

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Social Skills Training on Metacognition, Self-Esteem, Self-Focused Attention, and Social Phobia

Rezaee M¹, *Farhadi A², Goodarzi K³

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Department Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;

2. PhD in Clinical Psychology, Department Social Medicine, Khoram Abad Branch, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran;

3. PhD in Educational Psychology, Department Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

*Corresponding author's email: farhadi@iums.ac.ir

Received: 2020 January 21; Accepted: 2020 April 25

Abstract

Background & Objectives: Having a network of healthy family and close friends can be helpful when working in a healthy environment. Such a healthy environment can improve individuals' sense of wellbeing and physical health. A great proportion of an individual's life is dedicated to working and their spiritual and financial needs are achieved by working; therefore, understanding and managing work-related problems are critical to controlling the associated adverse effects. There exists an urgent need to investigate effective psychosocial therapies in reducing employees' functional problems. Furthermore, social skills are crucial in interpersonal interactions and training. Thus, the present study aimed to compare the effects of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Social Skills Training (SST) on metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population of the study consisted of all employees working in public organizations in Arak City, Iran, in the second half of 2018. The inclusion criteria of the research included the age of 25-60 years, no history of physical and mental illnesses, and completing the screening tests. The screening criteria were receiving higher scores than the cut-off point (40) in the Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000), the Short Form of Metacognition Questionnaire (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) (cut-off point: 70), the Focus of Attention Questionnaire (Woody et al., 1997) (cut-off point: 15), and the Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967) (cut-off point: 23). The selected study sample was 64 individuals. Then, using the sample size formula to test the hypothesis on the mean value, 45 qualified volunteer subjects were selected as the sample by a simple sampling method. The study participants were randomly divided into 3 groups of ACT, SST, and control. The necessary data were collected using the above-mentioned inventories. The group-based ACT (Hayes et al., 1999) and the SST program were implemented in ten 90-minute sessions. In this study, descriptive statistics (including mean & standard deviation) and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Bonferroni posthoc test were used to analyze the obtained data. Statistical analyses were performed using SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The MANCOVA results, after controlling the pretest effects, for comparing the effects of the provided interventions revealed a significant difference between the study groups concerning all components, including metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia ($p < 0.001$). Furthermore, metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia were 70%, 55%, 47%, and 51% explained by the effects of the interventions, respectively. The Bonferroni posthoc test data indicated no significant difference between the experimental groups in metacognition (0.919), self-esteem (0.919), self-focused attention (0.899), and social phobia (0.098); accordingly, their effectiveness was the same. However, the test groups were significantly different in the mentioned variables, compared to the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the current research results, the presented group-based ACT and SST could effectively reduce metacognition, self-focused attention, and social phobia, and increase self-esteem in the explored employees.

Keywords: Self-Focused attention, Acceptance and commitment therapy, Self-Esteem, Metacognition, Social skills, Social phobia.

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی

محسن رضایی^۱، *علی فرهادی^۲، کوروش گودرزی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه پزشکی اجتماعی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: farhadi@lums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: از آنجاکه بخش عمده‌ای از نیازهای انسان از طریق کارکردن میسر می‌شود، شناخت مشکلات مربوط به کار، اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کارمندان شاغل در ادارات دولتی شهر اراک در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین جامعه آماری به روش نمونه‌گیری ساده ۴۵ نفر آزمودنی واجد شرایط به‌عنوان نمونه اصلی انتخاب شدند و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه هراس اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (ولز و کارت‌رایت-هاتون، ۲۰۰۴)، پرسشنامه توجه متمرکز بر خود (وودی و همکاران، ۱۹۹۷) و پرسشنامه عزت‌نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷) اجرا شد. آموزش مهارت‌های اجتماعی (هارچی و دیکسون، ۲۰۰۴) و گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از کنترل اثر پیش‌آزمون نتایج نشان داد، بین سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) از لحاظ تمامی متغیرها (فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی) تفاوت معنادار وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین گروه‌های آزمایشی در هیچ‌یک از متغیرهای ذکرشده، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$)؛ اما در متغیرهای ذکرشده، هر دو گروه درمقایسه با گروه گواه به‌صورت معناداری تفاوت داشتند ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش فراشناخت، افزایش عزت‌نفس، کاهش توجه متمرکز بر خود و کاهش هراس اجتماعی در کارمندان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: توجه متمرکز بر خود، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، عزت‌نفس، فراشناخت، مهارت‌های اجتماعی، هراس اجتماعی.

شکی نیست که داشتن خانواده‌ای سالم و دوستانی نزدیک زمانی می‌تواند مفید باشد که فرد در موقعیت سالمی کار کند. این محیط سالم، نه تنها موجب تقویت حس خوب بودن در شخص می‌شود، بلکه سلامت جسمی او از ناآرامی مصون می‌ماند (۱).

بخش عمده‌ای از زندگی انسان و تأمین نیازهای معنوی و مادی او، از طریق کارکردن میسر می‌شود؛ از این رو، شناخت مشکلات مربوط به کار و نحوه کنترل و اداره کردن آن‌ها یا به عبارت دیگر مدیریت مشکلات کاری، برای مقابله با عوارض و پیامدهای نامطلوبشان، دارای اهمیت فوق‌العاده‌ای است (۲). هراس اجتماعی پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به دنبال دارد و در سالیان اخیر در کشور ما شیوع بسیاری پیدا کرده است. با وجود تحقیقات زیادی که درباره رویکردهای درمانی درباره مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی صورت گرفته است، به نظر می‌رسد که هیچ تحقیقی به بررسی مقایسه رویکرد درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی^۱ و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۲ بر فراشناخت^۳، عزت‌نفس^۴، توجه متمرکز بر خود^۵ و هراس اجتماعی^۶ کارمندان نپرداخته است. وجود علائم کمبود عزت‌نفس، فراشناخت و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌تواند روند درمان آن‌ها را با مشکل جدی روبه‌رو کند؛ در نتیجه بهبود کامل آنان را با مشکلات عدیده مواجه سازد (۳).

فراشناخت، توانایی فکرکردن و ارزیابی فرایندهای ذهنی فرد است که نقش اساسی در حافظه، یادگیری، خودمراقبتی و تعامل اجتماعی دارد (۴). قبل از هر چیز و براساس پیش‌بینی احتیاطی، تمام فرایندهای ذهنی در معرض تغییر هستند. آن‌ها به‌روزرسانی می‌شوند و این امر باتوجه به تغییر گرایش‌های جامعه صورت می‌گیرد؛ با این حال هر فرد در محل کار باید حداقل، اطلاعات پایه را از روند فرایندهای ذهنی خود داشته باشد (۵).

علاوه بر فراشناخت، عزت‌نفس کارمندان نیز می‌تواند تحت تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار گیرد. عزت‌نفس نه تنها حس خوبی در فرد ایجاد می‌کند، بلکه برای سلامتی و بقای فرد حیاتی است. نبود اعتماد به نفس منجر به انزوا و بیماری در فرد می‌شود. عزت‌نفس می‌تواند برای افراد دچار فرسودگی شغلی یا استرس کاری مفید باشد (۶). همچنین، توجه متمرکز بر خود کارمندان نیز تحت تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار می‌گیرد. هر فردی می‌تواند علائم توجه متمرکز بر خود را داشته باشد؛ اما کارمندی که دارای علائم توجه متمرکز بر خود است، واقعاً موجب اتلاف وقت سازمان می‌شود. اگر کارمندی دارای توجه متمرکز بر خود باشد، زمانی که او برای انجام دادن کار از جمله کنترل مضاعف کار، ثبت وقایع و دقیق جلسات و پیش‌بینی حوزه‌های احتمالی برای درگیری صرف می‌کند، می‌تواند زیاد باشد و به درازا بکشد (۷).

هراس اجتماعی کارمندان نیز ممکن است تحت تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار گیرد. هراس اجتماعی، اختلالی اضطرابی مزمن است که مشخصه آن، ترس از شرمند شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به دنبال آن اجتناب از این موقعیت‌ها است (۸). نتایج تحقیق ولز و کارت‌رایت-هاتون نشان داد، افراد دارای هراس اجتماعی، کمبودهایی در زمینه مهارت اجتماعی دارند. این گونه به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افراد دارای هراس‌های اجتماعی می‌تواند بسیار مفید و مؤثر باشد و هراس آنان را کاهش دهد (۹). اسمن و همکاران در بررسی تأثیر روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در گروه مبتلایان به هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به‌طور معناداری کاهش یافته است و این تأثیر در دوره سه‌ماهه پیگیری همچنان تداوم داشته است (۱۰).

باتوجه به مطالب مطرح شده و لزوم بررسی شواهد پژوهشی درمان‌های اثربخش، نیاز مبرم به توسعه تحقیقات و انتشار نتایج درمان‌های روانی اجتماعی مؤثر در کاهش مشکلات عملکردی کارمندان، اهمیت مهارت‌های اجتماعی در ارتباط‌ها و تعامل‌های بین فردی و آموزش آن و نیز نظر به اینکه در ایران اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در کارمندان دارای اختلال بحث‌شده در پژوهش حاضر توسط پژوهشگر یافت نشد، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی صورت گرفت.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل پژوهش، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بودند. جامعه آماری پژوهش را تمامی کارمندان شاغل در ادارات دولتی شهر اراک در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند ابتدا از میان ادارات دولتی شهر اراک، ده اداره (آموزش و پرورش، آب و فاضلاب شهری، سازمان منابع طبیعی، اداره استاندارد، راه و شهرسازی، اقتصاد و دارایی، گمرک، استانداری، ثبت و اسناد، شرکت توزیع برق) انتخاب شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن سن ۲۵ تا ۶۰ سال، نداشتن سابقه بیماری‌های جسمانی و روانی و اجرای آزمون‌های غربالگری بر آن‌ها بود. معیار غربالگری، دریافت نمرات بیشتر از نقطه برش پرسشنامه هراس اجتماعی^۷ (۱۱) با نقطه برش ۴۰، فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت^۸ (۱۲) با نقطه برش ۷۰، پرسشنامه توجه متمرکز بر خود^۹ (۱۳) با نقطه برش ۱۵ و پرسشنامه عزت‌نفس^{۱۰} (۱۴) با

6. Social phobia

7. Social Phobia Inventory

8. Short Form of Metacognition Questionnaire

9. Focused Attention on Self Questionnaire

10. Self-Esteem Inventory

1. Social skills training

2. Acceptance & Commitment Therapy

3. Metacognition

4. Self-esteem

5. Self-focused attention

نقطه برش ۲۳ بود. کارمندان منتخب به عنوان نمونه اولیه، ۶۴ نفر بودند. در ادامه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای آزمون فرض درباره میانگین (۱۵)، تعداد ۴۵ نفر آزمودنی واجد شرایط و دارای رضایت، به شیوه نمونه‌گیری ساده، به عنوان نمونه اصلی انتخاب شدند و به مطالعه وارد شدند. سپس به طور تصادفی در سه گروه (گروه گواه، گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ به این گونه که اصل گمنامی برای اعضای نمونه رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه و انجام آزمون‌ها کاملاً با رضایت اعضا صورت گرفت؛ همچنین هر کدام از اعضا آزاد بود در هر مرحله از پژوهش در صورت نبود رضایت، از فرایند پژوهش خارج شود. ابزارهای زیر در این پژوهش به کار رفت.

– پرسشنامه هراس اجتماعی: پرسشنامه اختلال هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد (۱۱). این پرسشنامه مقیاسی خودسنجی شامل هفده ماده است و از سه زیرمقیاس فرعی ترس (شش ماده)، اجتناب (هفت ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (چهار ماده) تشکیل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است. این ابزار را با توجه به حساس بودنش در برابر کاهش علائم در طی زمان، می‌توان به عنوان ابزار غربالگری و نیز برای آزمون پاسخ به درمان با تمیز دادن درمان‌ها با کارایی متفاوت، به کار گرفت (۱۱). کانور و همکاران ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) را برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ به دست آوردند (۱۱). در ایران در پژوهش مسعودنیا پایایی این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ و ۰/۷۲ و برای نمره کلی پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد (۱۶).

– فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت: این مقیاس توسط ولز و کارت‌رایت-هاتون در سال ۲۰۰۴ ساخته شد که باورهای افراد را

درباره تفکرشان می‌سنجد (۱۲). مقیاس خودگزارشی و سی‌سؤالی است. پاسخ‌ها براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱: مخالفم، ۲: کمی موافقم، ۳: نسبتاً موافقم، ۴: کاملاً موافقم) محاسبه می‌شود. پرسشنامه مذکور دارای پنج خرده‌مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی، نبود اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و فرایندهای فراشناختی خودآگاهی است (۱۲). در پژوهش ولز و کارت‌رایت-هاتون ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده بود (۱۲). شیرین‌زاده دستگیری و همکاران در بررسی پایایی این ابزار، دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کردند (۱۷).

– پرسشنامه توجه متمرکز بر خود: این پرسشنامه توسط وودی و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد و دارای دو زیرمقیاس با پرسش‌های مدرج پنج‌نمره‌ای است (۱۳). زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارت است از: مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود؛ مقیاس کانون توجه بیرونی. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه برپایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. هر گویه شامل مقیاسی پنج‌درجه‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. نمره‌های هر زیرمقیاس با میانگین پنج‌گویه مقایسه می‌شود (۱۳). باگل و مانسل ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند (۱۸). خیر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس را با روش تحلیل مؤلفه‌ای اصلی و چرخش واریماکس بررسی کردند و نشان دادند که دو مؤلفه در مجموع ۸۵/۵۵ درصد از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص می‌دهند (۱۹).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	خلاصه جلسات
اول	آشناکردن اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری) و ارزیابی پیش از درمان
دوم	بررسی تکالیف جلسه اول، تمرین ذهن‌آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای
سوم	بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه
چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزش‌مند
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل، تمرین ذهن‌آگاهی به منظور پیوستگی در رشد، تمرکز روی گسل شناختی
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی
هفتم	بررسی چگونگی انجام تکالیف درباره اهداف ارزش‌مند در طول هفته گذشته، ایجاد هدف جدید برای پیشرو
هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی
نهم	بازبینی بسیاری از موضوعات جلسه پیشین به عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید
دهم	تمرین پاسخ‌های جایگزینی مبتنی بر ارزش‌ها، بررسی موانع و راهبردهای برنامه‌ریزی و ارزیابی پس از درمان

که هشت ماده آن دروغ‌سنج است و در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. پنجاه ماده دیگر آن به چهار خرده‌مقیاس عزت‌نفس خود، عزت‌نفس

– پرسشنامه عزت‌نفس: پرسشنامه مذکور توسط کوپر اسمیت در سال ۱۹۶۷ تهیه و تدوین شد (۱۴). این پرسشنامه ۵۸ سؤال یا ماده دارد

کاهش استفاده نادرست از زبان و شناخت و کانالیزه کردن آن به شکل سازنده تر تأکید می‌کند. از دیدگاه این درمان، مشکل بالینی عمده آن است که فرایندهای کلامی، مجموعه ظریفی از پاسخ‌ها را در بافت بیماری‌زا تداوم می‌بخشد (۲۲). برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای براساس مداخله هیز و همکاران (۲۳)، به شرح جدول ۱ اجرا شد.

برنامه مداخله آموزش مهارت‌های اجتماعی براساس دیدگاه هارجی و دیکسون ارائه شده در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است (به نقل از ۲۴). در پژوهش احمدی و همکاران روایی درونی این بسته آموزشی تأیید شده است (۲۴). خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی که در ده جلسه نود دقیقه‌ای برگزار شد، در جدول ۲ ارائه شده است. در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. ابتدا پیش فرض‌های لازم برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد. تحلیل‌های آماری با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی

جلسه	خلاصه جلسات
اول	معرفه اعضای گروه به یکدیگر، بیان اهداف و ضرورت یادگیری مهارت‌های ارتباطی و ارزیابی پیش از درمان
دوم	آشنایی با انواع مدل‌های ارتباطی، مزایا و معایب هر کدام
سوم	تشریح پل‌ها و موانع ارتباطی
چهارم	زبان غیرکلامی و تفسیر آن، خصوصیات فیزیکی و عوامل محیطی در ارتباط غیرکلامی
پنجم	انتخاب دقیق کلمات، انعکاس معانی و احساسات
ششم	انواع گوش کردن، موانع گوش کردن، تسلط بر مهارت‌های گوش کردن در حین رابطه
هفتم	انواع ابراز وجود، فواید و کارکردهای آن، قاطعیت در رفتار به همراه انعطاف پذیری
هشتم	مراحل شش گانه ابراز وجود و شیوه‌های بیان نظر خود
نهم	پرورش قدرت نه گفتن
دهم	جمع بندی مطالب گفته شده و ایجاد انگیزه در اعضا برای استفاده از مهارت‌های آموخته شده در زندگی

۳ یافته‌ها

($p=0/484$). از لحاظ جنسیت شرکت کنندگان نیز تعداد مردان بیشتر از زنان بود؛ ولی این تفاوت در بین گروه‌ها معنادار نبود ($p=0/469$). پس از تأیید مفروضات آماری (نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین)، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت. نتیجه آزمون آماره‌های مربوط به شاخص اعتباری آزمون کوواریانس نشان داد که در گروه‌های مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد ($p<0/001$, $p=0/009$ = لامبدای ویکلز)

اجتماعی، عزت نفس خانواده و عزت نفس تحصیلی تقسیم شده است. دامنه نمرات آن صفر و ۵۰ است؛ یعنی به هر پاسخ مناسب نمره یک و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می‌گیرد؛ به طوری که اکتساب نمره بیشتر نشان دهنده عزت نفس بیشتر است (۱۴). هرز و گولن ضریب آلفای ۰/۸۸ را برای نمره کلی پرسشنامه گزارش کردند (۲۰). سیادت و همکاران خرده مقیاس‌های ضریب همسانی درونی پرسشنامه را در نمونه‌های ایرانی بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۱).

– درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه یک و نیم ساعته انجام شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در فلسفه پراگماتیستی دارد که بافت گرایی نامیده شده است. گرچه به نظر می‌رسد فلسفه می‌تواند به دور از رویکردهای درمانی باشد، این درمان به صورت کامل با فلسفه زیربنایی اش یکپارچه شده است. تجربه امری کلی در این درمان نیز به مثابه همه رویکردهای بافت گرایی، رویدادی خصوصی است. این امر یعنی تقسیم کردن هر رویداد به بخش‌ها و عناصرش ضروری نیست و از بسیاری جهات، اذعان به این نکته است که تحلیل یک رویداد، وابسته به هدف فرد است؛ همچنین تحلیل به عنوان روشی برای دستیابی به اهداف است و نه روشی برای نشان دادن واقعیت هستی‌شناسانه. این درمان رویکردی است که بر

براساس نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان، میانگین سنی گروه‌ها تقریباً در محدوده ۴۵ سال بود. در جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت شناختی و ویژگی‌های مربوط به فراوانی و درصد فراوانی دو گروه آزمایش و گروه گواه ارائه شده است.

براساس نتایج آزمون خی دو (جدول ۳)، تفاوت بین گروه‌ها در متغیر سن معنادار نبود ($p=0/858$). همچنین در هر سه گروه، بیشتر افراد دارای تحصیلات کارشناسی بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد ($p=0/931$). در متغیر تأهل نتایج جدول فراوانی نشان داد که اکثر نمونه‌ها متأهل بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها نبود

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیرها	گروه‌ها	گروه تعهد و پذیرش		گروه مهارت‌های اجتماعی		گروه گواه		خی‌دو	مقدار احتمال
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
سن	۲۵ تا ۴۰ سال	۶	۴۰	۷	۴۷	۵	۳۳	۱/۳۱۹	۰/۸۵۸
	۴۰ تا ۵۵ سال	۷	۴۷	۵	۳۳	۸	۵۴		
	بیشتر از ۵۵ سال	۲	۱۳	۳	۲۰	۲	۱۳		
جنس	زن	۳	۲۰	۶	۴۰	۴	۲۷	۱/۵۱۴	۰/۴۶۹
	مرد	۱۲	۸۰	۹	۶۰	۱۱	۷۳		
تحصیلات	فوق‌دیپلم	۱	۷	۲	۱۳	۲	۱۳	۰/۸۵۸	۰/۹۳۱
	کارشناسی	۱۱	۷۳	۹	۶۰	۹	۶۰		
	کارشناسی‌ارشد و بیشتر	۳	۲۰	۴	۲۷	۴	۲۷		
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۴۰	۳	۲۰	۵	۳۳	۱/۴۵۲	۰/۴۸۴
	متاهل	۹	۶۰	۱۲	۸۰	۱۰	۶۷		

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی در مرحله پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازه اثر
فراشناخت	تعهد و پذیرش	۴۷/۱۳	۴/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	مهارت اجتماعی	۴۷/۲	۴/۵۸		
	گواه	۹۹/۵۳	۲/۵۸		
عزت نفس	تعهد و پذیرش	۴۵	۲/۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	مهارت اجتماعی	۴۴/۸	۲/۵۴		
	گواه	۱۴/۶	۲/۱۳		
توجه متمرکز بر خود	تعهد و پذیرش	۹/۴	۲/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	مهارت اجتماعی	۹/۳۳	۱/۴۹		
	گواه	۲۰/۲۷	۱/۵۸		
هراس اجتماعی	تعهد و پذیرش	۱۳/۷۳	۴/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
	مهارت اجتماعی	۱۶/۱۳	۳/۹۲		
	گواه	۵۶/۲۰	۳/۴۲		

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (جدول ۴) پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای مقایسه گروه‌های درمانی نشان داد، بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ آزمون تعقیبی بونفرونی برای تفاوت بین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون همچنین متغیر فراشناخت ۷۰ درصد، متغیر عزت نفس ۵۵ درصد، هریک از متغیرها استفاده شد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
فراشناخت	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	۰/۱۵۷	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	۵۲/۳۹*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		تعهد و پذیرش	-۰/۱۵۷	۱/۵۳	۰/۹۱۹
	مهارت اجتماعی	گواه	-۵۲/۵۵*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
		تعهد و پذیرش	۵۲/۳۹*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۵۲/۵۵*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
عزت نفس	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	۰/۴۸۹	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	۳۰/۱۴*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		تعهد و پذیرش	-۰/۴۸۹	۱/۵۳	۰/۹۱۹
	مهارت اجتماعی	گواه	-۲۹/۶۶*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
		تعهد و پذیرش	۳۰/۱۴*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۲۹/۶۶*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
توجه متمرکز بر خود	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	-۰/۰۸۹	۰/۶۹۶	۰/۸۹۹

گواه	۱۱/۲۴*	۰/۴۰۶	<۰/۰۰۱
تعهد و پذیرش	-۰/۸۹	۰/۶۹۶	۰/۸۹۹
گواه	-۱۱/۱۵*	۰/۷۱۱	<۰/۰۰۱
تعهد و پذیرش	-۱۱/۲۴*	۰/۷۰۶	<۰/۰۰۱
مهارت اجتماعی	۱۱/۱۵*	۰/۷۱۱	<۰/۰۰۱
مهارت اجتماعی	-۲/۰۵۳۳۸۹	۱/۴۹	۰/۰۹۸
تعهد و پذیرش	-۴۲/۹۹*	۱/۵۱	<۰/۰۰۱
گواه	۲/۵۳	۱/۴۹	۰/۰۹۸
تعهد و پذیرش	-۴۰/۴۶*	۱/۵۲	<۰/۰۰۱
گواه	-۴۲/۹۹*	۱/۵۱	<۰/۰۰۱
مهارت اجتماعی	۴۰/۴۶*	۱/۵۲	<۰/۰۰۱

اجتماعی باعث کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس دانش آموزان گروه آزمایش شد (۲۷). محققان عقیده دارند، عزت نفس انسان که از عوامل تعیین کننده رفتار در انسان به شمار می رود، در مراحل مختلف زندگی متأثر از چگونگی ارتباط او با دیگران است (۲۸). ایجاد روابط گرم و صمیمی با انسان دیگر، منبع اعتماد، ایمنی و آسایش هراسانی است که به تبع آن می تواند در رشد عزت نفس و کاهش احساس کم رویی و بی ارزشی فرد مؤثر باشد. روان شناسان معتقد هستند، احساس بی ارزشی عمیق یا فقدان عزت نفس ریشه بسیاری از ناهنجاری های روانی است که در میان انسان ها دیده می شود (۲۹). پژوهش های علمی نشان داده است که در افراد گوشه گیر، تنها، منزوی با احساس کم رویی شدید و با عزت نفس ضعیف، بیماری های روانی و جسمانی بیشتر است؛ در حالی که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری های روانی و جسمانی می شوند (۳۰).

توجه متمرکز بر خود به عنوان هدایت توجه در قبال محرک های داخلی مانند انگیزش فیزیولوژیک رفتار، احساسات یا ظاهر خود در رویدادی اجتماعی تعریف شده است. اطلاعات توجه متمرکز بر خود ممکن است شامل این باور باشد که خاطرات احساسات گذشته، نگرش ها یا وقایع می تواند در حال حاضر بر فرد تأثیر بگذارد. توجه متمرکز بر خود می تواند تأثیرات منفی داشته باشد؛ زیرا توجه به محیط را کاهش می دهد و باتوجه به محتوای منفی افکار، موجب تولید عاطفه منفی می شود و قادر است به شدت توانایی افراد را در حل مسائل کم کند (۳).

در پژوهش پورفرج عمران که بر دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی انجام شد، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر درمان اختلال هراس اجتماعی ثابت شد (۳۱). هراس اجتماعی کارمندان نیز می تواند تحت تأثیر شرایط مربوط به آن ها قرار گیرد. هراس اجتماعی، اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن، ترس از شرمند شدن در موقعیت های اجتماعی و به دنبال آن اجتناب از این موقعیت ها است (۸). این بیماری می تواند باعث محدودیت در شیوه زندگی شود و به طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد؛ همچنین در اغلب مواقع باعث ازدست رفتن بسیاری از فرصت های مهم برای بیمار شود. طبق گزارش های موجود، شیوع مادام العمر این اختلال بین ۱۳ تا ۳ درصد بیان شده است. اختلال مذکور در زنان شایع است؛ اگرچه بزرگسالان گزارش می دهند که علائم این اختلال را از کودکی

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد، بین گروه های آزمایشی آموزش مهارت های اجتماعی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در هیچ یک از متغیرهای فراشناخت، عزت نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و میزان اثربخشی آن ها به یک اندازه است؛ اما هر دو گروه در مقایسه با گروه گواه، به صورت معناداری تفاوت دارد ($p < 0/001$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت های اجتماعی و گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی انجام شد. نتایج تحلیل های آماری حاکی از آن بود که گروه های آزمایشی پس از درمان، بهبود معناداری را از نظر آماری در مقایسه با گروه گواه در نمرات فراشناخت، عزت نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی نشان داده اند. این یافته ها همسو با مطالعات شهبازی و وزینی طاهر (۳)، ویچمن و فهم (۸)، خیر و همکاران (۱۹)، فلدروس و همکاران (۲۵)، باتن و هیز (۲۶)، احمدی و همکاران (۲۷)، حیدرپور و همکاران (۲۸)، بیابانگرد (۲۹)، دروتی (۳۰)، پورفرج عمران (۳۱) و سادوک و همکاران (۳۲) است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت های اجتماعی و گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان های مؤثری در کاهش علائم فراشناخت کارمندان است. به عقیده روان شناسان شناختی، به ویژه افرادی که در چارچوب پردازش اطلاعات مطالعه کردند، فرایندهای فراشناختی بر عملیات اجرایی، طراحی عملکرد، بازبینی، واری و تنظیم رفتارها و حل مسئله تأثیر دارد (۱۹). همچنین ارزشمندی زندگی در پذیرش و تعهد درمانی از طریق فرایندهایی نظیر پذیرش، گسستن از اضطراب و نگرانی هایی که باعث در بنماندن افراد می شوند، همراه با در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش ها و عمل متعهد به تحقق می پیوندد. هریک از این فرایندها به نوعی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال سازی رفتاری را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۵). به همین دلیل نیز برخی از صاحب نظران، پذیرش و تعهد درمانی را درمان مبتنی بر اقدام هدایت شده از طریق ارزش ها نامگذاری کرده اند (۲۶).

در مطالعه ای احمدی و همکاران به بررسی اثربخشی مهارت های اجتماعی بر اضطراب و عزت نفس دانش آموزان پایه دوم متوسطه شهر زنجان پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های

تجربه کرده‌اند، شیوع آن در کودکان هر دو جنس یکسان است (۳۲).

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، هر دو نوع درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش فراشناخت، افزایش عزت‌نفس، کاهش توجه متمرکز بر خود و کاهش هراس اجتماعی در کارمندان، دارای تأثیرات مثبت است.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه افرادی که با شکیبایی در گروه‌های آزمایش و گواه شرکت کردند، تشکر و سپاسگزاری کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: تمامی یافته‌های

پژوهش به‌طور دقیق و شفاف ارائه شده است. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ به این‌گونه که اصل گمنامی برای اعضای نمونه رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه و انجام آزمون‌ها کاملاً با رضایت اعضا صورت گرفت؛ همچنین هر کدام از اعضا آزاد بود در هر مرحله از پژوهش در صورت نبود رضایت، از فرایند پژوهش خارج شود.

رضایت برای انتشار: این امر غیرقابل اجرا است.

تراحیم منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع ندارند.

منابع مالی: انجام این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ‌گونه سازمانی بوده است.

References

1. Zimbardo P, Maslach C, Haney C. Reflections on the Stanford prison experiment: genesis, transformations, consequences. In: Obedience to Authority. Psychology Press; 1999. pp: 207–52.
2. Adams JS. Toward an understanding of inequity. J Abnorm Psychol. 1963;67:422–36. doi: [10.1037/h0040968](https://doi.org/10.1037/h0040968)
3. Shahbazi M, Vazini taher A. A Survey to the mental health and self-esteem of freshmen and seniors at a military university. Journal Mil Med. 2013;15(2):103–10. [Persian] <http://militarymedj.ir/article-1-953-en.pdf>
4. Scott RB, Dienes Z, Barrett AB, Bor D, Seth AK. Blind insight: metacognitive discrimination despite chance task performance. Psychol Sci. 2014;25(12):2199–208. doi: [10.1177/0956797614553944](https://doi.org/10.1177/0956797614553944)
5. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY: Guilford; 2011.
6. Valizadeh S, Emamipoor S. The effect of rational emotive behavior therapy on self-esteem of blind female students. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2007;1(3):43–50. [Persian]
7. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom: teacher expectation and pupil's intellectual development. Carmarthen: Crown House; 2003, pp:145–7.
8. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. Psychiatr Clin North Am. 2001;24(4):617–41. doi: [10.1016/s0193-953x\(05\)70254-9](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70254-9)
9. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385–96. doi: [10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
10. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2006;6(3):397–416.
11. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000;176:379–86. doi: [10.1192/bjp.176.4.379](https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379)
12. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385–96. doi: [10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
13. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behav Res Ther. 1997;35(2):117–29. doi: [10.1016/s0005-7967\(96\)00084-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00084-8)
14. Coopersmith, S. Coopersmith Self-Esteem Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1967.
15. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Roshd Pub; 2011, pp:82–4. [Persian]
16. Masoudnia E. Self-efficacy and social phobia: evaluation of bandura's social cognitive model. Psychological Studies. 2008;4(3):115–27. [Persian] doi: [10.22051/psy.2008.1636](https://doi.org/10.22051/psy.2008.1636)
17. Shirinzadeh Dastgiri S, Goudarzi M, Rahimi C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition Questionnaire–30. Journal of Psychology. 2009;12(4):445–61. [Persian]
18. Bögels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):827–56. doi: [10.1016/j.cpr.2004.06.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.005)
19. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi MR, Samani S. The study of mediating effects of self-focused attention and social self-efficacy on links between social anxiety and judgment biases. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(1):24–32. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-411-en.pdf>
20. Herz L, Gullone E. The relationship between self-esteem and parenting style: A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. Journal of Cross-Cultural Psychology. 1999;30(6):742–61. doi: [10.1177/0022022199030006005](https://doi.org/10.1177/0022022199030006005)

21. Siadat SM. Effects of social skills teaching on the self-esteem and identity dimensions of the labor children. Educational Psychology. 2015;11(37):83–101. [Persian] https://jep.atu.ac.ir/article_3665_459cfe8319feb19684ec5daa8234a4ea.pdf?lang=en
22. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(123):159–69. [Persian] <http://jmuums.mazums.ac.ir/article-1-5534-en.pdf>
23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press; 1999, pp:165–71.
24. Ahmadi MS, Hatami HR, Ahadi HR, Asadzadeh H. A study of the effect of communication skills training on the female students' self-efficacy and achievement. New Approaches in Educational Administration. 2014;4(4):105-16. [Persian] http://jedu.miau.ac.ir/article_365.html
25. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. Psychol Med. 2012;42(3):485–95. doi: [10.1017/s0033291711001206](https://doi.org/10.1017/s0033291711001206)
26. Batten SV, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: a case study. Clinical Case Studies. 2005;4(3):246–62. doi: [10.1177/1534650103259689](https://doi.org/10.1177/1534650103259689)
27. Ahmadi M, Hatami, H. Ahadi, H. Asadzadeh, H. the impact of social skills on anxiety and self esteem of high school students in Baghmalek. Yaftehayeh no dar ravanshenasy. 2009;95-116.[Persian] doi: [10.22054/JEP.2013.6053](https://doi.org/10.22054/JEP.2013.6053)
28. Heydarpour S, Dokaneheifard F, Bahari S. The effect of training communication skills to increase self-esteem and low cagey disables physically Tehran province. Quarterly New Ideas in Education Science. 2008;3(4):41–52.
29. Byabangard E. How to promote self - respect in children and adolescents. Tehran: Association of Parents and Trainers Pub;2017, pp: 42–5. [Persian]
30. Dorothy R. Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent. A Qytasy. (Persian translator). Tehran: Saberlin Publication; 2012.
31. Pourfaraj Omran. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences. 2011;6(2):1–5. [Persian] doi: [10.22100/jkh.v6i2.100](https://doi.org/10.22100/jkh.v6i2.100)
32. Sadock BJ, Sadock VA, MD DPR. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). Tehran: Arjamnd Pub; 2007, pp:186–8.