

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم توان ذهنی

سید محسن حجت خواه<sup>۱</sup>، ایمان مصباح<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۵

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم توان ذهنی بودند که فرزندانانشان در مدارس استثنایی شهرستان اندیمشک در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای، (هر هفته یک جلسه) درمان گروهی را دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل و مقیاس شرم درونی شده بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیره تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در سازگاری اجتماعی و احساس شرم درونی شده تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نقش و اهمیت درمان گروهی پذیرش و تعهد را در کاهش احساس شرم درونی شده و افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم توان ذهنی نشان داد.

۱. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، ایران

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

imanmesbah13@gmail.com

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرم درونی شده، سازگاری اجتماعی، مادران، کودک کم توان ذهنی

### مقدمه

انتظار تولد کودک برای خانواده، به ویژه پدر و مادر اغلب انتظاری خوشایند است؛ اما تولد کودک در بهترین شرایط و با بالاترین سطح پذیرش والدین، می تواند پدیده ای چالش برانگیز باشد (چرم فروش جلالی، ۱۳۹۴). والدین با تولد فرزند، به ویژه زمانی که در خانواده کودک کم توان ذهنی وجود داشته باشد، به مهارت ها و تلاش های بسیاری نیاز دارند. حضور یک کودک کم توان ذهنی می تواند چالش ها را افزایش دهد، از لذت ها بکاهد (کاوا<sup>۱</sup> و شافی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ رشید، ۲۰۱۲) و بر کل نظام خانواده اثر منفی داشته باشد (گوهل، موک هرچی و چودهاری<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ جناآبادی، ۲۰۱۳)؛ زیرا داشتن یک کودک با کم توانی ذهنی با بار مراقبتی زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی همراه است و می تواند والدین را تحت تنش های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار دهد (امرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). در این بین مادران به علت نقش سنتی مراقبت، مسئولیت های بیشتری در قبال کودکان دارند و در نتیجه با مشکلات روان شناختی بیشتری مواجه می شوند (قاسم پور، اکبری تقی پور، عظیمی و رفاقت، ۱۳۹۲). برخی پژوهش ها نشان داده است یکی از مشکلاتی که مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی در کنار سطح عمومی پایین و اضطراب بالا از آن رنج می برند، احساس شرم و خجالت بیشتر است (احمدپناه، ۱۳۸۰ به نقل از سهیلی پور و کاظمی، ۱۳۹۴).

شرم یکی از مهم ترین هیجان های خودآگاه است که تاثیر چشمگیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب پذیری نسبت به اختلال های روانی و شخصیت دارد (ماتوس، پینتو گوویا، گیلبرت، دورت و فی گویردو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). هیجانان خودآگاه، هیجاناناتی هستند

1. Kawa
2. Shafi
3. Gohel, Mukherjee & Choudhary
4. Emerson
5. Matos, Pinto Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo

که خود در آن‌ها نقش محوری دارد و با خود ارزشیابی همراهاند (تانجنی و دیرینگ، ۲۰۰۲، به نقل از جوکار و کمالی، ۱۳۹۴). احساس شرم یک هیجان به شدت دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی‌ارزشی یا ناتوانی همراه است و در آن یک خصومت معطوف به درون وجود دارد (سعیدی، قربانی، سرافراز و شریفیان، ۱۳۹۲). این احساس بر اساس احساسات افسرده کننده از قبیل ناامیدی، حماقت و آرزو برای اجتناب از بودن در کنار دیگران به خاطر ترس از طرد شدن تعریف شده است (جمالی فیروزآبادی، زارعی و اسدی، ۱۳۹۲). اگرچه در مورد تعریف شرم توافق وجود ندارد؛ اما اغلب دو مولفه را برای آن در نظر می‌گیرند. در مولفه اول (شرم درونی) توجه، متمرکز بر خود است و فرد خود را به صورت بی‌کفایت، معیوب یا بد احساس و ارزیابی می‌کند (گیلبرت، ۲۰۰۷). مولفه دوم (شرم بیرونی) مربوط به افکار و احساساتی است مبنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر می‌رسد. در این نوع شرم کانون توجه فرد بر این است که در ذهن دیگران در مورد او چه می‌گذرد (لويس، ۲۰۰۳).

از آنجا که بین کودک و سازگاری اعضای خانواده ارتباط دوطرفه‌ای وجود دارد، مشکلات کودک و چالش‌های مربوط به ناتوانی کودک می‌تواند بر سازگاری پدر و مادر اثرات منفی وارد کند (دوین، هالین، فای هوگیوس، آمارو و هولمبک، ۲۰۱۱). در همین راستا نتایج پژوهش‌های جناآبادی، عیسی زادگان، گرجی و دادکان (۲۰۱۴) و کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی (۱۳۸۷) نشان داد مادران دارای فرزند با کم‌توانی ذهنی در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی از نظر سازگاری اجتماعی به طور معناداری در سطح پایین‌تری قرار دارند و همین مساله عملکرد اجتماعی مادران را دچار اختلال می‌کند. سازگاری مفهومی عام است و به همه راهبردهایی گفته می‌شود که فرد برای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی به کار می‌برد (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۱۰). ابعاد سازگاری شامل سازگاری جسمانی، روانی، اجتماعی و اخلاقی است که در رأس آن‌ها

1. Dearing & Tangney
2. Lewis
3. Devine, Holbein, Psihogios, Amaro, & Holmbeck
4. Sadook

سازگاری اجتماعی قرار دارد (خوش‌رو، پورمحسن و خیاط، ۱۳۹۴). سازگاری اجتماعی به توانایی فرد در تطابق با محیط اطراف (سانگوان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) و به معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند به وسیله وفق دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به مطلوب ایجاد شود (ترابی، مندهی و گرامی‌زاده شیرازی، ۱۳۹۴).

از جمله روش‌های کاربردی برای استفاده در کار بالینی و غیربالینی که امروزه کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد (ایزدی، نشاط‌دوست، عسگری و عابدی، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز در اواخر دهه ۱۹۸۰ از رویکردهای رفتارگرایی به درمان پدید آمد (لارمر، ویترو و ویسکی و لوئیس درایور<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل شامل رفتار درمانی، رفتار درمانی شناختی و "نسل سوم" و یا "موج سوم" رفتار درمانی مفهوم‌سازی شده بود (هیز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). این درمان با ادغام مداخله‌های پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند (فلکسمن، بلک و باند<sup>۴</sup>، ۱۹۷۰؛ ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳). مداخله‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حول وحوش دو فرایند اصلی تمرکز دارد: پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند و تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن. هدف این رویکرد ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا است درحالی‌که فرد ناگزیر رنج موجود در آن را می‌پذیرد (هریس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از شش اصل کمک می‌گیرد تا مراجعین بتوانند به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسند: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. هریک از این فرایندها بر عمل زبانی ما تاثیر گذارند و این فرایندها با یکدیگر مرتبط هستند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر یکدیگر

- 
1. Sangwan
  2. Larmar, Wiatrowski & Lewis-Driver
  3. Hayes
  4. Flaxman, Black, Bond
  5. Harris

تاثیر گذارند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). پژوهش‌های اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج امیدبخش را در زمینه اثربخشی این درمان ارائه داده است. پژوهش شاکر اردکانی و زارع (۱۳۹۵) موثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول نشان داد. رحیمی (۱۳۹۳) و پورفرج عمران (۱۳۹۰) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فوبی اجتماعی موثر است. نتایج حاصل از پژوهش‌های مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی (۱۳۹۴)، لشنی (۱۳۹۲)، حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲)، رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳) و حیدریان (۱۳۹۲) نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به کاهش افسردگی منجر می‌شود. نتایج پژوهش علمداری (۱۳۹۲) و علیرضایی (۱۳۹۴) موثر بودن این درمان را بر افزایش رضایت زناشویی، کیفیت و عملکرد زناشویی نشان داده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله بر اختلال طیف اضطراب و اختلال وسواس فکری-عملی (بلوت، هامان، موریسون، لوینو تاهینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴)، پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس (یاداوا، هیز و ویلدرگا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ فلیددیروس، بوهلمیجر، فاکس، اس چروس و اسپینهاون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳)، افزایش سلامت عمومی (برینک بورگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱؛ فلکسمن و بوند<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰) موثر است. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش‌های اسواین، هانکوک، هاینس وورث و بوومن<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) و مک‌کرین، ساتو و تایلور<sup>۷</sup> (۲۰۱۳) به ترتیب بر اختلالات اضطرابی و کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن موثر بوده است.

با توجه به مطالب ارائه شده و از آنجا که کودکان کم‌توان ذهنی، مشکلات فراوانی در خانواده و به خصوص برای مادران به وجود می‌آورند؛ تعیین اثربخشی شیوه‌های آموزشی و درمانی مختلف در جهت کاهش مشکلاتی که مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با آن

1. Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig
2. Yadavaia, Hayes & Vilardaga
3. Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs & Spinhoven
4. Brinkborg
5. Flaxman & Bond
6. Swain, J Hancock, K. Hainsworth, C. & Bowman
7. McCracken, Sato & Taylor

دست و پنجه نرم می‌کنند ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم درونی شده و افزایش سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. با توجه به هدف فوق فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

۱- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم درونی شده مادران موثر است.

۲- درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی مادران موثر است.

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بودند که فرزندانشان در مدارس استثنایی شهرستان اندیمشک در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس استثنایی شهرستان اندیمشک انتخاب شدند. به این صورت که از بین تمامی مدارس استثنایی شهرستان، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب، سپس پرسشنامه‌های پژوهش در بین تمامی مادران آن مدرسه که به تعداد ۹۰ نفر بودند، اجرا شد و از میان آنها تعداد ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود شامل موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش طبق برنامه و به مدت ۹۰ دقیقه در هفته، داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، کسب نمره بالا در مقیاس شرم درونی شده و نمره پایین در سازگاری اجتماعی و همچنین قرار داشتن در رده سنی ۴۰-۲۵ سال بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن بیماری روانی بارز و مصرف داروی روانپزشکی و داشتن بیماری مزمن جسمانی یا نقص عضو بود.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس شرم درونی شده کوک<sup>۱</sup> و پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل<sup>۲</sup> بود که در ادامه مشخصات آنها را ذکر می‌کنیم.

**مقیاس شرم درونی شده کوک:** این مقیاس در سال ۱۹۹۳ تهیه شده و شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت ۵ درجه‌ای از نوع لیکرتی است. نمره‌گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد؛ به طوری که نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است و نمره پایین بیانگر اعتماد به نفس بالا است. کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین رجبی 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.

**پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل:** این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین شده است. بل در زمینه سازگاری دو پرسشنامه طراحی کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط به بزرگسالان است. پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل دارای ۱۶۰ گویه و پنج خرده مقیاس (سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی) است. هر خرده مقیاس ۳۲ پرسش را به خود اختصاص داده است. پاسخگویی به سوالات به صورت بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره‌گذاری هر سوال طبق جدول هنجار شده صورت می‌گیرد. در این آزمون تنها پاسخ بله یا خیر، امتیاز دریافت می‌کنند. به گزینه‌های انتخابی عدد صفر یا یک تعلق می‌گیرد. نمره سازگاری فرد برابر با مجموع امتیازهایی است که از تمام سوال‌ها به دست آمده است. در پژوهش حاضر از خرده مقیاس ۳۲ سوالی سازگاری اجتماعی استفاده شد که بل (۱۹۶۲) ضریب اعتبار را برای خرده مقیاس‌های آن (سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل آزمون) به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین این آزمون روایی

1. Cook internalized shame scale
2. bell social adjustment Inventory

بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون‌های شخصیت آیسنگ نشان داده است (بل، ۱۹۶۲ به نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است. ضریب آلفای آن معادل ۰/۸۹. به دست آمد (بهرامی، ۱۳۷۱؛ به نقل از فتحی‌آشتیانی و داستانی، ۱۳۹۲).

برای اجرای پژوهش ابتدا پرسشنامه سازگاری اجتماعی و مقیاس شرم درونی شده بر روی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان اندیمشک اجرا شد. پس از استخراج نتایج پرسشنامه‌ها، از بین مادرانی که نمره‌های نمره بالا در مقیاس شرم درونی شده و نمره پایین در سازگاری اجتماعی کسب کردند. ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای اعضای گروه آزمایش گروه‌درمانی به مدت ۱۰ جلسه اجرا شد و گروه گواه طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. هر هفته یک جلسه درمان گروهی برگزار شد و زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در پایان، پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید.

جلسات مداخله شامل شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (نوشته کوک ساآودرا، ۲۰۰۸) بود. این جلسات برای ده جلسه نود دقیقه‌ای تدوین شده‌اند. اندازه مناسب گروه شامل ۸ تا ۱۰ عضو است. باین حال، این شیوه‌نامه درمان به آسانی توانایی تطبیق با گروه‌های دیگر و با متغیرهای گوناگون و شکل‌های متفاوت را دارد (مک‌کی، لیوف و اسکین، ۲۰۱۳؛ ترجمه روغنجی، جزایری، اعتمادی، فاتحی‌زاده، مومنی و حجت‌خواه، ۱۳۹۵). دستور کار جلسات درمان گروهی با توجه به شیوه‌نامه درمان به صورت دقیق برای هر فعالیت و با ذکر هدف هر جلسه به طور خلاصه در جدول ۱ ذکر شده است.

1. Saavedra
2. Mckay, Lev, Skeen



جلسات	محتوا و هدف هر جلسه
اول	اجرای پرسشنامه طرحواره، تمرکز ذهن آگاهانه، کاوش پیرامون چگونگی تاثیر طرحواره‌ها بر هیجان‌ها و شناختن‌های مراجعان. هدف: شناسایی طرحواره‌هایی است که افراد بیشترین آمیختگی را با آنها دارند و تمایل دارند بر آن تمرکز کنند.
دوم	بررسی برانگیزاننده‌های طرحواره، رفتارهای مقابله‌ای، اجرای تمرین در راستای ناامیدی سازنده. هدف: بالا بردن آگاهی مراجعان از نشانه‌هایی است که می‌تواند هنگام برانگیختن طرحواره‌هایشان روی دهد تا در نهایت به این رویدادها با ذهن آگاهی بیشتری پاسخ دهند.
سوم	بررسی هزینه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره، گفت و گو درباره ناامیدی سازنده، کمک به اعضا در راستای توقف تلاش‌شان برای کنترل. هدف: بررسی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای گذشته در راستای درک آنهایی که در دراز مدت سودمند نیستند و در نهایت منجر به دستیابی مراجعان به ناامیدی سازنده می‌شود.
چهار	ارائه یک مطلب روانی-آموزشی در راستای درک ارزش‌ها، کاربرد اهداف ارزشمند، کاربرد ارزیابی موانع. هدف: کمک به اعضا در راستای شفاف‌سازی اهداف و شناسایی اهداف ارزشمند، بررسی موانع فعالیت ارزشمند و یافتن راه‌های جدید برای ارتباط با موانع درک شده.
پنجم	تمرین حواس پنج‌گانه، بازبینی تکالیف خانگی و ارائه یک هدف جدید برای هفته پیش رو، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش، آموزش فنون خاص گسلش، تمرین فنون گسلش توسط اعضا، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	ارائه مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش و تمرکز بر ارزیابی‌ها در مقابل توصیف‌ها، پرورش تمرین خود به عنوان بافت. هدف: تصویرسازی ذهنی به‌منظور کمک به اعضای گروه در راستای رشد چشم‌اندازی درباره خود مشاهده‌گر می‌باشد.
هفتم	بحث درباره غیر قابل اجتناب بودن رنج و زوال پذیر بود روابط، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره عصبانیت، بررسی هزینه‌های تنفر. هدف: تمرکز بر خشم و اینکه خشم خود را بیشتر به مانند یک رفتار مقابله‌ای ناشی از طرحواره نمایان می‌سازد.
هشتم	نمایش گسلش، بررسی هزینه‌های اجتناب از هیجان‌های دردناک، کاوش‌هایی از راهبردهای قدیمی کنترل، ارائه تصویرسازی ذهنی برای پرورش چشم‌اندازی از خود مشاهده‌گر. هدف: تصویرسازی‌های ذهنی و تمرین‌های عملی در راستای تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی کنترل و نه صرفاً شناسایی افکار و عواطف همبسته با طرحواره‌ها می‌باشد.
نهم	واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرحواره که به تازگی رخ داده‌اند، ارائه یک تصویرسازی که موجب ذهن آگاهی و مهربانی نسبت به رنج همبسته با طرحواره می‌شود. هدف: ارائه یک تمرین ایفای نقش برای پرداختن به گسلش و پاسخ‌های جایگزین به رویدادهای تصویرسازی شده پیشین و گفت‌وگو درباره ارتباط موثر می‌باشد.

ارائه یک مراقبه در راستای افزایش مهربانی به خود و دیگران، بحث درباره راهبردهای بهبود عمل، تعهد اعضا بر انجام هدف جدید، ارزیابی‌های پس از درمان. هدف: به اعضای گروه فرصتی داده می‌شود که دهم جلو بیایند و رفتارهای جدید مبتنی بر ارزش‌ها را تمرین کنند و از گروه بازخورد بگیرند، موانع بالقوه و راهبردهای برنامه‌ریزی شده بررسی می‌شوند. که همین امر منجر می‌شود اعضا اعمال متعهدانه را با وجود این موانع، دنبال کنند.

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و استنباطی شامل تحلیل کوواریانس یک و چند متغیره بر اساس رعایت مفروضه‌ها استفاده شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری spss نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

## نتایج

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای شرم درونی شده و مولفه‌های آن را دو گروه آزمایش و گواه را در دو زمان پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات شرم درونی شده در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

خرده مقیاس	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
کمرویی	پیش آزمون	آزمایش	۳۵/۴۶	۴/۳۷
		گواه	۳۶	۴/۷۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۶/۴۰	۲/۸۹
		گواه	۳۵/۶۰	۵/۲۴
عزت نفس	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۶۰	۱/۹۱
		گواه	۱۵/۴۶	۲/۳۸
	پس آزمون	آزمایش	۹/۸۰	۲/۳۳
		گواه	۱۶/۱۳	۱/۶۸
شرم درونی شده	پیش آزمون	آزمایش	۵۲/۰۶	۴/۸۴
		گواه	۵۱/۴۶	۴/۱۰
	پس آزمون	آزمایش	۳۶/۲۰	۲/۱۷
		گواه	۵۱/۷۳	۶/۶۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشهود است نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

به‌منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم درونی شده در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای استفاده از این روش ابتدا مفروضه‌های تحلیل کوواریانس بررسی شد تا در صورت تحقق این مفروضه‌ها از روش مذکور برای تحلیل داده‌های مربوط به این فرضیه استفاده کرد. جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در این بخش ارائه می‌شود. پیش‌آزمون شرم درونی شده (Box's  $m=11/94, f=0/87, p=0/57$ ) و پس‌آزمون ( $m=5/22, f=0/38, p=0/97$ ) لذا به‌دست آمد. با توجه به اینکه معناداری آزمون باکس بالاتر از  $0/05$  است، لذا می‌توان گفت ماتریس واریانس کوواریانس همگن هستند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی همگونی شیب خط رگرسیون است. آماره  $F$  آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون پس‌آزمون متغیرهای کمرویی، عزت‌نفس و شرم درونی شده در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست (مولفه کمرویی  $F=1/28$ ؛  $P<0/29$ ، عزت‌نفس  $F=0/67$ ؛  $P<0/51$  و شرم درونی شده  $F=1/20$ ؛  $P<0/32$ ). بنابراین شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر و مفروضه شیب رگرسیون برقرار است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون همگونی واریانس‌ها لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. مولفه کمرویی ( $F=2/44$  و  $P=0/12$ )، عزت‌نفس واریانس‌ها نیز رد نشد. مفروضه دیگر روابط خطی بین متغیرها است. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون کمرویی) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون کمرویی) با ضریب خطی  $0/30$  رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون عزت‌نفس) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون عزت‌نفس) با ضریب خطی  $0/48$  رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون شرم دورنی شده) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون شرم

درونی شده) با ضریب خطی  $0/51$  رابطه خطی وجود دارد؛ بنابراین مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرها نیز برآورده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

جدول ۳. آزمون کولموگروف اسمیرنوف بیانگر مفروضه متغیر شرم درونی شده

متغیر	Z	سطح معناداری
کمروبی	۱/۰۱	۰/۲۵
عزت نفس	۱/۲۵	۰/۰۸۷
شرم درونی شده	۱/۳۰	۰/۰۶۰

جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف پیش فرض طبیعی بودن متغیر شرم درونی را تایید کرده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نمره‌های پس آزمون

ابعاد متغیر شرم درونی شده در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
کمروبی	۶۷۲/۷۱	۱	۴۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
عزت نفس	۲۷۷/۷۱	۱	۶۲/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
شرم درونی شده	۱۷۳۳/۶۷	۱	۶۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون بین دانش آموزان گروه آزمایش و گواه متغیر شرم درونی کل ( $F=67/25$  و  $p=0/001$ ) تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده در مادران دارای کودک کم توان ذهنی تایید شد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی

میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلابی	۰/۹۰	۷۵/۷۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
لامبدای ویکلز	۰/۰۹۲	۷۵/۷۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
اثر هتلینگ	۹/۸۸	۷۵/۷۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
بزرگترین ریشه روی	۹/۸۸	۷۵/۷۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۹۰ بوده است و این بدان معناست که ۹۰ درصد واریانس نمرات پس‌آزمون متغیر وابسته مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آماری برابر ۱ است که کفایت حجم نمونه را نشان می‌دهد. همچنین با کنترل سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه در یکی از حیطه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری اجتماعی در

دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

خرده مقیاس	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۰/۳۳	۱/۹۵
		گواه	۱۸/۶۰	۲/۱۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۳۳	۰/۸۹
		گواه	۱۹/۶۰	۱/۹۹

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار متغیر سازگاری اجتماعی را دو گروه آزمایش و گواه را در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشهود است نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. به این منظور نخست مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس بررسی گردید. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید

که در این بخش ارائه می‌گردد، پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی ( $F=0/64$ ،  $P=0/70$ )،  $F=0/64$ ،  $P=0/70$ ) و پس‌آزمون ( $\text{Box's } m=4/16$ ) محاسبه شد. با توجه به اینکه معناداری آزمون باکس بالاتر از  $0/05$  است، لذا می‌توان گفت ماتریس واریانس کوواریانس همگن هستند. یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی همگونی شیب‌خط رگرسیون است. آماره  $F$  آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون پس‌آزمون متغیر سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست ( $F=1/64$ ؛  $P < 0/21$ )؛ بنابراین شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر و مفروضه شیب رگرسیون برقرار است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون همگونی واریانس‌ها لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبود. متغیر سازگاری اجتماعی ( $F=2/18$  و  $P=0/15$ ). بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون سازگاری اجتماعی) با ضریب خطی  $0/29$  رابطه خطی وجود دارد؛ بنابراین مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرها نیز برآورده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

جدول ۷. آزمون کولموگروف اسمیرنف بیانگر مفروضه متغیر سازگاری اجتماعی

متغیر	Z	سطح معناداری
سازگاری اجتماعی	0/93	0/34

جدول ۷ نشان می‌دهد که آزمون آماری کولموگروف اسمیرنف، پیش‌فرض طبیعی بودن متغیر سازگاری اجتماعی را تایید کرده است.

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون نمرات

سازگاری اجتماعی گروه آزمایش و گروه گواه، با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
نمرات پیش‌آزمون	۲۵/۳۷	۱	۲۵/۳۷	۱۶/۴۸	0/001	0/37
عضویت گروهی	۴۱۰/۳۵	۱	۴۱۰/۳۵	۲۶۶/۵۹	0/001	0/90

همان‌طور که در جدول ۷ آمده است، بین نمرات سازگاری اجتماعی کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. این بدان معنی است که مداخله انجام شده (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر نمرات سازگاری اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته است.

### بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم درونی شده و افزایش سازگاری اجتماعی مادران موثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های مرشدی و همکاران (۱۳۹۴)، لشنی (۱۳۹۲)، حر و همکاران (۱۳۹۲)، رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، حیدریان (۱۳۹۲)، علمداری (۱۳۹۲)، علیرضایی (۱۳۹۴)، بلوتی و همکاران (۲۰۱۴)، یاداوایا و همکاران (۲۰۱۴)، فلیددیروس و همکاران (۲۰۱۳)، برینک بورگ و همکاران (۲۰۱۱)، فلکسمن و بوند (۲۰۱۰)، اسواین و همکاران (۲۰۱۳)، مک‌کرین و همکاران (۲۰۱۳)، مینی بر اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد همسو است.

نتایج پژوهش در بررسی فرضیه اول مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس شرم درونی شده مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی موثر بودن این رویکرد را نشان داد. شرم احساس دردناکی است که نقش آن در ادبیات روان‌شناسی بالینی و در همه طبقه‌های اصلی مرتبط با اختلال، شناسایی شده است (بادن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). احساس شرم با بسیاری از مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، اختلالات جسمی، اضطراب، اختلال وسواس، اختلالات شخصیتی، مصرف مواد و عزت نفس پایین ارتباط دارد (الیسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) که می‌توان آن را یک تجربه هیجانی مرتبط با کناره‌گیری و

1. Budden  
2. Alison

یک نگرانی ثابت آزاردهنده در مورد بی کفایتی یا شکست حاصل از ارزشیابی منفی از وجود خویش دانست (بار، ۲۰۰۳). لذا فرد به این باور از خود می‌رسد که پست یا غیر دوست داشتنی است و همه این عوامل در زندگی خانوادگی و به پیرو آن در زندگی اجتماعی او نیز تاثیر منفی به سزایی خواهد داشت. از آنجا که احساس نقص و شرم از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مطرح شده توسط یانگ هستند که در مشکلات بین فردی نمود پیدا می‌کنند؛ لذا با استفاده از شیوه‌نامه درمان حاضر که با تاکید بر طرح‌واره‌های ناسازگار، کار خود را آغاز می‌کند قابلیت درمان دارد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شیوه‌نامه درمان استناد کرد؛ زیرا در تمرین‌های شیوه‌نامه درمان پذیرش و تعهد، بر ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش‌ها و تعهد تاکید می‌شود و نقش به سزایی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه، نگرستن به احساس منفی شرم، افکار، تصورات و دیگر شناخت‌های حاصل از آن، همچنان که هستند و نه بیشتر، روشن‌سازی این که چه چیزی برایتان واقعا اهمیت دارد و در عمق قلبتان ریشه دارد و می‌خواهید در این زندگی چگونه باشید و تشخیص آنچه برای فرد مهم‌تر است تا بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و موثر عمل کند.

یافته دیگر پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش کمرویی از خرده مقیاس‌های احساس شرم درونی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی بود. کمرویی برای افرادی که در جوامع غربی زندگی می‌کنند به‌عنوان یک سطح ناسالم در ذهن تبدیل شده است تا جایی که نشانه‌های رفتاری آن دلالت بر نوعی شکست در رسیدن به برخی از ارزش‌های فرهنگی دارد که به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان مشکلی که باید درمان شود، تعریف شده است (اسکات، ۲۰۰۶). مردم خجالتی از رابطه با دیگران اجتناب می‌کنند، مسئولیت خود را در ایجاد رابطه با دیگران انکار کرده و اضطراب آن‌ها زمانی

1. Barr
2. Scott



آشکار می‌شود که در معرض تبادل و تعاملات اجتماعی قرار می‌گیرند (گیلمارتین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷). محدودیت در ارتباط‌های منطقی و صحیح خانواده‌های دارای کودک کم‌توان با دیگران به دلیل وجود احساس خجالت و تمایل به پنهان کردن کودک موجب می‌شود تا آنان از افراد دیگر فاصله بگیرند؛ بنابراین به انزوای اجتماعی بیشتر می‌انجامد (کميجانی، ۱۳۹۱). از آنجا که کمرویی و خجالتی بودن در ارتباط موثر افراد با دیگران اختلال ایجاد می‌کند و طبق یافته پژوهش حاضر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش کمرویی و در پی آن افزایش ارتباط موثر افراد با دیگران می‌شود، در تبیین این یافته می‌توان گفت نتایج این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های، صادق پورمرادی، نصیریان، چابکی نژاد (۱۳۹۵) و کردآبادی، پورمرادی و کردآبادی (۱۳۹۵) در خصوص تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتباط موثر بیماران با دیگران همسو است. در تبیین دیگری از یافته‌ها می‌توان گفت در این پژوهش مشخص شد که به‌واسطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افرادی که نمی‌توانستند با دیگران ارتباط موثری برقرار کنند و در تعاملات اجتماعی دچار مشکل می‌شدند، به‌طور قابل توجهی نسبت به خویش آگاهی پیدا کردند. یکی از مراحل مهم در بیشتر مشاوره‌ها، به‌خصوص مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عهده گرفتن مسئولیت درمان توسط مراجع است، مشاوره مبتنی بر 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 و در پی آن افراد می‌توانند با برقراری تعامل‌های اجتماعی مثبت کمرویی خود را به‌نوعی کاهش دهند.

نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به‌دست آمد اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افزایش میزان عزت‌نفس در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. این یافته با پژوهش فقیهی و کجباف (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت‌نفس کودکان دچار شکاف لب و کام و با فرزندپروری

---

1. Gilmartin

مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد کوین و مورل<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) مبنی بر فراهم آوردن شرایط مناسب جهت تقویت عزت نفس کودک، همسو است. عزت نفس یکی از عوامل تعیین کننده رفتار انسان در محیط اجتماعی محسوب می شود. عزت نفس مقدار ارزشی است که اشخاص به خود به عنوان یک فرد نسبت می دهند (هارتر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و بازتابی از نظر دیگران نسبت به فرد بوده و تعیین کننده چگونگی برخورد او با مسائل گوناگون است (ساندرفرد و فرانک<sup>۳</sup>، ۱۹۶۵). پژوهش های مختلف در زمینه عزت نفس نشان داده اند عزت نفس پایین پیامدهایی مانند اضطراب و افسردگی (کاپلان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶ به نقل از مرادی و دهنوی، ۱۳۹۱)، اختلالات رفتاری و ارتباطی (سلیمی، ۱۳۷۶)، احساس تنهایی و ناامیدی (بیابانگرد، ۱۳۷۲) را به همراه دارد. افرادی که از عزت نفس بالایی برخوردارند معمولاً احساس خوبی نسبت به خود دارند، بهتر می توانند اختلافات خود را با سایر افراد حل کنند و در مقابله با مشکلات، ناملایمات و ناکامی ها مقاوم تر هستند. چنین افرادی دارای خودپنداره مثبت بوده و از زندگی شان بیشتر لذت می برند (سلحشور، ۱۳۷۹ به نقل از مصباح، ۱۳۹۵). در تبیین این یافته می توان این گونه عنوان کرد که چون در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش بر آن است که مادران بتوانند با ذهن و فرآیندهای ذهنی خود آشنا شوند و با افزایش ظرفیت شناختی خود رفتاری متناسب و هماهنگ داشته باشند؛ از این رو مادران دارای کودک کم توان ذهنی با اصلاح ذهنیت خود و بودن در زمان حال و با هوشیاری، به جای اجتناب از تجربه ها و واقعیت ها، آن ها را پذیرفتند و متعهدانه شیوه درست ابراز فردیت و ارزشمندی خود را بروز دادند و در نتیجه توانستند عزت نفس پایین خود را به رغم وجود مشکلات حاصل از داشتن فرزند با کم توانی افزایش دهند.

نتایج پژوهش در بررسی فرضیه دوم نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم توان ذهنی موثر است. بدین معنی گروه آزمایش که تحت درمان گروهی قرار گرفته بودند افزایش معناداری در سازگاری

- 
1. Morel
  2. Harter
  3. Sandfred & Frank
  4. Kaplan

اجتماعی در مرحله پس آزمون نشان دادند؛ درحالی که در گروه گواه تغییری مشاهده نشد؛ بنابراین فرضیه دوم مبتنی بر تاثیرگذاری درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری اجتماعی تایید می شود. این یافته با نتایج پژوهش شاکراردکانی و زارع (۱۳۹۵)، رحیمی (۱۳۹۳) و پورفرج عمران (۱۳۹۰) همسو است. از آنجا که شرط بقای زندگی انسان جنبه اجتماعی آن است، رشد اجتماعی افراد در تعامل با دیگران و پذیرش مسئولیت های اجتماعی شکل می گیرد (عدلی، حیدری، طارعی و صادقی فرد، ۲۰۱۳). بنابراین ایجاد مشکلات سازگاری اجتماعی می تواند روی تعهدات فردی و اجتماعی تاثیر بگذارد و موجب مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی شود (جورج و اکیانگ، ۲۰۱۲). زمانی که روابط اجتماعی گسسته شود، توانایی تنظیم و مدیریت رفتار نیز از بین می رود. کمبود یا نبود روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می دهد، می تواند روی انگیزه و سلامت روانی فرد تاثیر منفی بگذارد و موجب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خودپنداره منفی، ناامیدی، عزت نفس پایین، انزوا و رضایتمندی پایین از زندگی شود (امرسون و لیولین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). در تبیین این یافته می توان اظهار کرد در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مساله اصلی پذیرش فعالانه و آگاهانه تجارب ناخوشایند زندگی است. بدون اینکه فرد بی جهت برای تغییر شرایط زندگی خود تلاش کند و یا سعی در تحمل شرایط ناخوشایند داشته باشد. در اینجا مادران دارای سازگاری پایین یاد می گیرند چگونه فعالانه و مشتاقانه با عواطف و خاطرات و احساسات و افکار خود روبرو شوند. در این شرایط انعطاف پذیری را می آموزند. به عبارتی از آنجا که هدف این نوع درمان افزایش آزادی روان شناختی افراد است، فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها می کند. چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت پذیرش و تعهد است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت می شود، سازگاری فرد و در نتیجه کیفیت زندگی را بهبود

1. George & Ukpong
2. Liewellyn

می‌دهد (هایس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). به‌طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کمک می‌کند تا از افکار و هیجانات خود آگاهی یابند. راه‌حل‌های ناسازگارانه قبلی را به‌منظور دست یافتن به اهداف بهتر و سازگارانه تر کنار بگذارند و از کشمکش خود تخریبی رها شده و باعث بهبود سازگاری آن‌ها به‌خصوص سازگاری اجتماعی و افزایش تعاملات و تبادلات اجتماعی شود.

به‌عنوان محدودیت پژوهش می‌توان گفت با توجه به محدودیت زمانی، برگزاری جلسات پیگیری از آن جهت که آیا تغییر به وجود آمده در کاهش احساس شرم درونی شده و افزایش سازگاری اجتماعی در طول زمان پایدار بوده است یا خیر، میسر نشد. عدم همکاری مسئولان مدرسه در اجرا و پیگیری برنامه و محدود بودن جامعه پژوهش به مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شهرستان اندیمشک می‌تواند، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر طولانی بودن ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها بود. این امر منجر به خسته شدن شرکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی به سوالات پژوهش و سوگیری در نتایج پژوهش می‌شد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بزرگ‌تر، انجام مصاحبه‌های ساختاریافته در کنار فرم کوتاه ابزارهای اندازه‌گیری و برنامه پیگیری با مدت زمان بیشتر برای نشان دادن پایدار بودن اثربخشی درمان در طول زمان استفاده شود. در ضمن با توجه به اهمیت موضوع و اثرگذاری درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش احساس شرم درونی شده و افزایش سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به سایر پژوهشگران، مشاوران و روانشناسان فعال در این عرصه توصیه می‌شود با توجه به آنکه خانواده به‌عنوان یکی از ارکان اصلی اجتماعی حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودکان کم‌توان ذهنی شناخته می‌شود، چنانچه سایر پژوهشگران در کنار آموزش به مادران، در صورت امکان سایر افراد خانواده از جمله پدران را نیز مورد توجه قرار دهند، گامی مهم در جهت کاهش مشکلات و فشار

---

1. Hayess

روانی موجود بر روی نظام خانواده برداشته‌اند. این آموزش می‌تواند از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی و جلسات گفتگو و مشاوره انجام گیرد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تقدیر و تشکر را داریم.

### منابع

- احمد پناه، م. (۱۳۸۰). تاثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده، فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱، (۱)، ۶۸-۵۲.
- ایزدی، ر؛ و عابدی، م، ر. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. چاپ پنجم، تهران، جنگل، کاوشیار.
- ایزدی، ر؛ نشاط دوست، ح. ط؛ عسگری، ک؛ عابدی، م. ر. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجبار، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲، (۱)، ۳۳-۱۹.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۷۲). روش‌های ایجاد عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان، تهران، انجمن اولیا و مربیان.
- پور فرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، ۶، (۲)، ۵-۱.
- ترابی، ف؛ مندهی، ش؛ و گرامی‌زاده شیرازی، ن. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری اجتماعی پدران دارای فرزند با و بدون کم‌توانی ذهنی، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۵، (۴)، ۲۹-۲۲.
- جوکار، ب؛ و کمالی، ف. (۱۳۹۴). بررسی رابطه معنویت و احساس شرم و گناه، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۱۴، (۱)، ۲۱-۳.

- جمالی فیروزآبادی، م؛ زارعی، س؛ و اسدی، ز. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین اعتماد، شرم و گناه با خودمتمایزسازی در دانشجویان متاهل دانشگاه علامه طباطبایی تهران، *تحقیقات روان‌شناختی*، ۱۱، (۱)، ۱۵-۲۶.
- چرم‌فروش جلالی، ل. (۱۳۹۴). خانواده و کودک استثنایی، *فصلنامه اطلاع‌رسانی، آموزش، پژوهشی*، ۹، (۳۴)، ۱۹-۱۶.
- حر، م؛ آقایی، ا؛ عابدی، ا؛ و عطاری، ع. (۱۳۹۲). تاثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱، (۲)، ۱۲۸-۱۲۱.
- حیدریان، ن. (۱۳۹۲). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان زوج‌های پریشان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز.
- خوش‌روش، و؛ پورمحسن، م؛ و خیاط، س. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش مدیریت استرس بر میزان سازگاری اجتماعی کارکنان زن بیمارستان‌های علوم پزشکی رشت، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴، (۳)، ۲۴۴-۲۳۵.
- رحیمی، ن. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان میان فردی در کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای فوبی اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
- رجبی، س؛ و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس، *مجله روان‌شناسی*، ۲۱، (۱)، ۳۹-۲۹.
- رجبی، غ؛ و عباسی، ق. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خود انتقاد، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان، *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱، (۲)، ۱۸۲-۱۷۱.

سلیمی، س. ح. (۱۳۷۶). بررسی عزت نفس در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، مجله روان شناسی، ۱، (۲).

سعیدی، ض؛ قربانی، ن؛ سرافراز، م. ر؛ و شریفیان، م. ح. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه، روان شناسی معاصر، ۸، (۱)، ۹۱-۱۰۲.

سهیلی پور، ف. ز؛ کاظمی، ف. س. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری رفتارهای مادرانه بر بهزیستی روان شناختی و استرس در مادران دارای کودک عادی و عقب مانده ۷ تا ۱۲ ساله شهر اصفهان، دومین کنفرانس بین المللی علم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول، ترکیه.

شاکر اردکانی، ل؛ و زارع، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول شهر یزد، سومین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در علوم انسانی، ایران، تهران.

پورمراد، ز، ص؛ نصیریان، م؛ و چابکی نژاد، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بهزیستی روان شناختی همسران مردان مبتلا به ام اس شهرستان یزد، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.

علمداری، ا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.

علیرضایی، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت و عملکرد زناشویی و کاهش نشانه های وسواس در زوجین مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان.

فقیهی، م، ص؛ و کجباف، م. ب. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۴۰، (۴)، ۴۷۶-۴۵۳.

- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی*، تهران، نشر بعثت.
- فتحی آشتیانی، ع؛ و داستانی، م. (۱۳۹۲). *آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شخصیت و سلامت روان*، تهران، نشر بعثت.
- فلکسمن، پل. ا؛ بلک، ج. ت؛ و باند، ف. (۱۹۷۰). *تندآموز درمان مبتنی بر پذیرش و پابیند*، ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال. (۱۳۹۳)، تهران، انتشارات ارجمند.
- قاسم‌پور، ع؛ اکبری، ا؛ تقی‌پور، م؛ عظیمی، ز؛ و رفاقت، ا. (۱۳۹۲). *مقایسه بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی*، *دوماهنامه‌ی شنوایی‌شناسی*، ۲۱، (۴)، ۵۹-۵۱.
- کوهسالی، م؛ میرزمانی، م؛ کریملو، م؛ و میرزمانی، م. س. (۱۳۸۷). *مقایسه سازگاری اجتماعی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی آموزش پذیر، مجله علوم رفتاری*، ۲، (۲)، ۱۷۲-۱۶۵.
- کردآبادی، ذ؛ صادق پورمرادی، ز؛ و کردآبادی، ع. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان روابط مؤثر با دیگران در همسران مردان مبتلابه اماس شهرستان یزد، اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.
- کمیحانی، م. (۱۳۹۱). *کودکان استثنایی و چالش‌های مادران، تعلیم و تربیت اسلامی*، شماره ۱۱۰، ۴۴-۳۸.
- لشنی، ل. (۱۳۹۲). *اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با ذهن آگاهی بر رضایت‌مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی*، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مرادی، ا؛ و دهنوی رضایی، ص. (۱۳۹۱). *بررسی مقایسه اثربخشی آموزش‌های گروهی عزت‌نفس، خود کارآمدی و انگیزش پیشرفت بر عزت‌نفس زنان با معلولیت جسمی - حرکتی*، *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۵، (۲)، ۹۷-۶۵.



مرشدی، م؛ داورنیا، ر؛ زهرا کار، ک؛ محمودی، م. ج؛ و شاکرمی، م. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها، فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران، ۱۶، (۴)، ۲۴-۳۴.

مصباح، ا. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر میزان عزت نفس بر پیشرفت تحصیلی در مردان و زنان شهرستان اندیمشک، چهارمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

مک کی، م؛ و لیوف، آ؛ اسکین، م. (۲۰۰۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (همراه با شیوه نامه درمان گروهی)، ترجمه محمود روغنجی، رضوان السادات جزایری، عذرا اعتمادی، مریم فاتحی زاده، خدامراد مومنی و سید محسن حجت خواه. (۱۳۹۵). چاپ اول، کرمانشاه، انتشارات دانشگاه رازی.

Adli, M. Haidari, H. Zarei, E. & Sadeghifard, M. (2013). Relationship between emotional and social adjustment with marital satisfaction. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 3(2), 118-122.

Barr, P. (2003). Guilt, shame and grief: an empirical study of Parental bereavement. *A thesis submitted of fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy*. University of the Sydney, Australia.

Bluett, E. J. Homan, K. J. Morrison, K. L. Levin, M. E. & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6) 612-624.

Brinkborg, H. Michanek, J. Hesser, H. & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (6-7), 389-398.

Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69, 1032-1039.

Coyne, L. W. & Murrell, A, R, (2009). *The joy of parenting: an acceptance & commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. 1st edn. Oakland: New harbinger publications.

Cook, D. R. (1993). *Internalized shame scale manual*. Menomonee, WI: Channel Press.

- Devine, K. A. Holbein, C. E. Psihogios, A. M. Amaro, C. M. & Holmbeck, G. N. (2011). Individual adjustment, parental functioning and perceived social support in Hispanic and non-Hispanic white mothers and fathers of children with Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 1-10.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: Social and economic situation mental health status and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal of Intellectual Disability research*, 47(4-5), 385-399.
- Emerson, E. & Liewellyn, G. (2008). Mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 53-59.
- Elison, J. (2006). Investigating the compass of shame: the development of the compass of shame scale. *Social Behavior and Personality*, 34(3), 221-238.
- Flaxman, P.E. & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816-820.
- Fledderus, M. Bohlmeijer, E. T. Fox, J. Schreurs, K. M.G. & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 51(3), 142-151.
- George, N. I. & Ukpong, D. E. (2012). Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. *International Journal of Business and Social Science*, 3(19), 245-251.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as marker for relationship security. In: J. Tracy, R. Robins, J. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions. Theory and research* (pp. 283-309). New York: The Guilford Press.
- Gilmartin, B. G. (1987). Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *Journal of Personality*, 55(3), 467-489.
- Gohel, M. Mukherjee, S. & Choudhary, S. K. (2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Adnan District. *Healthline*, 2(2), 62-66.
- Harter, S. (2003). The development of self-representations during childhood and adolescence. In M. R. Leary and J.P. Tangney, *Handbook of self and identity* (pp. 610-642). New York: The Guilford Press.

- Harris R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 21(4):2-8.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes. L. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American psychological association publication.
- Jenaabadi, H. Issazadegan, A. Gorgij, H. C. & Dadkan, A. A. (2014). The relationship between emotional intelligence, mental hygiene and social adjustment of mentally retarded children's parents and normal children's parents. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 3(4).
- Jenaabadi, H. (2013). Camparison of social-psychological interaction between parents of mentally-retarded children and parents of normal children. *Journal of Education and Instructional Studies in the World*, 3(3), 34-39.
- Kawa, M. H. & Shafi, H. (2013). A comparative study of stress and depression among parents of mentally retarded children. *Quest International Multidisciplinary Research Journal*, 2(2), 24-34.
- Kaplan, H. B. (1996). Psychological stress from the perspective of self-theory. In H. B. Kaplan (Ed). (1999). Psychological stress. *Academic press*.
- Lamar, S. Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181-1204.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (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.
- McCracken, L. M. Sato, A. & Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*, 14, (11), 1398-1406.
- Rashid, N. (2012). Exclusion amongst Muslim parents of mentally challenged children in Hyderabad. *Journal of Arts, Science & Commerce*, 2(1), 25-32.
- Sangwan SP. (2011). Emotional Intelligence and Social Adaptation of School Children. *Psychol*; 2 (2), 83-87
- Scott, S. (2006). The medicalisatin of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociology of Health and Illness*, 2,133-135.

- Sandfred, B.W. & Frank, B. (1965). Self esteem and life. *New York pergamon press*.
- Sadook B, Sadook B. (2010). The Summary of Psychiatr: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry translated by Rezaee F. *Tehran: Nasle Farda Publication; pp: 263*. [Farsi].
- Saavedra, K. (2008). Toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low income minorities in substance abuse recovery: A randomized controlled experiment. *PsyD dissertation, Wright Instiute, Berkeley, CA*.
- Swain, J. Hancock, K. Hainsworth, C. & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 3, (8), 965–978*.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3(4), 248–257*.