MEJDS. 2023; 13:29.
Published online 2023 May. **Original Article**

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Internal Shame and Social Anxiety in Mothers with Physically Disabled Children

Samin B[1], Farahani E[2], *Khatibi Gh[1]

Author Address
1. Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran;
Corresponding Author Email: Mkhatibi.work@gmail.com

Received: 2019 May 7; **Accepted:** 2019 June 19

Abstract

Background & Objectives: Research evidence suggests that mothers of physically disabled children suffer more from social and psychological problems and are less likely to benefit from proper health and well–being. An issue more frequently encountered by the mothers of physically–disabled children is the feelings of embarrassment and shame compared to their counterparts with healthy children. In addition, they experience high anxiety levels. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a non–medical treatment method for reducing stress and psychotherapy. Instead of changing cognition, this treatment attempts to increase the psychological relationship of individuals with their thoughts and feelings. The present study aimed to determine the effectiveness of ACT on the social anxiety and internal shame of mothers with physically–disabled children.

Methods: This study was quasi–experimental with a pretest–posttest design and a control group. The study's statistical population comprised all mothers with physically–disabled children living in Tehran City, Iran, in 2018. Of them, 36 mothers were selected by convenience sampling technique and randomly assigned into the experimental and control groups (each group with 18 persons). The research method followed the necessary coordination with the authorities of the clinic and the Welfare Organization of Tehran City, Iran. The inclusion criteria were as follows: having a physically–disabled child, willingness to participate in therapeutic intervention sessions, and having at least a diploma. The exclusion criteria included having more than one disabled child and taking pills related to mental illnesses. The data collection instruments were Internalized Shame Scale (Cook, 1993) and Social Anxiety Scale (Conner et al., 2000). ACT was performed in 8 sessions of 90 minutes in the experimental group. However, no intervention was applied to the control group. Immediately after the completion of the experimental intervention, the intervention was provided to the control group. Finally, an analysis of covariance was performed to assess the presented therapy's effectiveness in SPSS version 23. The data analysis was conducted at a significance level of 0.05.

Results: The mean±SD internal shame score of the experimental group was 49.23±9.74, which decreased to 38.77±8.54 at the posttest. Furthermore, the mean±SD value of social anxiety decreased from 42.90±9.56 at the pretest to 31.12±8.75 at the posttest. Moreover, ANCOVA data revealed that after eliminating the effect of the pretest, the mean scores of the posttest of internal shame (p<0.001) and social anxiety (p<0.001) between the two groups were statistically significant.

Conclusion: According to the findings, ACT can be used for mothers of children with physical disability and effectively reduces mothers' internal shame and social anxiety.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Internal shame, Social anxiety, Physical disability.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۲۹.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی–حرکتی

باهره ثمین[۱]، الهام فراهانی[۲]، *قمر خطیبی[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: Mkhatibi.work@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۷ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: دو مؤلفهٔ روان‌شناختی مرتبط با ناتوانی حرکتی فرزندان، شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی–حرکتی انجام شد.

روش‌بررسی: از روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه استفاده شد. از بین تمامی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی–حرکتی شهرستان تهران در سال ۱۳۹۷، ۳۶ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه (هجده‌نفری) آزمایشی و گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه، مقیاس احساس شرم درونی (کوک، ۱۹۹۳) و مقیاس اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) بود. پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام پذیرفت؛ اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ و آنالیز کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آنالیز کوواریانس برای هر دو متغیر شرم درونی و اضطراب اجتماعی مشخص کرد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای فرزند ناتوان جسمی–حرکتی قابلیت کاربرد دارد و بر کاهش شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران اثربخش است.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد، احساس شرم درونی، اضطراب اجتماعی، ناتوان جسمی–حرکتی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

۱ مقدمه

امروزه در هر جامعه‌ای امکانات و توجهات ویژه‌ای به‌سمت کودکان معلول همچون کم‌توان ذهنی، ناشنوا، نابینا و با مشکلات و ناتوانی‌های خاص جسمی‌ـ‌حرکتی سوق پیدا کرده است (۱)؛ ازاین‌رو، پژوهشگران به‌دنبال شناسایی نقاط قوت و ضعف خدمات توان‌بخشی هستند و تلاش می‌کنند تا از این رهگذر بتوانند چشم‌اندازهای نوینی را برای افزایش بازدهی فردی و اجتماعی کودکان ناتوان فراهم سازند. علاوه‌براین والدین کودکان معلول چه از بعد ذهنی و چه از بعد جسمی‌ـ‌حرکتی نه‌تنها به خدمات اجتماعی و دولتی نیاز دارند، بلکه شدیداً به حمایت مردمی و حمایت‌های افراد نزدیک نیز نیازمند هستند (۲).

شواهد پژوهشی نشان از این دارد که مادران کودکان ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی از مشکلات اجتماعی و روانی بیشتری رنج می‌برند و از سلامت و بهزیستی کمتری بهره‌مند هستند (۳). نتیجهٔ پژوهشی میزان استرس شدید مادران کودکان ناتوان را گزارش می‌کند. همچنین نشان داده است مادران دارای فرزند معلول درمقایسه با مادران دارای فرزند عادی علاوه‌بر اینکه از اضطراب شدید رنج می‌برند، احساس شرم و خجالت بیشتری دارند (۴).

شرم یکی از هیجان‌های خودآگاه بسیار مهم است که تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود و بهزیستی و آسیب‌پذیری درقبال اختلال‌های روانی و شخصیت دارد (۵). هیجانات خودآگاه، هیجاناتی است که فرد در آن‌ها نقش محوری دارد و با خودارزشیابی همراه است. احساس شرم هیجان به‌شدت دردناک است و با کوچک‌شدن، خوارشدن، بی‌ارزشی یا ناتوانی همراه است و در آن خصومتی معطوف به درون وجود دارد. این احساس براساس احساسات افسرده‌کننده ازقبیل ناامیدی و حماقت و آرزو برای اجتناب از بودن در کنار دیگران به‌دلیل ترس از طردشدن تعریف شده است (۶). اگرچه دربارهٔ شرم توافق نظر وجود ندارد؛ اغلب به دو مؤلفه برای آن اشاره کرده‌اند: مؤلفهٔ اول (شرم درونی) که توجه بر خود متمرکز است و فرد خود را به‌صورت بی‌کفایت و معیوب ارزیابی می‌کند؛ مؤلفهٔ دوم (شرم بیرونی) مربوط به افکار و احساساتی است مبنی‌بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به‌نظر می‌رسد (۷).

به‌دلیل مشکلات فراوان و وضعیت خاص کودک ناتوان، مادران از تنش و فشار و اختلال‌های روانی زیادی رنج می‌برند. از انواع مهم‌تر اختلال‌ها، می‌توان به اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرد که میزان شیوع آن سیزده‌درصد گزارش شده و نسبت زنان به مردان سه به دو است (۸). اضطراب اجتماعی یکی از انواع خاص اضطراب و سومین مشکل بزرگ بهداشت روانی جهان است. این نوع اضطراب امروزه تشخیص‌های بالینی دارد و اگر درمان نشود می‌تواند به ظرفیت‌ها و قابلیت‌های اجتماعی و تحصیلی و نیز حرف‌های فرد در سرتاسر عمر آسیب برساند (۹). اختلال اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد یا باید جلوی آن‌ها کاری انجام دهد (۶). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن رفتاری خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند در آن تحت ارزیابی منفی دیگران قرار می‌گیرند، ترسیده و سعی می‌کنند از آن‌ها اجتناب ورزند. علائم ظاهری که معمولاً همراه با اضطراب اجتماعی است شامل سرخ‌شدن، تعرق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل‌آشوب و لکنت زبان می‌شود (۱۰).

مادران کودکان ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی به‌دلیل احساس ارزیابی منفی دیگران، بعدها بازنمایی‌های درونی‌شدهٔ اولیه از شرم، نکوهش، تحقیر و طرد را به‌طور مکرر بر افراد اجتناب‌شده فرافکنی می‌کنند (۱۱). تداوم این اختلال، در صورت درمان‌نشدن، موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در ابعاد مختلف عملکردهای فرد خواهد شد (۱۲). گسترهٔ متنوعی از رویکردهای درمانی برای بهبود علائم مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان کم‌توان و خانواده‌های آن‌ها شکل گرفته است؛ ازجمله رویکردهای درمانی جدید می‌توان به درمان‌های نسل سوم اشاره کرد که تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی‌بر پذیرش نامیده می‌شوند؛ مانند درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۱).

آموزش پذیرش/تعهد یکی از روش‌های درمانی غیردارویی بوده که مبتنی‌بر کاهش استرس و روان‌درمانی است. در این درمان به‌جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۳). پذیرش/تعهددرمانی موج سوم درمان شناختی‌ـ‌رفتاری نامیده می‌شود. پذیرش و تعهددرمانی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) اساساً فرایندمحور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون درنظرگرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند؛ خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی‌رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به‌کاررفته در پذیرش و تعهددرمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر، منطقی یا تشویق احساسات نیست؛ بلکه اهداف این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظهٔ حال بدون پیش‌گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه استوار است (۱۴). این روش درمانی شامل تجزیه‌وتحلیل رفتاری مشکلات بیماران می‌شود. در این درمان شش مفهوم مهم که در ذهن‌آگاهی تأیید شده، مدنظر است و شامل پذیرش، مرتبط‌بودن به زمان حال، ارزش‌ها، گسلش، فعالیت متعهدانه و توجه به خود می‌شود (۱۵).

به‌طورکلی درمانگران پذیرش و تعهد، مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزهٔ سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی را با پذیرش بیشتر ایجاد کرده تا بتوانند درجهتی ارزش‌مند حرکت کنند (۱۶). پژوهش‌های اخیر نتایجی امیدبخش را در زمینهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه داده‌اند. تحقیق پورفرج عمران نشان از اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی دارد (۱۷). در بررسی تأثیر پذیرش و تعهد 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 و این تأثیر در دورهٔ سه‌ماههٔ پیگیری همچنان تداوم داشته است (۱۸). نتایج مطالعهٔ اسواین و همکاران نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش اختلال اضطرابی مؤثر است

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

(۱۹). همچنین در فراتحلیلی اثربخش‌بودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نشان داده شده است (۱۲).

باتوجه به ضرورت امر و به‌منظور کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودک ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند و با درنظرگرفتن این واقعیت که افزایش بهزیستی روان مادران می‌تواند تأثیر مثبتی درجهت کاهش مشکلات آن‌ها داشته باشد، هر نوع مداخله‌ای که به این مادران برای افزایش بهزیستی روانی آن‌ها کمک کرده، پیگیری‌شدنی است. با عنایت به این مقدمات و مفروضات در این پژوهش درجهت کاهش مشکلات مادران کودک ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی از درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد استفاده شد. ازآنجاکه تاکنون پژوهشی در زمینهٔ اثربخشی رویکرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای کاهش شرم و اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی در ایران صورت نگرفته است، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر شرم و اضطراب اجتماعی این مادران بود.

۲ روش‌بررسی

در این پژوهش از روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی شهرستان تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از این جامعه، ۳۶ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه (هجده‌تایی) آزمایشی و گواه جایگزین شدند؛ معیارهای ورود مادران به پژوهش عبارت بود از: داشتن یک‌فرزند ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی؛ تمایل به شرکت در جلسات مداخلهٔ درمانی؛ داشتن حداقل سواد دیپلم. معیارهای خروج مادران از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از یک‌فرزند معلول و مصرف قرص‌های مرتبط با بیماری‌های روانی بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای افراد گروه گواه نیز بعد از پژوهش جلسات درمانی برگزار گردید. همچنین دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد.

روش اجرا بدین‌ترتیب بود که بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولان کلینیک و سازمان بهزیستی شهر تهران، اجرای پژوهش شروع شد؛ ابتدا برای هر دو گروه (آزمایشی و گواه) در پیش‌آزمون، مقیاس احساس شرم درونی[1] (۲۰) و مقیاس اضطراب اجتماعی[2] (۲۱) تکمیل گردید. سپس پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام پذیرفت؛ اما برای گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخله، برای گروه آزمایش و گروه گواه پس‌آزمون اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس احساس شرم درونی: این مقیاس در سال ۱۹۹۳ توسط کوک تهیه شد (۲۰). این مقیاس شامل سی ماده و دو خرده‌مقیاس کم‌رویی و عزت‌نفس است. پاسخ به هر مادهٔ این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای ۱ تا۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری به‌طور معکوس صورت می‌گیرد؛ به‌طوری‌که نمره‌های بیشتر در این مقیاس نشان‌دهندهٔ بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمرهٔ کمتر اعتمادبه‌نفس زیاد را بیان می‌کند (۲۰). ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کم‌رویی و عزت‌نفس به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش شد (۷). همچنین رجبی و عباسی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس احساس شرم درونی را در کل نمونه ۹۰/ ۰ و در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ به‌دست آوردند (۲۲).

جدول ۱. خلاصهٔ پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

شمارهٔ جلسه	عنوان	خلاصهٔ جلسات
اول	معرفی و مبنای اساسی درمان	خوشامدگویی و آشنایی و معارفهٔ اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظارشان از جلسات درمانی؛ اجرای پیش‌آزمون شرم درونی و اضطراب اجتماعی.
دوم	گزینه‌ها و فراهم‌کردن مقدمات درمان	پرداختن به رابطهٔ بین استرس و پذیرش و مراقبت والدین؛ پذیرش والدین؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ دوم؛ ارائهٔ تمرین خانگی.
سوم	یادگیری زندگی با استرس	پذیرش استرس؛ پی‌بردن به ارزش‌های زندگی؛ تمرین پذیرش و مراقبت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ سوم؛ ارائهٔ تمرین خانگی.
چهارم	ارزش‌ها و عمل‌ها	روشن‌کردن ارزش‌ها؛ موانع ارزش‌ها؛ اهداف و اعمال (رفتارها)؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ چهارم؛ ارائهٔ تمرین خانگی.
پنجم	تمایلات، افکار و احساسات	مرور تکلیف خانگی و شروع فعالیت؛ ترفندهای ذهنی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ پنجم؛ ارائهٔ تمرین خانگی.
ششم	عمل‌ـ شروع به کارکردن	بازخورد؛ برنامه‌ریزی عمل؛ خودمشاهده‌گر؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده.
هفتم	تعهد	تمایل؛ تعهد به عمل و ارزش‌ها باوجود موانع؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسهٔ هفتم؛ ارائهٔ تمرین خانگی.
هشتم	حفظ دستاوردهای درمان	تعهد؛ عود؛ اجرای پس‌آزمون شرم درونی و اضطراب اجتماعی؛ خداحافظی؛ تکلیف دائم.

[1]. Internalized Shame Scale

[2]. Social Anxiety Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

ـ مقیاس اضطراب اجتماعی: مقیاس اضطراب اجتماعی نخستین‌بار توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ تهیه شد (۲۱). این مقیاس دارای ۱۷ سؤال به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای ۱ تا ۵ است. براساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر نمرات، نقطهٔ برش چهل با کارایی دقت تشخیص ۸۰درصد و نقطهٔ برش پنجاه با کارایی دقت تشخیص ۸۹درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (۲۱). این مقیاس از اعتبار و روایی زیادی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بود و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در گروهی بهنجار ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹ و اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ به‌دست آمد. روایی سازه در مقایسهٔ نتایج این آزمون در دو گروه آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری باهم نشان دادند و این مطلب حاکی‌از اعتبار سازهٔ زیاد این آزمون است (۱۷). جدیدی و همکاران روایی و پایایی این مقیاس را برای جامعهٔ ایرانی تأیید کردند (۲۳). همچنین در این پژوهش پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمد.

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در جدول ۱ خلاصه‌ای از پروتکل درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌منظور مداخله برای گروه آزمایش آورده شده است. پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس کتب *درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، الگوی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بزرگسالان* و با مشورت اعضای انجمن علوم رفتاری و بافتاری طراحی شده است (۱).

با استفاده از آنالیز کوواریانس به‌منظور سنجش اثربخشی در سطح معناداری ۰/۰۵، به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ تحلیل یافته‌ها صورت گرفت. گفتنی است که پیش‌فرض‌های استفاده از آنالیز کوواریانس با استفاده از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنوف و لون بررسی شد.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۶ مادر دارای فرزند ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی حضور داشتند. میانگین سنی زنان گروه آزمایش ۳۶/۸۷ سال با انحراف معیار ۴/۹۸ و گروه گواه ۳۹/۳۳ سال با انحراف معیار ۳/۶۵ بود.

جدول ۲. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آنالیز کوواریانس

آزمون	گروه	متغیر	مقدار p
کولموگروف‌اسمیرنوف	آزمایش	شرم درونی	۰/۳۶۱
		اضطراب اجتماعی	۰/۲۱۳
	گواه	شرم درونی	۰/۰۹۸
		اضطراب اجتماعی	۰/۱۴۰
لون	آزمایش	شرم درونی	۰/۰۸۷
		اضطراب اجتماعی	۰/۱۲۱
	گواه	شرم درونی	۰/۲۲۳
		اضطراب اجتماعی	۰/۰۷۲

باتوجه به جدول ۲ مشخص است که نتایج آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنوف و لون برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). این نتیجه گویای آن بود که پیش‌فرض‌های استفاده از آنالیز کوواریانس برقرار بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و نتایج آنالیز کوواریانس برای متغیر شرم درونی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
آزمایش	۴۹/۲۳	۹/۷۴	۳۸/۷۷	۸/۵۴	۱۹/۴۳	<۰/۰۰۱
گواه	۴۸/۰۳	۸/۵۶	۴۷/۹۰	۷/۹۸		

باتوجه به جدول ۳ مشخص است که نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی را در متغیر شرم درونی نشان داد؛ به‌طوری‌که میانگین نمرهٔ گروه آزمایش از ۴۹/۲۳±۹/۷۴ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۳۸/۷۷±۸/۵۴ در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش پیدا کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجهٔ آنالیز کوواریانس ارائه‌شده در این جدول نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

باتوجه به جدول ۴ مشخص است که نمرات گروه آزمایش درمقایسه با نمرات گروه گواه تغییرات محسوسی در متغیر اضطراب اجتماعی داشت؛ به‌طوری‌که میانگین نمرهٔ گروه آزمایش از ۴۲/۹۰±۹/۵۶ در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۳۱/۱۲±۸/۷۵ در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش یافت؛ درحالی‌که برای گروه گواه تغییرات بسیار جزئی بود. نتیجهٔ آنالیز کوواریانس ارائه‌شده در این جدول نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه اختلاف آماری معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی و نتایج آنالیز کوواریانس برای متغیر اضطراب اجتماعی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار *p*
آزمایش	۴۲/۹۰	۹/۵۶	۳۱/۱۲	۸/۷۵	۲۲/۳۴	<۰/۰۰۱
گواه	۴۰/۷۸	۱۱/۳۲	۳۹/۲۲	۹/۷۷		

۴ بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان جسمی‌ـ حرکتی بود. نتیجهٔ پژوهش نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی مادران دارای کودکان ناتوان جسمی‌ـ حرکتی اثربخش بود و باعث کاهش احساس شرم مادران شد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های مرتبطی مثل هوگس و همکاران که در فراتحلیلی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر مادران دارای فرزند معلول نشان داده (۱۲) همسوست. همچنین با نتایج پژوهش اسواین و همکاران (۱۹) همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که شرم احساس دردناکی است که نقش آن در ادبیات روان‌شناسی بالینی و در همهٔ طبقه‌های اصلی مرتبط با اختلال، شناسایی شده است (۱۲). احساس شرم با بسیاری از مشکلات روانی ازجمله پرخاشگری، افسردگی، اختلالات جسمی، اضطراب، اختلال وسواس، اختلالات شخصیتی، مصرف مواد و عزت‌نفس ضعیف ارتباط دارد (۸)؛ همچنین می‌توان احساس شرم را تجربه‌ای هیجانی مرتبط با کناره‌گیری و نگرانی ثابت آزاردهنده‌ای دربارهٔ بی‌کفایتی یا شکست حاصل از ارزشیابی منفی از وجود خویش دانست (۱۱)؛ بنابراین، فرد به این باور از خود می‌رسد که پست یا غیردوست‌داشتی است و همهٔ این عوامل در زندگی خانوادگی و به پیرو آن در زندگی اجتماعی او تأثیر منفی بسزایی خواهد داشت. ازآنجاکه احساس نقص و شرم از طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ مطرح‌شده توسط یانگ[1] است و در مشکلات بین‌فردی نمود پیدا می‌کند، با استفاده از شیوه‌نامهٔ درمان حاضر که با تأکید بر طرحواره‌های ناسازگار، کار خود را آغاز کرده، قابلیت درمان دارد (۱). در تبیین نتیجهٔ مذکور می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شیوه‌نامهٔ درمان استناد کرد؛ زیرا در تمرین‌های شیوه‌نامهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بر ذهن‌آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تأکید می‌شود؛ همچنین نقش بسزایی در این موارد دارد: حفظ آرامش فرد در هنگام مواجهه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه‌کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه، نگریستن به احساس منفی شرم، افکار، تصورات و دیگر شناخت‌های حاصل از آن، همچنان‌که هستند و نه بیشتر، روشن‌سازی اینکه چه چیزی برای شخص واقعاً مهم است و در عمق قلبش ریشه دارد، می‌خواهد در این زندگی چگونه باشد و تشخیص آنچه برای فرد با اهمیت‌تر است تا برمبنای آن هدف‌هایی را تنظیم نموده و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و مؤثر عمل کند.

می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به مادران دارای کودک ناتوان جسمی‌ـ حرکتی کمک می‌کند تا از افکار و هیجانات خودآگاهی یابند، راه‌حل‌های ناسازگارانهٔ قبلی را به‌منظور دست‌یافتن به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند و از کشمکش خودتخریبی رها شوند؛ همچنین باعث بهبود سازگاری آن‌ها به‌خصوص اعتمادبه‌نفس و افزایش تعاملات و تبادلات اجتماعی می‌شود. در تبیین دیگری می‌توان گفت در این پژوهش به‌واسطهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افرادی که قادر نبودند با دیگران ارتباط مؤثری برقرار کنند و در تعاملات اجتماعی مشکل داشتند، به‌طور درخورتوجهی دربارهٔ خویش آگاهی پیدا کردند. یکی از مراحل مهم در بیشتر مشاوره‌ها، به‌خصوص مشاورهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به‌عهده‌گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع است. مشاورهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با دادن تکلیف مناسب و کار روی ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری، شفاف‌سازی ارزش‌ها و بحث روی این موضوع که تغییر امکان‌پذیر است و همچنین انجام موفقیت‌آمیز تمرینات مختلف می‌تواند مسئولیت افراد را در ایجاد رابطه با دیگران افزایش دهد؛ در پی آن افراد می‌توانند با برقراری تعامل‌های اجتماعی مثبت کم‌رویی و احساس شرم و خجالت خود را به‌نوعی کاهش دهند. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که آموزش مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی مادران دارای کودکان ناتوان جسمی‌ـ حرکتی مؤثر بود و باعث کاهش آن شد؛ این نتایج با یافته‌های پژوهش هوگس و همکاران که در فراتحلیلی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر مادران دارای فرزند معلول نشان دادند (۱۲)، همسوست. همچنین با پژوهش‌های پورفرج عمران (۱۷) و اوسمان و همکاران (۱۸) که بیانگر اثربخش‌بودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی بود، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف عمده‌تر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده (مثل کاهش احساسات و افکار ناخوشایند) به‌سوی اعمال مبتنی‌بر خواسته‌های آن‌ها از زندگی مطلوب است (۱۲). در آموزش پذیرش و تعهد تمام تلاش در رشد و پرورش زندگی مبتنی‌بر ارزش است که به مراجعان کمک کند تا شیوهٔ زندگی‌کردن مطلوب خویش را پیدا کرده و صرفاً به انجام آن شیوه بپردازند؛ بنابراین تلاش‌های درمانی، معطوف به رفتارهایی خواهد بود که در راستای ارزش‌های انتخاب‌شده توسط مراجع باشد (۱۵). باتوجه به اینکه مادران فرزندان معلول به‌دلیل دارابودن اضطراب‌ها و موقعیت خاص روانی، بر این تفکر هستند که در روابط اجتماعی توانایی لازم را ندارند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به مادران می‌آموزد چطور افکار ناخواستهٔ خود را کنترل کنند؛

[1]. Young

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

همچنین در کل می‌آموزد که می‌توانند بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل بپذیرند و اضطراب اجتماعی را کاهش دهند.

مداخلهٔ مبتنی‌بر آموزش پذیرش و تعهد باتوجه به تکنیک‌هایی که دارد مثل ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، مادران را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدکننده و نگرانی دربارهٔ روابط با دیگران رها می‌سازد و ذهن آن‌ها را از دندهٔ اتوماتیک خارج می‌کند (۱۹)؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظهٔ حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش اضطراب و نگرانی در مادران می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، انجام پژوهش صرفاً روی مادران، فقدان زمان کافی و همکاری لازم برای پیگیری و سنجش پایداری نتایج درمان بود؛ ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌منظور تعمیم‌دهی بهتر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود؛ همچنین همین پژوهش بر پدران دارای فرزند معلول انجام پذیرد و به‌منظور سنجش پایداری نتایج درمان از آزمون پیگیری استفاده شود. پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و مشاوران فعال در حوزهٔ ناتوانی، از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌منظور بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب مادران دارای فرزند معلول بهره ببرند.

۵ نتیجه‌گیری

برطبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای مادران دارای فرزند ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی قابلیت کاربرد دارد و می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای روان‌شناختی در کنار سایر مداخلات استفاده شود؛ همچنین می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود احساس شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران دارای فرزند معلول باشد؛ بنابراین به‌کارگیری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط روان‌شناسان و مشاوران می‌تواند به بهبود احساس شرم درونی و اضطراب اجتماعی مادران دارای کودکان ناتوان جسمی‌ـ‌حرکتی منجر شود.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

دربارهٔ محرمانه‌بودن اطلاعات نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برای افراد گروه گواه نیز بعد از پژوهش جلسات درمانی برگزار گردید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and commitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psychooncology. 2013;22(2):459–64. doi: 10.1002/pon.2083
2. Newsome S, Waldo M, Gruszka C. Mindfulness group work: preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. The Journal for Specialists in Group Work. 2012;37(4):297–311. doi: 10.1080/01933922.2012.690832
3. Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based cancer stress management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. Eur J Cancer Care. 2014;23(3):413–21. doi: 10.1111/ecc.12136
4. Benson PR. The impact of child and family stressors on the self-rated health of mothers of children with autism spectrum disorder: associations with depressed mood over a 12-year period. Autism. 2018;22(4):489–501. doi: 10.1177/1362361317697656
5. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The Other As Shamer Scale – 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. Personality and Individual Differences. 2015;74:6–11. doi: 10.1016/j.paid.2014.09.037
6. Bayer V, Robert-McComb JJ, Clopton JR, Reich DA. Investigating the influence of shame, depression, and distress tolerance on the relationship between internalized homophobia and binge eating in lesbian and bisexual women. Eat Behav. 2017;24:39–44. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.12.001
7. Lewis M. The role of the self in shame. Social Research: An International Quarterly. 2003;70(4):1181–204.
8. Alkozei A, Cooper PJ, Creswell C. Emotional reasoning and anxiety sensitivity: associations with social anxiety disorder in childhood. J Affect Disord. 2014;152–154:219–28. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.014
9. Davis TE, Nida RE, Zlomke KR, Nebel-Schwalm MS. Health-related quality of life in college undergraduates with learning disabilities: the mediational roles of anxiety and sadness. J Psychopathol Behav Assess. 2008;31(3):228. doi: 10.1007/s10862-008-9110-4
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
11. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, Moraes CU, Mombach C, Almeida E, et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. Eur Psychiatry. 2008;23(8):567–74. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.05.004

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]

12. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain: a systematic review and meta-analyses. Clin J Pain. 2017;33(6):552–68. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425
13. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35(4):639–65.
14. Howell AJ, Passmore H-A. Acceptance and commitment training (ACT) as a positive psychological intervention: a systematic review and initial meta-analysis regarding ACT's role in well-being promotion among university students. J Happiness Stud. 2019;20(6):1995–2010. doi: 10.1007/s10902-018-0027-7
15. Pots WTM, Fledderus M, Meulenbeek PAM, ten Klooster PM, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2016;208(1):69–77. doi: 10.1192/bjp.bp.114.146068
16. Oliver JE, McLachlan K, Jose PE, Peters E. Predicting changes in delusional ideation: the role of mindfulness and negative schemas. Psychol Psychother. 2012;85(3):243–59. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02025.x
17. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Journal of Knowledge & Health. 2012;6(2):1–5. [Persian] http://knh.shmu.ac.ir/index.php/site/article/view/100/61
18. 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 and Psychological Therapy. 2006;6(3):397–416.
19. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Mechanisms of change: exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. Journal of Contextual Behavioral Science. 2015;4(1):56–67. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.09.001
20. Cook DR. The inremalized shame scale manual. Menomonie. WI: Channel Press; 1993.
21. 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
22. Rajabi G, Abasi G. An investigation of relationship between self-criticism, social interaction anxiety, and fear of failure with Internalized shame in students. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2012;1(2):171–82. [Persian]
23. Jadidi M, Safary S, Jadidi M, Jamali S. Comparing social support and social anxiety between mothers of children with special needs and mothers of normal children. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;16(2):43–52. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533965_5776a611287ef99eba7bf0e2f04533a0.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.73.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.71]