همکاران، ۲۰۱۸).

در همین راستا واقعیت درمانی با کمک به فرد و با اتکا بر توانایی و ظرفیت درونی خودش سعی در کنترل کردن رفتار و افکار توسط خودش دارد (خالقی و همکاران، ۲۰۱۸) و این فرایند می‌تواند به کاهش سطح اضطراب در فرد کمک کند. از منظر این رویکرد، رفتار کلی که فرد کنترل مستقیمی بر آن دارد، او را به سوی حس مسئولیت‌پذیری در قبال اعمال و افکاری که انتخاب نموده سوق می‌دهد و احساس و فیزیولوژیکی که به صورت غیرمستقیم نشأت گرفته از افکار هست نیز به افزایش تسلط کنترل درونی که نشانه سلامت روانی است، منجر می‌شود و به این طریق با افزایش کنترل درونی و انتخاب اعمال و رفتار به شیوه آگاهانه و مسئولیت‌پذیری در مقابل این انتخاب سطح تردید به خرد و اضطراب عملکرد در جمع کاهش پیدا می‌کند. همچنین به‌طورکلی

درمان گروهی فرصتی فراهم می‌آورد که فرد درباره مسائل و مشکلاتش صحبت کند؛ احساساتش را در گروه پرواز دهد و بازخورد دریافت کند؛ به تعیین طرز تلقی گرایش دیگران نسبت به خود موفق گردد؛ بنابراین فرد از طریق مشارکت در گروه می‌تواند مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت کند و روابط بهتری با دیگران داشته باشد. درمان گروهی، شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد با دیگر اعضای گروه شبکه اجتماعی تشکیل دهند که بتوانند به‌منزله مبنایی برای تغییر محیط عمل کنند. درمان جریان گروهی می‌تواند از تعامل متقابل گروهی برای افزایش درک و پذیرش ارزش و اهداف استفاده کنند و رفتارها و نگرش‌های معینی را یاد بگیرند یا کنار بگذارند و این خود با اصلاح نگرش فردی و کاهش اضطراب اجتماعی همراه است. از سوی دیگر یادگیری در سرتاسر زندگی فرد به وقوع می‌پیوندد و یکی از مفاهیم اصول واقعیت درمانی نیز یادگیری است. ما همان چیزی هستیم که انجام می‌دهیم و به وسعت زیاد، ما همان چیزی هستیم که یاد می‌گیریم، انجام دهیم و هویت ما حاصل یکپارچگی همه رفتارهای یاد گرفته‌شده و یاد گرفته نشده ما است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان، تصریح ارزش مار عمل متعهدانه است (سوارت و همکاران، ۲۰۱۹)، ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های خود به تعیین اهداف، اعمال، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، باوجود مشکلات فراوان موجب می‌شود تا ضمن تحقق اهداف در قالب یک زندگی معنادار فرد با از گیر افتادن در حلقه معیوب افکار و احساسات منفی از قبیل یأس و ناامیدی و ضعف عزت‌نفس که به‌نوبه خود موجب افزایش شدت اضطراب می‌شود، رهایی یابد (یوئن و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با احیای تجارب و تعارضات، به فرد در ارزیابی مجدد آن‌ها، حل تعارضات، جمع‌بندی دوباره آن‌ها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت فرد می‌شود و 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 کند (لوانوا و همکاران، ۲۰۱۶) که این خود فرایند خود می‌تواند به زندگی بی‌جهت و بی‌معنا پایان بخشد. از سوی دیگر، آشکارسازی تعارضات ممکن می‌تواند با تغییر و بهبود در کیفیت روابط، شکل‌گیری و تقویت صمیمیت بین فردی و کاهش عدم صداقت و دفاع‌های رشد نایافته در بافت ارتباطی به کاهش اضطراب اجتماعی و ایجاد ارتباطی تسهیل شده کمک کند (فار و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین پذیرش و تعهد یک فرایند درمانی است که موجب افزایش بینش و درک از خود شده و با تغییرات رفتاری، عاطفی و شناختی همراه است که می‌تواند با تقویت حس مثبت به خود و دیگران به افزایش عزت‌نفس، توانمندی، خودکارآمدی و رفع اضطراب و تردید نسبت به خود منجر شود (یوئن و همکاران، ۲۰۱۹). در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به فرد کمک شود ما فکارآزادنده خود را فقط به‌عنوان یک فرد تجربه کند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی خودآگاه شود و به‌جای پاسخ دادن به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است، بپردازد. درمان ACT توانایی مراجعان را برای ایجاد ارتباط با تجربه خودشان در زمان حال و بر اساس آنچه در همان لحظه امکان‌پذیر است، بهبود می‌بخشد و باعث می‌شود فرد احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرد قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به گزارش این نشانه‌ها و کاهش اضطراب می‌شود. درواقع به افراد آموزش داده می‌شود که هرچه بیشتر

در پذیرش و تحمل تجربیات خود توانا تر باشند، به همان میزان می‌تواند مستقل از این تجربیات عمل کند. پذیرش جایگزین مهم برای اجتناب است و به بیمار کمک می‌کند ضمن پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی، نهایت سعی و تلاش خود را برای رسیدن به هدف به کار گیرد (لوانوا و همکاران، ۲۰۱۶). در فرایند پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند در عین رویارویی با امور عادی زندگی روزانه، موقعیت‌های ناراحت‌کننده را با تغییر نحوه پاسخ خود به آن‌ها سازمان داده و به جای واکنش تکانشی نسبت به چنین شرایطی بتوانند به دور از هرگونه تعصب و قضاوت، با داشتن انعطاف‌پذیری و عدم سرسختی کاستی‌های خود را ببند و بپذیرند (ماسودا و همکاران، ۲۰۰۷) و این خود می‌تواند به معنا بخشی زندگی کمک کند. بر اساس نتایج پژوهش، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصلاح نگرش به معنای زندگی و کاهش اضطراب اجتماعی زنان سرپرست خانوار مبتلا به اضطراب اجتماعی اثربخش بود و تفاوتی بین آن‌ها وجود نداشت. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا نهادهای ذی‌ربط در طراحی مداخلات و برنامه‌های آموزشی نمود، از این دو رویکرد روانشناسی نیز به منظور کاهش آسیب‌های روانی در زنان سرپرست خانوار و گروه‌های با مشکلات مشابه سود بجویند. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن مطالعه و گروه نمونه به شهرستان ساری بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع

قربانی، فریدون؛ محسنی، رضاعلی؛ انصاری، حمید (۲۰۱۹). فراتحلیل نیازها و اولویت‌های زندگی زنان سرپرست خانوار با رویکرد جامعه‌شناختی. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۹(۷۲)، ۵۵-۹۰.

- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista, J., & Gonçalves, M. M. (2018). Finding meaning in loss: A narrative constructivist contribution. In *Clinical handbook of bereavement and grief reactions* (pp. 161-187).
- Aslami, N., Khabar, M., & Hashemi, L. (2012). 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*, 6(23), 105-121.
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of Life Regard Index. *Psychiatry*, 36(4), 409-427.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687-692.
- Chu, S. T.-W., & Mak, W. W. (2020). How mindfulness enhances meaning in life: a meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Mindfulness*, 11(1), 177-193.
- Ebnosharieh, J., & Aghili, S. M. (2019). Effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 20(4), 53-60.
- Far, S. T., Gharraee, B., Birashk, B., & Habibi, M. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4).
- Farshchi, N., Kiani, Q., & Chiti, H. (2018). Effectiveness of group therapy reality in reducing depression, anxiety and increased compliance to treatment in patients with diabetic type 1. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 26(117), 74-85.

- Frankl, V. E. (2014). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Penguin.
- Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. HarperCollins Publishers.
- 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.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). 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*, 44, 27-35.
- Kazemi, H., Waziri, M., & Abedi, A. (2016). The effectiveness of problem solving training on test anxiety and social anxiety in primary school students. *Social cognition*, 5(1), 100-112.
- Khaleghi, N., Amiri, M., & Taheri, E. (2017). Effectiveness of group reality therapy on symptoms of social anxiety, interpretation bias and interpersonal relationships in adolescents. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(2), 77-83.
- Lenz, L., Munyehirwe, A., Peters, J., & Sievert, M. (2017). Does large-scale infrastructure investment alleviate poverty? Impacts of Rwanda's electricity access roll-out program. *World Development*, 89, 88-110.
- Masjedi, M. R., Roshanfekar, P., Naghdi, S., Higgs, P., Armoon, B., Ghaffari, S., & Ghiasvand, H. (2020). Socio-economic contributors to current cigarette smoking among Iranian household heads: findings from a national household survey. *Journal of Substance Use*, 25(2), 217-223.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., Twohig, M. P., & Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour research and therapy*, 45(11), 2764-2772.
- Pouravari, M., Zandipour, T., Pouravari, M & Salehi, S. (2018). The Effectiveness of Group Choice Theory and Reality Therapy Training on Reducing the Aggression in Female Students. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*(4), 50-56.
- Robatmili, S., Sohrabi, F., Shahrak, M. A., Talepasand, S., Nokani, M., & Hasani, M. (2015). The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iranian students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(1), 54-62.
- Sewart, A. R., Niles, A. N., Burklund, L. J., Saxbe, D. E., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2019). Examining positive and negative affect as outcomes and moderators of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 50(6), 1112-1124.
- Soliemani, E., & Babaei, K. (2016). On the Effectiveness of Group Reality Therapy based on Choice Theory in Anxiety and Hope for Drug-Dependent Individuals During Abstinence. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 10(37), 137-150.
- Stavrova, O., Pronk, T., & Kokkoris, M. D. (2020). Finding meaning in self-control: The effect of self-control on the perception of meaning in life. *Self and Identity*, 19(2), 201-218.
- Veisani, Y., Delpisheh, A., & Sayehmiri, K. (2015). Health related quality of life in the female-headed households. *International Journal of Epidemiologic Research*, 2(4), 178-183.
- von Dawans, B., Trueg, A., Kirschbaum, C., Fischbacher, U., & Heinrichs, M. (2018). Acute social and physical stress interact to influence social behavior: The role of social anxiety. *PloS one*, 13(10), e0204665.
- Yoosefi Lebni, J., Mohammadi Gharehghani, M. A., Soofizad, G., & Irandoost, S. F. (2020). Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health*, 20(1), 1-11.
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Stasio, M. J., Ash, P., Mansour, B., McNally, E., Sanchez, M., Hobar, E., Forte, S., & Zulaica, K. (2019). A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 47-54.

- Furman, A. A. (2019). Іntenційність як сутнісна ознака смисложиттєвого буття особистості. *Психологія і суспільство*(3-4), 118-137.

