

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شرم درونی شده زنان بدسرپرست

پریسا امینی<sup>۱</sup>

رمضان حسن زاده<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۱۶

### چکیده

زنان بد سرپرست به‌عنوان قشر بسیار شکننده و آسیب خورده و همچنین آسیب‌پذیر جامعه از نظر اجتماعی، اقتصادی، عاطفی و هیجانی دارای مشکلات بسیاری هستند. یکی از مشکلاتی که کم‌تر مورد توجه قرار گرفته شرم درونی شده این افراد است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شرم درونی شده در زنان بد سرپرست بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان بد سرپرست مراجعه‌کننده به سمن‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. برای انتخاب نمونه پژوهش، پس از اجرای پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته (شامل شرم درونی شده) بر روی ۱۰۰ نفر از زنان بد سرپرست تحت پوشش کانون کارآفرینان مهر تهران، ۳۰ نفر از افرادی که بالاترین نمرات را دریافت کرده بودند، به‌صورت داوطلبانه انتخاب، سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر، آزمایشی و گواه تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه شفقت خود، پرسشنامه شرم درونی شده کوک و پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی پاینز شامل می‌شود. نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شرم درونی شده در زنان بد سرپرست به‌طور معناداری مؤثر است. نتیجه برنامه اکت می‌تواند موجب کاهش شرم درونی شده در زنان بد سرپرست خانوار شود.

**واژگان کلیدی:** پذیرش و تعهد، زنان بد سرپرست، زنان

۱ کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲ \* استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)

## مقدمه

زنان بدسرپرست خانوار با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند و از نظر اقتصادی، زنان بدسرپرست خانوار جزء آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌آیند و این مسئله با بالا رفتن تعداد افراد تحت تکفل زن حادث می‌شود. به لحاظ عاطفی، در اغلب موارد زنان بدسرپرست خانوار به دلیل از دست دادن همسر و سپس از بین رفتن حلقه روابط دوستانه، همسایگی و تا حد کمتری خانوادگی، مشکلات زیادی در زندگی روزمره پیدا می‌کنند. آن‌ها از حقوق مسلمی مثل ازدواج مجدد و برقراری روابط عاطفی و احساسی با دیگر افراد محروم می‌نمایند و اکثر آن‌ها تنها به فرزندان خود وابسته می‌شوند و این دل‌بستگی عاطفی بیش‌ازحد موجب می‌شود تا استقلال فرزندان این زنان هم با مشکل مواجه شود (بابایی فرد، ۱۳۹۲). زنان بدسرپرست خانوار در ایران با مسائل و مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی و پزشکی، حقوقی، روحی و روانی روبه‌رو هستند و مادامی‌که زمینه‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی رویارویی با چنین مسائل و مشکلاتی در جامعه فراهم نشوند انتظار می‌رود که مسائل و مشکلات این قشر مهم از جامعه در آینده در روند توسعه جامعه، موانع جدی ایجاد کرده و مهم‌تر از آن سلامت، وحدت و انسجام جامعه را در معرض خطر قرار دهد (نازک تبار و نامدار، ۲۰۱۱). از مهم‌ترین مشکلات روانی این قشر از جامعه می‌توان به عزت‌نفس پائین، اضطراب، احساس شرم و یا گناه و احساس قربانی بودن اشاره نمود (تش، لیرمن و پالیام، ۲۰۱۵ و بارلو، گلدسمیت، تاروو و گرهارت، ۲۰۱۷).

شرم یکی از مهم‌ترین مشکلات زنان بدسرپرست است. شرم یکی از مهم‌ترین هیجان‌های خودآگاه است که تأثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود و اختلال‌های شخصیت دارد (ماتوس، پینتو-گوویا، گیلبرت، دوآرت و فیگوئیردو، ۲۰۱۵). شرم نوعی هیجان دردناک است که با حس درونی بی‌ارزشی و فرومایگی همراه است و در آن یک خصومت معطوف به درون وجود دارد (واندرهیدن و مایر، ۲۰۱۷) و این احساس دردناک با بسیاری از مشکلات روانی، ارتباط دارد. شرم یک تجربه هیجانی منفی و مخمل است که احساس‌هایی از قبیل خود محکومی و میل به پنهان کردن آسیب خود از دیگران را شامل می‌شود (رجبی و عباسی، ۱۳۹۰) و از طریق اجتناب تجربی منجر به بروز اضطراب اجتماعی می‌شود. شرم تجربه هیجانی انزجاری است که با تمایلات اجتنابی و گوشه‌گیری، برداشت منفی از خود و احساس خودکنترلی مرتبط است و می‌تواند روی شناخت شخص در ادراک از خود و عملکرد فرد تأثیرگذار باشد (بساک نژاد و داودی، ۱۳۹۷). خشم و غم به دلیل رابطه نزدیک با شرم، از عمده هیجان‌هایی هستند که جانشین شرم می‌شوند. هر چه افراد از حساسیت به طرد بالاتر، ارزیابی شناختی منفی‌تر و احساس

۱ Nazoktabar & Namdar

۲ Tesh, Learman & Pulliam

۳ Barlow, Goldsmith, Turow & Gerhart

۴ Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo

۵ Vanderheiden & Mayer

شرم بیشتری برخوردار باشند، انگ را به میزان بیشتری دریافت می‌کنند و در نتیجه ارزیابی شناختی با شرم درونی شده رابطه<sup>۱</sup> معنادار پیدا می‌کند (کرملو، متقی‌پور، برجعلی، صادقی و خانی‌پور، ۱۳۹۵).

اغلب دو مؤلفه را برای شرم در نظر می‌گیرند (لی، کیم و پارک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴): الف) مؤلفه اول- شرم درونی شده (که متمرکز بر خود است و فرد خود را به صورت بی‌کفایت، معیوب یا بد احساس و ارزیابی می‌کند) و ب) مؤلفه دوم- شرم بیرونی (مربوط به افکار و احساساتی است مبنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر می‌رسد). حس شرم با اسناد درونی، کنترل ناپذیر و ثابت بروز می‌نماید. در تجربه شرم، فرد از خود آرمانی دور شده و به همین دلیل تلاش می‌کند برای کسب آسودگی، مسئولیت عمل خود را نپذیرد و صورت مسئله را حذف کند (جوکار و کمالی، ۱۳۹۴). کلاسون و سولبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) در مورد شرم درونی شده بیان کردند که خاطرات نادیده گرفته شدن، سرزنش و رفتارهای منفی باعث ایجاد شرم می‌شوند که این احساس شرم در ادراکات اجتماعی ما دخیل است. افرادی که درجه<sup>۳</sup> بالایی از احساس شرم درونی شده را تجربه می‌کنند تمایل به اجتناب، نفی و یا نادیده گرفتن افراد و وقایع گذشته یا حال را دارند و در تعامل اجتماعی و روابط بین فردی، فرد را به انزوا می‌کشاند و امکان رد موقعیت‌های اجتماعی را ایجاد می‌کند (اجتناب تجربه‌ای). هیل و کلارک<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که افرادی که احساس مسئولیت زیادی می‌کنند (مانند زنان بد سرپرست)، احساس گناه بیشتری را تجربه می‌کنند. این افزایش پیوند با دیگران (مخصوصاً در فرهنگ جمع‌گرای جامعه ایران) و به دنبال آن اهمیت بیشتر ارزش‌های گروهی، می‌تواند عامل مؤثر افزایش احساس مسئولیت فرد در قبال دیگران و در پی آن افزایش احساس گناه بیشتر باشد. شرم درونی شده بیانگر خودارزیابی منفی از موقعیت است. مفهوم حساسیت به طرد (که دیگران منبع تهدید هستند) با مفهوم شرم درونی شده در تضاد است و با شرم بیرونی رابطه<sup>۴</sup> معنادار دارد (کرملو و همکاران، ۱۳۹۵).

تاکنون مداخلات متعددی در این زمینه انجام شده است. طبق نتایج حجت خواه و مصباح (۱۳۹۵) گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شرم درونی شده و سازگاری بیشتر مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شده است. در تحقیقات گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) نشان داده شد که گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد آموزش ذهنی (CMT) می‌تواند شرم درونی شده را به مقدار قابل توجهی کاهش دهد. از سویی ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات بسیاری را در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای امید به زندگی، بهزیستی روانی و سلامت معنوی برجای می‌گذارد (بریکر، تولیسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). پذیرش و تعهد درمانی (ACT) در طول بیست سال گذشته در چارچوب موج سوم درمان‌های شناختی پدید آمده و عملکرد موفقی در طیف وسیعی از زمینه‌های درمانی و روانی داشته

<sup>۱</sup> Lee, Kim, & Park

<sup>۲</sup> Claesson & Sohlberg,

<sup>۳</sup> Hale & Clark

<sup>۴</sup> Bricker J, Tollison

است (لامار، ویاتروسکی و لوئیس-دریور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). این رویکرد درمانی توسط هیز<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) پایه‌ریزی شده و افراد را به پذیرش و ادغام در تجربیات زندگی خود تشویق می‌کند تا پاسخ‌های عاطفی را به چالش بکشند و ابعاد کنترل‌کننده را تشخیص دهد و از بین ببرد (هیز، ۲۰۰۶). از طریق این فرآیند، فرد به انجام انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ترغیب می‌شود و روی ارزش‌های شخصی که منجر به یک عمل معنی‌دار می‌شود تمرکز می‌نماید (زتلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای افزایش توانایی مراجعه برای ایجاد ارتباط کامل با زمان حال به‌عنوان یک انسان و تغییر یا حفظ رفتار در حالی است که چنین کاری در خدمت اهداف ارزشمند باشد (هیز و استروسال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ براون، ریان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). برخلاف رویکردهای شناختی - رفتاری که تعامل پویا بین شناخت، رفتار را تقویت می‌کند، در این رویکرد تعهد و پذیرش تمرکز بر جایگزینی فرآیندهای تفکر ناسازگار با شناخت‌های سالم‌تر است (باچ و هریس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). مراحل کلیدی در رویکرد ACT بر سه مرحله درمانی متمایز که شامل موارد زیر است تقسیم می‌شوند. (الف) پذیرش افکار و احساسات به‌عنوان ابزاری برای از بین بردن چالش‌های مرتبط با کاهش، اصلاح یا رد تأثیرات شناختی یا عاطفی. (ب) انتخاب مسیرهایی در آینده که با اهداف فرد و ارزش‌های اساسی همسو باشند. (ج) اقدام از طریق انجام تعهد با مناطق مشخص‌شده دنیای فردی که نیاز به تغییر دارد (ایفرت و فورسیت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های شرم درونی شده زنان بد سرپرست انجام‌شده است و به دنبال این پاسخ بود که آیا برنامه پذیرش و تعهد می‌تواند شرم درونی شده این افراد را کاهش دهد و یا خیر؟

### جامعه و روش

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. نمونه این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از زنان بد سرپرست مراجعه‌کننده به سمن‌ها شهر تهران بود. ملاک‌های ورود شامل زن بودن، بد سرپرست و تحت پوشش سمن‌های شهر تهران بودن، داشتن سلامت روانی و جسمی بر اساس اظهار شرکت‌کنندگان و رضایت و توانایی شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات و ملاک‌های خروج شامل: غیبت در بیش از ۳ جلسه، دریافت هم‌زمان درمان روان‌شناختی یا دارویی بود. نمونه پژوهش به شیوه غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند برای انتخاب نمونه، ابتدا از کلیه زنان بد سرپرست تحت پوشش

<sup>۱</sup> Larmar, Wiatrowski & Lewis-Driver

<sup>۲</sup> Hayes

<sup>۳</sup> Zettle

<sup>۴</sup> Hayes & Strosahl

<sup>۵</sup> Brown KW, Ryan

<sup>۶</sup> Bach & Hayes

<sup>۷</sup> Eifert & Forsyth

کانون کارآفرینان مهر تهران (۱۰۰ نفر)، پیش‌آزمون‌های متغیر وابسته که شامل شرم درونی شده به عمل آمد و از بین این افراد که بالاترین نمرات را دریافت کردند، ۳۰ نفر به‌عنوان گروه نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند.

### ابزار

#### مقیاس شرم درونی شده

مقیاس شرم درونی شده کوک (Cook, 1993) شامل ۳۰ ماده دو خرده مقیاس کمرویی و عزت‌نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۴) است و نمره‌گذاری گویه‌های ۴-۷-۱۱-۱۲-۱۴-۱۷-۱۸-۲۱-۲۸ به‌صورت معکوس انجام می‌شود. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین بیان‌کننده اعتمادبه‌نفس بالاست. کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین رجیب و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. ضمناً در این پژوهش پایایی این ابزار به‌وسیله آلفای کرونباخ سنجش شد و مقدار ۰/۸۱ به دست آمد.

### مداخله

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌ها توزیع و به‌عنوان پیش‌آزمون در هر گروه اجرا شد، سپس برای گروه آزمایش، بعد از معرفی خود به شرکت‌کنندگان و پس از توضیحات کامل و روشن در مورد اهداف و روش انجام پژوهش و تأکید در خصوص رعایت اصول اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان، جلسات درمانی ACT اجرا شد. برای گروه کنترل این جلسات تشکیل نشد. پس از اتمام این جلسات از دو گروه آزمایش و کنترل توزیع دوباره پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد و تعداد جلسات درمانی ACT، هشت جلسه بود. جلسات برای هشت جلسه نوددقیقه‌ای تدوین شده‌اند. خلاصه این جلسات به این صورت است (برگرفته از پروتکل هیز و همکاران، ۲۰۰۶). این شیوه‌نامه درمان به‌آسانی توانایی تطبیق با گروه‌های دیگر و با متغیرهای گوناگون و شکل‌های متفاوت را دارد. در جدول ۱-۱ پروتکل یا شیوه‌نامه درمانی، شرح داده شده است.

## جدول ۱: پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون استخراج تجربه‌ای اجتناب، آمیختگی و ACT ارزش	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر، نام‌گذاری برای گروه، بیان چارچوب اساسی برنامه کار و اهداف جلسات، انجام پیش‌آزمون توضیح مختصر شرکت‌کنندگان در مورد پیش‌آزمون
دوم	مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	مروری اجمالی بر مباحث جلسه قبل، ارائه تکلیف جلسه آینده
سوم	کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی و اجرای استعاره طراحی شده این پژوهش (استعاره پیرزن همسایه).
چهارم	مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت
پنجم	نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط بازمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی
ششم	موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی مرجعان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها
هفتم	پیگیری ارزش‌ها	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده اجرای پس‌آزمون	درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی و در انتها گرفتن پس‌آزمون

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن کل افراد ۳۵/۰۰، ۸/۳۸ بود بدین ترتیب در گروه آزمایش میانگین سن ۴۵/۱۲ و انحراف معیار ۱۱/۱۴ و گروه کنترل با میانگین ۴۴/۹۲ و انحراف معیار ۶/۷۸ بود. همچنین، حداقل و حداکثر سن آن‌ها نیز ۴۱ و ۵۰ بود.

## جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر شرم درونی شده به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم درونی شده	آزمایش	۹۷/۰۷	۳/۲۱۸	۸۶/۴۷	۲/۳۵۶
	کنترل	۹۶/۰۰	۵/۷۵	۹۶/۱۳	۵/۴۳۶

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره کل شرم درونی شده گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در متغیرهای شرم درونی شده ( $S=0.972$   $P=0.864$ ) فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته نیز نشان داد که در متغیرهای شرم درونی شده ( $P=0.903$ ،  $F=0.104$ ) فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید شد. همچنین، نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری از جمله اثر پیلاپی ( $P\leq 0.001$ ،  $F=58.85$ ) و لامبدای ویلکز ( $P\leq 0.001$ ،  $F=58.85$ ) بیانگر این هستند که گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت دارند.

جدول ۳: اثر متقابل بین پیش‌آزمون و متغیر گروه در پیش‌بینی متغیر وابسته (پس‌آزمون)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F مقدار	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	۳۳۶/۹۲۹	۱	۳۳۶/۹۲۹	۶۱/۹۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۶
خطا	۱۴۶/۸۸۰	۲۷	۵/۴۴۰			
کل	۲۸۰۱۷۸/۰۰۰	۳۰				

مقدار F در آزمون لوین برابر با ۴/۵۴۰ و سطح معنی‌داری برابر با ۰/۶۷۵ بود بنابراین میزان آماره F از آزمون لون، معنی‌دار نیست. پس فرض صفر آزمون لون (نامساوی بودن واریانس‌ها) رد می‌شود و تساوی واریانس‌ها برقرار است و استفاده از تحلیل پارامتری و به‌کارگیری تحلیل کوواریانس امکان‌پذیر است. این جدول قبل از اجرای تحلیل کوواریانس اجرا می‌شود تا اثر متقابل بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون متغیرها) و متغیر گروه (عامل) در پیش‌بینی متغیر وابسته (پس‌آزمون متغیرها) ارزیابی گردد. نمرات میانگین تعدیل‌شده نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده در زنان بد سرپرست مؤثر است. به عبارتی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های ( $F_{(1, 27)}=319.89$ ،  $P<0.005$ ) گروه وجود دارد. با توجه به جدول چون سطح معناداری آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره کمتر از ۰/۰۵ است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

بر شرم درونی شده و شفقت خود و دل‌زدگی زناشویی در زنان بد سرپرست تأثیر مثبت دارد. برنامه پذیرش و تعهد ۶۹ درصد بر روی شرم درونی شده زنان بد سرپرست تأثیرگذار بوده است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شرم درونی زنان بد سرپرست انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش امیدواری در گروه تحت آموزش شد. این فرضیه همسو با پژوهش‌های حجت خواه و مصباح (۱۳۹۵)، جوکار و همکاران (۱۳۹۴)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۲) و کبیری‌نسب و همکاران (۱۳۹۷) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان بد سرپرست از طریق فعالیت‌های شناختی خود و مهار محیط زندگی‌شان می‌توانند انگیزه خود را افزایش داده و با پرداختن به مهار رفتار خود در کنار پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر زندگی، به رفتار اثربخش متعهد بمانند. گاه به دلیل شرایط سخت و غیرقابل تغییر زندگی مانند آنچه در زندگی زنان بد سرپرست مشاهده می‌شود، افراد خود را ناگزیر به انجام رفتارهای نامؤثر می‌بینند و با انجام رفتارهای نامؤثر خود را در دام انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اسیر می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به این زنان آموزش دهد تا به جای همجوشی با افکار خود و انجام رفتارهای نامؤثر، به ارزش‌های خود متعهد بمانند و به رفتار مؤثر روی بیاورند. پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر زندگی، متعهد بودن به ارزش‌ها و انجام رفتارهای مؤثر، می‌تواند به فرد کمک کند تا تاب‌آوری روان‌شناختی بالاتری را کسب نماید و با گسلس شناختی، تناسب بهتری بین واقعیات و انتظارات ایجاد کند. همچنین با کاهش ناامیدی، خشم، احسان بی‌ارزش بودن، افسردگی و ناکامی و همچنین افزایش حس همدلی و شناخت بهتر از نیازها و تمایلات دیگران و درنهایت به کاهش تنش، سرخوردگی و دل‌زدگی زناشویی کمک کند. از سوی دیگر با توجه به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌توان به زنان بد سرپرست در شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات کمک نمود تا ضمن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند.

فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در این مؤلفه‌ها این امکان برای افراد فراهم می‌شود تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر



برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد (هیز و استروسال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). همچنین فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب می شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد (براون، ریان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در همین راستا مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ذهن آگاهی اثرات بسیاری را در کاهش رنج روان شناختی و ارتقای امید به زندگی، بهزیستی روانی و سلامت معنوی برجای می گذارد (بریکر، تولیسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). در همین راستا مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ذهن آگاهی اثرات بسیاری را در کاهش رنج روان شناختی و کاهش شرم درونی سلامت معنوی برجای می گذارد وجود فشارهای روانی و احساسات دردناک ناشی از آسیب های تعدد نقش در زنان بد سرپرست وسایل پیش رو در محیط خانه، کار، اجتماع و آزار عاطفی، هر نوع غفلت یا عدم حمایت، موجب آسیب و اثرات منفی طولانی مدت و عمیق هیجانی اجتماعی تغییرات درونی در فرد می شود که این نوع آزار با احساس شرم و گناه مرتبط است (فتح الله زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

تجربه های ناشی از هیجان شرم و خود انتقادی در درازمدت، موجب شرم درونی در زنان بد سرپرست شده است. این در حالی است که با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات، این افراد توانستند نسبت به شرایط و رفتار خود آگاهی یافتند و با حفظ ذهن خود در زمان حال درگیری های فکری و احساسی خویش را به نحو غیر قضاوتی به حداقل برسانند و با هدف قرار دادن تجربیات درونی از راهبردهایی چون ذهن آگاهی یا پذیرش و وجود این تجارب به طور غیرمستقیم استفاده کردند و درواقع این درمان به آنها یاد داد که چگونه مانع سرکوب فکر شوند و از افکار مزاحم بگسلند و این امکان فراهم شد تا ارتباط جدیدی با احساس ناخوشایند خود برقرار نمایند و توانستند به جای پرداختن به افکار اضطرابی در جهت رسیدن به ارزش ها متعهد شوند و آنها را در معرض این باور قرار داد که تجربه های آزار صرفاً یک تجربه بوده است و تمرکزشان از ارزیابی معطوف به خود که اغلب در احساس شرم اتفاق می افتد برداشته و تجربه یادشده، متمرکز شده است. برنامه اکت بدین صورت شرم درونی شده را کاهش می دهد.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شرم درونی شده در زنان بد سرپرست شود.

<sup>۱</sup> Hayes & Strosahl

<sup>۲</sup> Brown KW, Ryan

<sup>۳</sup> Bricker J, Tollison

### محدودیت‌ها

۱. استفاده از نمونه در دسترس: به دلیل محدود بودن جامعه امکان استفاده از نمونه‌های تصادفی فراهم نبود و استفاده از نمونه در دسترس می‌تواند موجب «سوگیری در نمونه‌گیری» شده و نمونه انتخابی نمونه تصادفی واقعی نبوده و معرف کامل جامعه نباشد.
۲. پیگیری نکردن گروه به دلیل نداشتن فرصت کافی: در صورت داشتن فرصت کافی برای پژوهش این امکان وجود داشت که در پیگیری نیز ارزیابی انجام شود و ثبات تغییرات را در طول زمان بررسی نمود؛ اما به دلیل محدودیت زمانی در ارائه پایان‌نامه این امکان فراهم نشد.

### پیشنهاد پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با استفاده از نمونه‌های تصادفی انجام شود تا نمونه انتخابی معرف جامعه بوده و نتایج تحقیق قابلیت انتساب به جامعه را داشته باشد.
۲. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با انجام پیگیری اجرا شود، تا میزان ثبات و پایداری تغییرات در طول زمان بررسی شود.

### منابع

- بابایی فرد، اسداله. (۱۳۹۲). سنجش تأثیرات اشتغال زنان بر خانواده و روابط اجتماعی (مطالعه موردی شهر آران و بیدگل). (زن در توسعه و سیاست ۱۱ (۳)، ۴۵۱-۴۲۷).
- بساک نژاد، فوارق و داودی، سودابه. (۱۳۹۷). رابطه شرم درونی شده، رفتارهای ایمنی‌بخش و راهبردهای اجتناب شناختی با ابعاد اضطراب اجتماعی در دانشجویان علوم پزشکی. *روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۴)، ۳۵-۴۴.
- جوکار، بهرام و کمالی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه معنویت و احساس شرم و گناه. *فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۵ (۱)، ۳-۲۱.
- حجت‌خواه، سیدمحسن و مصباح، ایمان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۶ (۲۴)، ۱۵۳-۱۸۰.
- رجبی، غلام رضا و عباسی، قدرت اله. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان. *روانشناسی بالینی و مشاوره* ۱ (۲)، ۱۷۱-۱۸۲.
- سعیدی، ضحی، قربانی، نیما، سرافراز، مهدی‌رضا و شریفیان، محمدحسین. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۸ (۱)، ۹۱-۱۰۲.

فتح اله زاده، نوشین، مجلسی، مظاهری، رستمی و نوابی نژاد، شکوه. (۲۰۱۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۲)، ۱۶۸-۱۵۱.

کبیری‌نسب، یوسف و عبداله‌زاده، حسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده و عزت‌نفس جنسی زنان مبتلابه سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۴)، ۱۸۴-۱۹۹.

کرملو، سمیرا، متقی‌پور، یاسمن، برجعلی، احمد، صادقی، منصوره‌السادات و خانی‌پور، حمید. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر تجربه شرم در خانواده‌های بیماران با اختلال روان پزشکی: نقش انگ، حساسیت به طرد و ارزیابی شناختی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۲۵-۳۹.

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139.

Barlow, M. R., Turow, R. E. G., & Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child abuse & neglect*, 65, 37-47.

Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(5), 541-559.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.

Claesson, Katja, & Sohlberg, Staffan. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 9(4), 277-284.

Cook, DR. (1993). The internalized shame scale manual. Menomonie, WI: Channel Press.

Eifert, G. H. & Forsyth, J. P. (2005). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide tousing mindfulness, acceptance, and values-based behavior changestrategies. New York: Guilford Press.

Hale, Michelle A, & Clark, David A. (2013). When good people have bad thoughts: Religiosity and the emotional regulation of guilt-inducing intrusive thoughts. *Journal of Psychology and Theology*, 41(1), 24-35.

Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York, NY, US: Guilford Press, 327-387.

Hayes, S. C. Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

Larmar, S. Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7(03), 216.

Lee, Jeeyon, Kim, Mijin, & Park, Miran. (2014). The Impact of Internalized Shame on Social Anxiety in Adolescence: The Mediating Role of Experiential Avoidance. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 4(1), 65-81.

Matos, Marcela, Pinto-Gouveia, José, Gilbert, Paul, Duarte, Cristiana, & Figueiredo, Cláudia. (2015). The Other as Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11.

Tesh, M., Learman, J., & Pulliam, R. M. (2015). Mindful self-compassion strategies for survivors of intimate partner abuse. *Mindfulness*, 6(2), 192-201.

Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 198.

Vanderheiden, Elisabeth, & Mayer, Claude-Hélène. (2017). *An introduction to the value of shame—exploring a health resource in cultural contexts The Value of Shame*. Berline: Springer.

Zettle, R. D. (2005). The evolution of a contextual approach to therapy: from comprehensive distancing to ACT. *International Journal of Behavioural and Consultation Therapy*, 1, 77-89.



## **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Internalized Shame of Abused Women**

Parisa Amini<sup>1</sup>  
Ramazan Hassanzadeh<sup>2</sup>

### **Abstract**

Ill-parented women are at risk Among vulnerable group and they have critical problems in some domains such as social, emotional and economic. Yet little has been written about the Internalized shame as one of their big problems. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on internalized shame in Ill-parented women. In this study which was a Quasi-Experimental with pre-test, post-test and control group, the sample group was selected by available sampling method from women referred to Tehran's NGO. 30 female subjects were chosen randomly and assigned to two control & experimental groups (each with 15 subjects) and were evaluated based on Internalized Shame of women under the Mehr association of Tehran. To assess Internalized Shame, Cook's Internalized Shame Questionnaire was used respectively in pre-test and post-test. The experimental group experienced the treatment based on commitment and acceptance therapy and the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by analysis of Covariance. The results emphasize the importance of this intervention in internalized shame and provide an effective treatment for clinical interventions.

**Keywords:** Acceptance and commitment, Ill-parented women, women

1. Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2. Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (Corresponding author)