

A comparison of the effectiveness of group counseling through acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on self-compassion and family resilience of mothers of educable children

مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه پذیرش مبتنی بر تعهد با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی در مادران کودکان آموزش پذیر

Mahmoud Fatahi

PhD student in Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

***Asadollah Veisi**

Assistant Professor of Family Counseling, Payame Noor University, Tehran. Iran.

Omid Moradi

Associate Professor of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

محمود فتاحی

دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی، واحد سنندج، دانشگاه

آزاد اسلامی، سنندج، ایران

* اسدالله ویسی

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

امید مرادی

دانشیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

چکیده

Abstract

Aims: The purpose of this research is to compare the effectiveness of group counseling with acceptance based on commitment and cognitive therapy based on mindfulness, self-compassion, and family resilience of mothers of children in education. **Method:** This research was semi-experimental with a pre-test and post-test with a control group and a follow-up period of 5 months. Sampling was done by simple random sampling. From the list of the statistical population of mothers of exceptionally educated students in the two cities of Mallard and Shahryar in the year (1401-1400), (36) people were selected using random numbers and in two experimental groups of cognitive therapy based on mindfulness and therapy based on Acceptance and commitment and a control group were included. Self-compassion (Neff, 2003) and family resilience (Sixbey, 2005) questionnaires were used as research tools. The method of data analysis was covariance analysis to compare means. The software (SPSS 22) was used for data analysis. **Findings:** The results showed that both methods, therapy based on acceptance and commitment and cognitive therapy based on mindfulness in the way of group counseling, have an effect on increasing self-compassion and family resilience of mothers of educated children. The effect of

هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه پذیرش مبتنی بر تعهد^۱ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ بر شفقت به خود، و تاب‌آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش می باشد. **روش:** روش این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با انجام پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری ۵ ماه اجرا شد. نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بود و از میان لیست جامعه آماری مادران دانش آموزان استثنایی آموزش پذیردو شهر ملارد و شهریار در سال (۱۴۰۱-۱۴۰۰)، ۳۶ نفر با استفاده از اعداد تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یک گروه گواه، قرارداد شد. از پرسشنامه‌های شفقت به خود^۳ (۲۰۰۳) و تاب‌آوری خانوادگی^۴ (سیکسبی ۲۰۰۵) به عنوان ابزار تحقیق استفاده شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کو واریانس برای مقایسه میانگین‌ها بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار (SPSS 22) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر تأثیر دارد. تأثیر درمان

* نویسنده مسئول Email: vaisi.a1359@pnu.ac.ir

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸

مقاله پژوهشی

¹. Acceptance and Commitment Therapy

². Cognitive therapy based on mindfulness

³. self-compassion Scale

⁴. family resilience Scale

acceptance and commitment therapy on increasing self-compassion (59.6%) and mindfulness-based cognitive therapy (27.9%) was compared to the control group. ($P < 0.001$ and $F = 106.891$) and the effect of acceptance and commitment therapy on increasing resilience (81.5%) and cognitive therapy based on mindfulness (45.9%) compared to the control group. ($P < 0.001$ and $F = 106.891$). **Conclusion:** According to the findings of this research, it is possible to use the method of group counseling, therapy based on acceptance and commitment, and cognitive therapy based on mindfulness to increase self-compassion and family resilience.

Keywords: acceptance and commitment therapy (ACT), mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), self-compassion, resilience, mothers of educable mentally-retarded children.

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود (۵۹/۶ درصد) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه کنترل بود ($P < 0.001$ و $F = 106.891$) و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری (۸۱/۵ درصد) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۴۵/۹ درصد) در مقایسه با گروه کنترل بود ($P < 0.001$ و $F = 106.891$). **نتیجه گیری:** مطابق یافته‌های پژوهش می‌توان از روش مشاوره گروهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت به خود، تاب‌آوری، مادران کودکان کم توان.

مقدمه

در عصر حاضر مشکلات ناشی از معلولیت‌ها و کم توانی‌های ذهنی از حادترین مسائل بشر است و بیش از ۲ درصد از جمعیت هر جامعه‌ای را کودکان کم توان ذهنی آن جامعه تشکیل می‌دهند (Sadeghian, et al., 2016). کم توانی ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشد شروع می‌شود و کمبودهای عقلانی و عملکرد انطباقی را در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی را در برمی‌گیرد^۱ (DSM5). کم توانی ذهنی با محدودیت‌های قابل توجهی هم در عملکرد فکری و هم در رفتار انطباقی مانند مهارت‌های اجتماعی، مفهومی، و فعالیت‌های عملی، در محیط اجتماعی مشخص می‌شود و فرصت برای یادگیری را کاهش می‌دهد و باعث کندی رشد در تمام زمینه‌ها می‌شود (Contreras 2019). از میان خانواده، فردی که بیشتر از همه تحت فشار وجود کودک کم توان ذهنی است و بیشتر آسیب می‌بیند، مادر خانواده می‌باشد. مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، احساس شرم، خجالت و اضطراب بیشتری دارند و سطح پایین تری از سلامت عمومی و بهزیستی روانشناختی، رضایت زناشویی، عزت نفس و خود کنترلی را تجربه می‌کنند (Zandi, et al., 2018). Mawardah, et al., 2018. Biybani, Khairjo et al., 2018. مشکل رفتاری کودک بیشتر از خود ناتوانی کودک برای خانواده و به خصوص مادر استرس‌زا است. دلیل احتمالی این امر این است که مادران با مشکلات کودک بیشتر درگیر بوده و تحت فشارهای بیشتری قرار می‌گیرد (Hastings, 2003). از نتایج استرسی که این خانواده‌ها تحمل می‌کنند، اختلال در کارکرد خانواده می‌باشد. تولد کودک کم توان ذهنی موجب فشار بیشتری در درون نظام خانوادگی می‌شود و انسجام و سازگاری درون نظام خانواده را به خطر می‌اندازد و در نتیجه احتمال نارسایی کارکرد خانواده را افزایش می‌دهد و همچنین موجب تنش در خرده نظام‌های خانواده می‌شود (Shkahi et al. 2008, quoted by Bakhtiari Saeed 2019).

از جمله صفاتی که می‌تواند به مادران کودکان کم توان ذهنی کمک کند تا بتوانند هم سلامت روانی و جسمی خود را حفظ کنند و هم نیازهای کودک کم توان ذهنی خود را برآورده سازند شفقت به خود، می

¹Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

باشد. مفهوم شفقت به خود به معنای پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و از سه عنصر اصلی، پذیرش ناکارآمدی خود در بعضی جنبه‌ها، احساس درد و شکست مشترک بین انسانها و درک هیجان‌های خود به صورتی متعادل، تشکیل شده است (Neff, 2013). افرادی که دارای شفقت به خود بالایی هستند هنگام تجربه رویداد منفی با خودشان با عطف و مهربانی برخورد می‌کنند (López, Sanderman, Ranchor 2018). شفقت به خود عملکرد انطباقی را افزایش می‌دهد و مانعی در جهت شکل‌گیری آشفستگی هیجانی است (Kuyken, et al 2015). شفقت به خود از جمله عوامل اجتماعی در تحمل مشکلات است. شفقت به خود همچنین از جمله عوامل محافظتی بیرونی و فردی موثر بر تاب‌آوری می‌باشد (Sabri, et al 2013, Nasiri Nazab, 2018).

در ادامه باید گفت که درمان‌های موج سوم رفتاری، عرصه جدیدی را پدید آورده‌اند که مورد توجه درمانگران برای بهبود زندگی افراد و حتی کاهش علائم بیماری قرار گرفته است. موج سوم درمان شناختی رفتاری بر دامنه وسیعی از مشکلات و اختلالات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس، سوء مصرف مواد، اثربخش بوده است (Frostadottir & Dorjee, 2019). از جمله درمان‌های موج سوم، درمان شناختی رفتاری که عنصر اساسی در آنها ذهن آگاهی است، می‌توان به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. ذهن آگاهی اساس این روش‌های درمانی موج سوم می‌باشد. که از آن برای ارتقاء سلامت افراد استفاده می‌کنند. ذهن آگاهی یعنی توجه هدفمند عمدی در زمان حال و با ویژگی‌هایی همچون احساس همدردی و کنجکاوی و پذیرش است (Rashidpour, 2018). از رویکردهای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلف روانشناسی استفاده شده است. در سال‌های اخیر یکی از رویکردهای درمانی که بسیاری از پژوهشگران اثربخشی آن در حوزه‌های مختلف را بررسی کرده‌اند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است (Frostadottir, and Dorjee, 2019). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر از کارهای سگال^۱ (۲۰۰۲)، بر روی شناخت‌ها بوجود آمده است (Moqtadaei, 2016). در این روش درمانی به افراد جهت بهبود مسائل روانشناختی آموزش داده می‌شود و آنها را قادر خواهد ساخت که یاد بگیرند چگونه به صورت ذهنی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجانات، آگاهی داشته باشند و آنها را در جهت پاسخ سازگارانه نسبت به علائم خطر، عود مشکلات، توانمند سازد.

از جمله درمان‌های دیگر موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این نوع درمان نیز از ذهن آگاهی برای ارتقاء سلامت افراد استفاده می‌کند. این روش درمانی رشد زیادی در سال‌های اخیر داشته و جزء رویکردهای شناختی پیشرو می‌باشد. این رویکرد برخلاف رویکردهای سنتی‌تر به دنبال تغییر محتوا و فراوانی یا شدت افکار و احساسات و علائم بدنی نامطلوب نیست. در مقابل این رویکرد قصد دارد شیوه معمول ارتباط مردم با وقایع درونی‌شان را تغییر دهد. به شکلی که انعطاف‌پذیری روانشناختی و اثر بخشی رفتار را

افزایش دهد (Bakhtiari Saeed 2019). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به افراد کمک کند از طریق پذیرفتن دردی که زندگی ناخواسته با خود دارد، زندگی غنی کامل و معناداری داشته باشند. ذهن آگاهی یکی از فرایندهای اصلی این نوع درمان است اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مقوله‌ای فراتر از ذهن آگاهی صرف است. شش فرایند مرکزی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل، ۱) بودن در لحظه حال ۲) هم جوشی زدایی ۳) پذیرش و عدم اجتناب ۴) خود به عنوان زمینه ۵) ارزشها ۶) عمل متعهدانه، هستند و هرچه توانایی افراد برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجربیاتشان و انجام عمل مبتنی بر ارزش‌هایشان بالاتر باشد، کیفیت زندگی آنها نیز بالاتر خواهد بود. چرا که می‌توانند خیلی مؤثرتر به مشکلات و چالش‌هایی که به ناچار زندگی با خود دارد پاسخ دهند (Harris 2019).

تعداد زیادی از پژوهش‌ها در سطح جهان و ایران نقش روش‌های مختلف درمانی نظیر شناخت درمانی و غیره را در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله اضطراب و ترس را بررسی کرده‌اند. بنابراین، با توجه به پیشینه ی پژوهشی کم و ناکافی بودن اطلاعات در این مورد، مطالعه‌ی مقایسه اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه پذیرش مبتنی بر تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود، و تاب‌آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر ارزش صرف وقت و هزینه را دارد. بنابراین اهداف پژوهش حاضر به شرح زیر است:

- ۱- تعیین اثر بخشی روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود مادران کودکان آموزش پذیر
- ۲- تعیین اثر بخشی روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر تاب‌آوری مادران کودکان آموزش پذیر
- ۳- تعیین اثر بخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود مادران کودکان آموزش پذیر
- ۴- تعیین اثر بخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر تاب‌آوری مادران کودکان آموزش پذیر.

روش پژوهش

این تحقیق به شیوه نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری (۵ ماهه) انجام شد. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بود و از میان لیست مادران دانش آموزان آموزش پذیر دو شهر ملارد و شهریار از توابع استان تهران با استفاده از اعداد تصادفی تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب شدند. در مصاحبه‌های ابتدایی با این افراد، تعداد ۳۶ نفر که شرایط لازم بر اساس ملاک‌های ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند و در سه گروه ۱۲ نفری شامل گروه آزمایشی ۱) درمان پذیرش

مبتنی بر تعهد، گروه آزمایشی (۲) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و (۳) گروه گواه، قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق شامل (۱) داشتن سن حداقل ۲۵ سال، (۲) داشتن یک فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر، (۳) داشتن حداقل تحصیلات (سوم راهنمایی)، (۴) مصرف نکردن داروی بیماری اعصاب و روان، (۵) داشتن درآمد متوسط جامعه (کارمند و کارگر) بود. ملاک خروج هم شامل (۱) داشتن ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی، (۲) ایجاد اخلاص در جلسات در ۲ جلسه پی در پی، (۳) درخواست خود شخص برای خروج بود. برای تحلیل داده‌های بدست آمده از نرم افزار (SPSS, 22) استفاده شد. روش تجزیه و تحلیل، داده‌ها، تحلیل کو واریانس برای مقایسه میانگین‌ها (آنکوا) بود.

مراحل انجام پژوهش شامل (۱) دعوت از کلیه افراد جامعه آماری، (۲) مصاحبه تشخیصی و انتخاب کسانی که شرایط لازم برای مشاوره گروهی دارند، (۳) آموزش اعضاء برای حداکثر استفاده از گروه و (۴) اجرای تحقیق واستخراج نتایج بود. در دو گروه آزمایشی از دو روش درمان پذیرش مبتنی بر تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل و اثر گذار برای دو ویژگی و صفت تاب‌آوری خانوادگی و شفقت به خود، استفاده شد. همچنین برای هر یک از گروه‌های آزمایشی، ۱۲ جلسه مشاوره گروهی ۲ ساعته دنبال شد که در این جلسات روش‌های مقابله با اضطراب و مشکلات زندگی از دیدگاه روش‌های درمانی مطرح و آموزش داده شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این جلسات، پرسشنامه شفقت به خود^۱ (۲۰۰۳) و پرسشنامه تاب‌آوری خانوادگی سیکسبی^۲ (۲۰۰۵) بود که ویژگی آنها در زیر آورده شده است.

پرسشنامه خود شفقت ورزی^۳ نف (۲۰۰۳): این مقیاس خود گزارشی در سال (۲۰۰۳) توسط نف ساخته شد که دارای ۲۶ ماده است و جنبه‌های مثبت و منفی و سه بعد اصلی خود شفقت به خود را می‌سنجد. اجزاء و زیر مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، مهربانی به خود (۵ گویه) در برابر قضاوت نسبت به خود (۵ گویه)، اشتراکات انسانی (۴ گویه) در برابر انزوا (۴ گویه) و ذهن آگاهی (۴ گویه) در برابر فزون همانندسازی (۴ گویه) است. پاسخ دهی به سوالات به صورت مقیاس لیکرت (۵ درجه ای) از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) است. میانگین نمرات این شش مؤلفه با احتساب نمرات معکوس، نمره‌ی شفقت به خود را به دست می‌دهد. برای به دست آوردن نمره‌ی کلی شفقت به خود، باید زیر مقیاس‌های (قضاوت خود)، (انزوا) و (فزون همانندسازی) شامل سوالات (۸ و ۱۱ و ۱۶ و ۱۷ و ۲۵ و ۱۸ و ۱۳ و ۱۴ و ۲۰ و ۲۶ و ۲) به طور معکوس نمره گذاری شود. حداً قل نمره، که شفقت به خود پایین را نشان می‌دهد (۲۶) و حداکثر آن (۱۳۰) می‌باشد. در پژوهش حاضر، شفقت به خود، عبارت است از نمره‌ی کل هر عضو در مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳) که هر فرد بدست می‌آورد. سازنده‌ی این مقیاس، ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس را (۰/۹۳) و همسانی درونی آن را

¹ Neff

² Sixbey

³ Self-Compassion Scale

از طریق آلفای کرونباخ (۰/۹۲) گزارش کرده است. در مطالعه‌ی نف و همکاران (۲۰۱۳)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان، به ترتیب (۰/۸۶) و (۰/۹۵) گزارش شده است (Neff, 2013).

پرسشنامه تاب‌آوری خانواده^۱ سیکسبی (۲۰۰۵): این مقیاس یک ابزار استاندارد برای اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده است که به وسیله سیکسبی (۲۰۰۵) بر اساس نظریه‌ی سیستمی تاب‌آوری خانواده والش^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این ابزار یک مقیاس (۴ درجه‌ای) لیکرتی محسوب می‌شود که شامل درجات (۱ کاملاً مخالفم) تا (۴ کاملاً موافقم) می‌شود. مقیاس اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده مشتمل بر (۶۶ ایت‌م) و یک سوال باز در انتهای پرسشنامه طراحی شده تا افراد، موارد مورد نظر خود را اضافه نمایند. این مقیاس به بررسی میزان تاب‌آوری خانواده در شش حوزه می‌پردازد و شامل: (۱) ارتباط خانوادگی و حل مسئله، (۲) بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، (۳) پیوند خانوادگی، (۴) حفظ یک چشم‌انداز مثبت، (۵) معنویت خانواده، (۶) توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری می‌باشد. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس (۶۶)، و حداکثر نمره (۲۶۴) است. شواهد روانسنجی این مقیاس به وسیله سیکسبی (۲۰۰۵) مورد تأیید قرار گرفته است. سیکسبی (۲۰۰۵) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ و روایی آن را با استفاده از روایی سازه، روایی ملاکی پیش بین و روایی هم‌زمان بررسی نموده است (Hosseini, Hossein Chari, 2013). همچنین بوچانان^۳ (۲۰۰۸) پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۶) گزارش می‌دهد و روایی ملاکی هم‌زمان آن را از طریق بررسی همبستگی نمرات مقیاس اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده با ابزار اندازه‌گیری (خانواده ۱) و ابزار اندازه‌گیری (خانواده ۲)، بالا و مطلوب گزارش می‌دهد (Hosseini, Hossein Chari, 2013).

جدول (۱) شرح اجرای روشهای درمانی

اجرای مراحل درمانی (ACT):	اجرای مراحل درمانی (MBCT):
جلسه اول: -انجام پیش‌آزمون - آموزش (ACT) اینجا و اکنون، ۳- آموزش مدیتیشن مقدماتی، تکلیف: بکارگیری مدیتیشن	جلسه اول: ۱-انجام پیش‌آزمون ۲- آموزش (MBCT)، ۳- آموزش مدیتیشن مقدماتی، تکلیف: بکارگیری مدیتیشن
جلسه دوم: ۱-ادامه آموزش (ACT) هم جوشی زدایی ۲- تعیین منابع استرس شخصی افراد ۳-مدیتیشن کوتاه سه دقیقه‌ای و کنترل هیجان ۴- تکلیف: تعیین منابع استرس خود	جلسه دوم: ۱-ادامه آموزش (MBCT) و اسکن بدن ۲- تعیین منابع استرس شخصی افراد ۳-مدیتیشن کوتاه سه دقیقه‌ای و کنترل هیجان ۴- تکلیف: تعیین منابع استرس خود
جلسه سوم: ۱- تعیین روشهای خودارزیابی اعضا ۲- حل مسئله ۳- تعیین افکار خود آید ۴- تکلیف: بکارگیری روشهای خودارزیابی در حوادث	جلسه سوم: ۱- تعیین روشهای خودارزیابی اعضا ۲- حل مسئله ۳- تعیین افکار خود آید ۴- تکلیف: بکارگیری روشهای خودارزیابی در حوادث
جلسه چهارم: ۱- آموزش روشهای خودارزیابی مثبت و امنیت روانی از دیدگاه (ACT) - ۲- بیان نظر در مورد واکنش در مقابل حوادث ۳- آموزش، مدیتیشن کوتاه، ۴- تکلیف: تعیین هم جوشی با افکار خود	جلسه چهارم: ۱- آموزش روشهای خودارزیابی مثبت و امنیت روانی از دیدگاه (MBCT) (۲)- بیان نظر در مورد واکنش در مقابل حوادث ۳- آموزش، مدیتیشن کوتاه، ۴- تکلیف: ۴۵ دقیقه مراقبه نشسته
جلسه پنجم: ۱-ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه (ACT) - ۲- نگرش نسبی بودن موفقیتها. ۳- آموزش مراقبه و مدیتیشن اینجا و اکنون ۴- تکلیف: بیان تجربه در مورد گروه	جلسه پنجم: ۱-ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه (MBCT) - ۲- نگرش نسبی بودن موفقیتها. ۳- آموزش مراقبه و مدیتیشن حواس پنجگانه ۴- تکلیف: بیان تجربه در مورد گروه
جلسه ششم: ۱- مرور کارهای انجام شده در جلسات ۱ تا ۵، ۲- یادگیری‌های خود از گروه را بصورت خلاصه بیان کنند ۴- تکلیف: نمونه موفقیت خود را گزارش کنند	جلسه ششم: ۱- مرور کارهای انجام شده در جلسات ۱ تا ۵، ۲- یادگیری‌های خود از گروه را بصورت خلاصه بیان کنند ۴- تکلیف: نمونه موفقیت خود را گزارش کنند

¹ Family Resiliency Assessment Scale

² Walshe

³ Buchanan

جلسه هفتم: ۱- آموزش بازگشت‌پذیری در بحران و غلبه بر مشکلات از دیدگاه (ACT) ۲- آموزش مراقبه و مدیتیشن قصد، رابطه، توجه ۳- تکلیف: مدت ۴۵ دقیقه مدیتیشن نشسته	جلسه هفتم: ۱- آموزش بازگشت‌پذیری در بحران و غلبه بر مشکلات از دیدگاه (MBCT) ۲- آموزش مراقبه و مدیتیشن قصد، رابطه، توجه ۳- تکلیف: مدت ۴۵ دقیقه مدیتیشن نشسته
جلسه هشتم: ۱- بیان تجربه، ۲- آموزش مراقبه و مدیتیشن شناخت خود فکری و خود مشاهده گر، ۳- تکلیف: مدت ۴۵ دقیقه مدیتیشن	جلسه هشتم: ۱- بیان تجربه، ۲- آموزش مراقبه و مدیتیشن شناخت خود فکری و خود مشاهده گر، ۳- تکلیف: مدت ۴۵ دقیقه مدیتیشن
جلسه نهم: ۱- آموزش حل مسأله از دیدگاه (ACT) ۲- آموزش دید مثبت ۳- مدیتیشن کوتاه تغییر از حالت خود کار بدن، به توجه خود آگاه، ۴- تکلیف: یادداشت تجربه‌ی داشتن دید مثبت.	جلسه نهم: ۱- آموزش دید مثبت، ۲- آموزش حل مسأله از دیدگاه (MBCT) ۳- آموزش مدیتیشن کوتاه تغییر از حالت خود کار بدن، به توجه خود آگاه، ۴- تکلیف: یادداشت تجربه‌ی داشتن دید مثبت.
جلسه دهم: ۱- ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه (ACT) ۲- بیان تجربه در این مورد، ۳- تکلیف: یادداشت تجربه شکستها و موفقیت‌های مهم در زندگی	جلسه دهم: ۱- ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه (MBCT) ۲- بیان تجربه در این مورد، ۳- تکلیف: یادداشت تجربه شکستها و موفقیت‌های مهم در زندگی
جلسه یازدهم: ۱- بحث درمورد شکستها و موفقیت‌ها. ۲- آموزش مدیتیشن و مراقبه کنترل هیجان و تنش. ۴- تکلیف: یادداشت تجربه یادگیری از گروه.	جلسه یازدهم: ۱- بحث درمورد شکستها و موفقیت‌ها. ۲- آموزش مدیتیشن و مراقبه کنترل هیجان و تنش. ۴- تکلیف: یادداشت تجربه یادگیری از گروه.
جلسه دوازدهم: ۱- انجام پس آزمون. ۲- مرور و خلاصه کردن جلسات ۱ تا ۱۱. ۳- آموزش، مراقبه و مدیتیشن بلند مدت به عنوان برنامه‌ی برای زندگی	جلسه دوازدهم: ۱- انجام پس آزمون. ۲- مرور و خلاصه کردن جلسات ۱ تا ۱۱. ۳- آموزش، مراقبه و مدیتیشن بلند مدت به عنوان برنامه‌ی برای زندگی

یافته‌های تحقیق

یافته‌ها شامل دوبخش است، بخش توصیفی شامل جداول شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مثل میانگین و انحراف استاندارد است. بخش دوم تحلیل استنباطی داده‌ها است که در این قسمت، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس (آنکوا) مورد تحلیل قرار گرفته است تا تأثیر آموزش دو روش درمانی ذکر شده بر متغیرهای وابسته‌ی مورد مطالعه مشخص شود.

از نظر اطلاعات جمعیت‌شناسی گروه، از تعداد ۳۶ نفر شرکت‌کننده در این تحقیق، ۳۲ نفر دارای تحصیلات دیپلم یا پایین‌تر، ۳ نفر دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۱ نفر نیز دارای تحصیلات لیسانس بودند و شغل سرپرستان خانوار تعداد ۸ نفر کارمند، ۱۸ نفر کارگر و ۱۲ نفر نیز دارای سایر مشاغل بودند. از نظر سن، ۵ نفر ۳۰ سال و پایین‌تر، ۱۰ نفر ۳۱-۳۵ سال و ۲۱ نفر بالای ۳۵ سال سن داشتند. میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله و مرحله پیگیری در شفقت به خود و تاب‌آوری در جداول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در شفقت به خود و تاب‌آوری

متغیرها	تعداد	مراحل	گروه کنترل	گروه پذیرش مبتنی بر تعهد	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
شفقت به خود	۱۲	پیش آزمون	۸۱/۸۳ ± ۱۳/۸۸	۷۸/۹۲ ± ۱۱/۳۳	۸۲/۶۷ ± ۱۰/۰۵
		پس آزمون	۸۵/۹۲ ± ۱۱/۷۹	۱۱۰/۴۲ ± ۶/۳۶	۹۳/۳۳ ± ۵/۳۷
	۱۲	پیگیری	۸۷/۱۷ ± ۱۱/۰۱	۱۰۸/۸۳ ± ۳/۳۵	۹۴/۳۳ ± ۹/۲۲
تاب‌آوری	۱۲	پیش آزمون	۱۶۶/۱۷ ± ۳۲/۳۵	۱۶۹/۲۵ ± ۳۸/۱۳	۱۷۹/۸۳ ± ۵۵/۲۱
		پس آزمون	۱۷۰/۹۲ ± ۳۰/۳۷	۲۵۳/۷۵ ± ۲۷/۱۱	۲۲۲/۸۳ ± ۴۸/۱۷
	۱۲	پیگیری	۱۷۵/۱۷ ± ۲۷/۰۱	۲۵۲/۲۵ ± ۲۲/۸۸	۲۲۴/۱۷ ± ۴۲/۰۳

همان طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود میانگین شفقت به خود در گروهی که با روش پذیرش مبتنی بر تعهد آموزش دیده‌اند، گروهی که با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیده‌اند و گروه کنترل دربخش پیش آزمون به ترتیب برابر با (۹۲/۷۸)، (۶۷/۸۲) و (۸۳/۸۱) به دست آمده است. همچنین میانگین تاب‌آوری در گروهی که با روش پذیرش مبتنی بر تعهد آموزش دیده‌اند، گروهی که با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیده‌اند و گروه کنترل دربخش پیش آزمون به ترتیب برابر با (۲۵/۱۶۹)، (۸۳/۱۷۹) و (۱۷/۱۶۶) به دست آمده است و همان طور که مشاهده می‌شود میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون (قبل از مداخله)، تفاوت فراوانی را در هیچ کدام از متغیرهای شفقت به خود و تاب‌آوری نشان نمی‌دهند. بنابراین می‌توان گفت که افراد به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفته‌اند و در ابتدا گروه‌ها، هیچ برتری خاصی از نظر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، نسبت به هم نداشته‌اند و چنانچه در پس آزمون نمرات یک گروه خاص در هر یک از متغیرها به طور معناداری افزایش یا کاهش داشته باشد، نتیجه تأثیر مداخلات بوده است.

همچنین با توجه به نتایج جدول (۲)، میانگین شفقت به خود در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با (۱۱۰/۴۲)، (۹۳/۳۳) و (۸۵/۹۲)؛ و در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با (۱۰۸/۸۳)، (۹۴/۳۳) و (۸۷/۱۷) به دست آمده است و همچنین میانگین تاب‌آوری در گروه‌های، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با (۲۵۳/۷۵)، (۲۲۲/۸۳) و (۱۷۰/۹۲) و در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با (۲۵۲/۲۵)، (۲۲۴/۱۷) و (۱۷۵/۱۷) به دست آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود در مقایسه میانگین‌ها دربخش پس آزمون (بعد از مداخله)، تفاوت نسبتاً بالایی بین گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در متغیرهای شفقت به خود و تاب‌آوری وجود دارد. همچنین همانطوری که مشاهده می‌شود میانگین نمرات شفقت به خود و تاب‌آوری در مرحله پیگیری گروه‌های آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تقریباً برابر با پس آزمون همین گروه‌ها می‌باشد و نمرات گروه گواه نیز تغییری در مرحله پیگیری نداشته است و این نشان می‌دهد که در بازه زمانی ۵ ماهه، تأثیر آموزش‌های روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باقی مانده است.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف (آزمون نرمال بودن داده ها)

جهت آزمون نرمال بودن نمرات، آزمون کالموگروف اسمیرنوف اجرا شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	تعداد	مقدار K-S	سطح معناداری
تاب‌آوری (پیش آزمون)	۳۶	۰/۱۰۶	۰/۲۰۰
تاب‌آوری (پس آزمون)	۳۶	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰
تاب‌آوری (پیگیری)	۳۶	۰/۱۲۴	۰/۱۷۹
شفقت ورزی (پیش آزمون)	۳۶	۰/۱۰۱	۰/۲۰۰
شفقت ورزی (پس آزمون)	۳۶	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰
شفقت ورزی (پیگیری)	۳۶	۰/۱۰۵	۰/۲۰۰

همانگونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود، سطح معناداری آزمون کالموگروف اسمیرنف در نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در متغیر تاب‌آوری به ترتیب برابر با (۰/۲۰۰)، (۰/۲۰۰) و (۰/۱۷۹) و در متغیر شفقت به خود به ترتیب برابر با (۰/۲۰۰)، (۰/۲۰۰) و (۰/۲۰۰) به دست آمد که همه آنها بزرگتر از (۰/۰۵) است و تفاوت معنی داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نمی‌شود. بنابراین توزیع نمرات در تمام متغیرها نرمال است. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

همگنی شیب‌های رگرسیون

این مفروضه بدین معنی است که وجود همگنی شیب‌های رگرسیون و به عبارتی ضریب رگرسیون متغیر وابسته از روی متغیرهای همپراش در گروه‌ها یکسان می‌باشد برای بررسی این مفروضه برای هر یک از مؤلفه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) استفاده شد.

جدول (۴) آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری
شفقت به خود (پس آزمون)	۷۳/۷۱۵	۲	۲/۴۸۹	۰/۱۰۰
تاب‌آوری (پس آزمون)	۲۲۱۴/۲۴۸	۲	۲/۰۱۷	۰/۱۵۱
شفقت به خود (پیگیری)	۴۴/۶۷۴	۲	۲/۱۵۲	۰/۱۳۴
تاب‌آوری (پیگیری)	۲۰۶۹/۱۸۴	۲	۲/۴۱۳	۰/۱۰۷

با توجه به نتایج جدول (۴) و سطوح معناداری بدست آمده هر یک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از (۰/۰۵) می‌باشد، فرضیه صفر تأیید شده و داده‌های متغیر نرمال است و برای اجرای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. که در اینجا ملاحظه می‌شود که سطوح معناداری در مرحله پس آزمون برای متغیرهای شفقت به خود و تاب‌آوری به ترتیب برابر با (۰/۱۰۰) و (۰/۱۵۱) بدست آمده است و همچنین سطوح معناداری در مرحله پیگیری برای متغیرهای شفقت به خود و تاب‌آوری به ترتیب برابر با (۰/۱۳۴) و (۰/۱۰۷) بدست آمده است و همه آنها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند و

شرایط برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است. در ادامه برای انجام تحلیل کواریانس، نرمال بودن و یکسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین^۱ مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۵) آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروهها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۰۵۲	۲۲ و ۱	۰/۸۲۲

همان طور که عنوان شد یکی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس همسانی (برابری) واریانس گروهها می‌باشد. در جدول (۵) نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد. زیرا مقدار $(F=۰/۰۵۲)$ ، و سطح معناداری برابر $(۰/۸۲۲)$ است و چون سطح معناداری از $(۰/۰۵)$ بزرگتر است پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می‌توان تحلیل کوواریانس را ادامه داد.

جدول (۶) تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین گروهها در قسمت پس آزمون در متغیر شفقت به خود

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۴۳۲/۸۵۰	۱	۱۴۳۲/۸۵۰	۳۷/۷۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۳
گروه	۴۰۵۴/۹۲۸	۱	۴۰۵۴/۹۲۸	۱۰۶/۸۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
خطا	۷۹۶/۶۳۸	۲۱	۳۷/۹۳۵			
کل	۲۳۳۸۵۶/۰۰۰	۲۴				

جدول (۶) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون شفقت به خود با کنترل اثر پیش آزمون در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود بادر نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار F بین آزمودنی‌ها برابر $(۱۰۶/۸۹۱)$ و سطح معناداری برآورد شده $(۰/۰۰۱)$ و کوچکتر از $(۰/۰۵)$ است که نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات شفقت به خود بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح $(۰/۰۰۱)$ معنی دار است $(P < ۰/۰۰۱)$ و $۱۰۶/۸۹۱$ ، و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول (۴) در بخش شفقت به خود در قسمت پس آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر $(۸۵/۹۲)$ و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر $(۱۱۰/۴۲)$ است و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از میانگین بالاتری برخوردارند. بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای یک دوره‌ی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود موثر بوده است. همچنین با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر $(۰/۵۹۶)$ است می‌توان گفت که $(۵۹/۶)$ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان شفقت به خود مادران در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به شیوه مشاوره گروهی بوده است. در نتیجه بخش اول فرضیه تأیید می‌شود. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شفقت به خود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. میانگین نمرات گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش فراوانی دارد ولی میانگین نمرات گروه کنترل افزایش آن چنانی ندارد. لذا میانگین نمرات شفقت به خود در گروه کنترل،

^۱.Levin

دربخش‌های پس آزمون و پیش آزمون تغییر خاصی نداشته است. اما در گروه آزمایش دربخش پس آزمون میانگین نمرات افزایش قابل ملاحظه‌ای نسبت به پیش آزمون دارد.

بخش دوم: در این بخش از فرضیه نیز، به منظور ارزیابی اثربخشی روش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر تاب‌آوری و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس (آنکوا) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل کواریانس، نرمال بودن ویکسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۷) آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروهها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۳/۸۲۸	۲۲ و ۱	۰/۰۶۳

همان طور که عنوان شد یکی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس همسانی (برابری) واریانس گروه‌ها می‌باشد. در جدول (۷) نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد. زیرا مقدار $(F=۳/۸۲۸)$ ، و سطح معناداری برابر $(۰/۰۶۳)$ است و چون سطح معناداری از $(۰/۰۵)$ بزرگ‌تر است پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می‌توان تحلیل کواریانس را ادامه داد.

جدول (۸) تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین گروه‌ها در قسمت پس آزمون در متغیر تاب‌آوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۲۴۰۱/۰۷۹	۱	۱۲۴۰۱/۰۷۹	۲۹/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
گروه	۳۹۳۲۵/۱۲۳	۱	۳۹۳۲۵/۱۲۳	۹۲/۲۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵
خطا	۸۹۴۹/۷۲۷	۲۱	۴۲۶/۱۷۷			
کل	۱۱۴۱۵۲/۰۰۰	۲۴				

جدول (۸) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون تاب‌آوری با کنترل اثر پیش آزمون در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار F بین آزمودنی‌ها برابر $(۹۲/۲۷۴)$ و سطح معناداری برآورد شده $(۰/۰۰۱)$ و کوچک‌تر از $(۰/۰۵)$ است که نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات تاب‌آوری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح $(۰/۰۰۱)$ معنی‌دار است $(P < ۰/۰۰۱)$ و $(F= ۹۲/۲۷۴)$ و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول (۳) دربخش تاب‌آوری در قسمت پس آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر $(۱۷۰/۹۲)$ و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر $(۲۵۳/۷۵)$ است و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از میانگین بالاتری برخوردارند. بنابراین، می‌توان گفت: برنامه مداخله‌ای (یک دوره درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به شیوه مشاوره گروهی) بر تاب‌آوری گروه آزمایش موثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر $۰/۸۱۵$ است می‌توان گفت که $۸۱/۵$ درصد از تغییرات حاصل شده در میزان تاب‌آوری مادران در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره گروهی بوده است. در نتیجه‌بخش دوم فرضیه تأیید می‌شود. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و

تعهد موجب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. لذا میانگین نمرات گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش فراوانی دارد اما میانگین نمرات گروه کنترل افزایش آنچنانی ندارد. میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه کنترل، در بخش‌های پس آزمون و پیش آزمون تغییر خاصی نداشته است. اما در گروه آزمایش در بخش پس آزمون میانگین نمرات افزایش قابل ملاحظه‌ای نسبت به پیش آزمون دارد.

بخش سوم: به منظور ارزیابی اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس (آنکوا) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل کواریانس، نرمال بودن و یکسانی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۹) آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروهها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۰/۴۶۷	۱ و ۲۲	۰/۵۰۲

همان طور که عنوان شد یکی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس همسانی (برابری) واریانس گروهها می‌باشد. در جدول (۹) نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد زیرا مقدار ($F=0/467$)، و سطح معناداری برابر ($0/502$) است و چون سطح معناداری از ($0/05$) بزرگتر است پس تفاوت بین واریانس‌ها معنادار نیست و می‌توان تحلیل کواریانس را ادامه داد.

جدول (۱۰) تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین گروهها در قسمت پس آزمون در متغیر شفقت به خود

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۸۰۹/۲۲۹	۱	۸۰۹/۲۲۹	۲۲/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
گروه	۲۸۷/۷۶۴	۱	۲۸۷/۷۶۴	۸/۱۳۲	۰/۰۱	۰/۲۷۹
خطا	۷۴۳/۰۹۷	۲۱	۳۵/۳۸۶			
کل	۱۹۴۹۵۹/۰۰۰	۲۴				

جدول (۱۰) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون شفقت به خود با کنترل اثر پیش آزمون در گروه‌های، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار (F) بین آزمودنی‌ها برابر ($8/132$) و سطح معناداری برآورد شده ($0/01$) و کوچکتر از ($0/05$) است که نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات شفقت به خود بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح ($0/01$) معنی دار است ($P < 0/01$) و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول (۳) در بخش شفقت به خود در قسمت پس آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر ($85/92$) و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر ($93/33$) است و میانگین گروه آزمایش از نظر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بالاتر است. بنابراین، می‌توان گفت برنامه مداخله‌ای یک دوره شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود گروه

آزمایش موثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر (۰/۲۷۹) است می توان گفت که (۲۷/۹ درصد) از تغییرات حاصل شده در میزان شفقت به خود مادران در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بوده است. در نتیجه بخش سوم نیز تأیید می شود. به عبارت دیگر درمان به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش شفقت به خود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. میانگین نمرات گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش فراوانی دارد اما میانگین نمرات گروه کنترل افزایش آنچنانی ندارد. میانگین نمرات شفقت به خود در گروه کنترل، در بخش های پس آزمون و پیش آزمون تغییر زیادی نداشته است اما در گروه آزمایش در بخش پس آزمون میانگین نمرات افزایش قابل ملاحظه ای نسبت به پیش آزمون دارد.

بخش چهارم: در این بخش نیز، به منظور ارزیابی اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری و کنترل اثر پیش آزمون از تحلیل کواریانس (آنکوا) استفاده شد. در ادامه برای انجام تحلیل کواریانس، نرمال بودن و یکسانی واریانس ها از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۱۱) آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروهها

نسبت F	درجه آزادی	سطح معناداری
۲/۷۸۹	۲۲ و ۱	۰/۱۰۹

در جدول (۱۱) نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس ها وجود ندارد (زیرا مقدار $F=۲/۷۸۹$)، و سطح معناداری برابر (۰/۱۰۹) است و چون سطح معناداری از (۰/۰۵) بزرگ تر است پس تفاوت بین واریانس ها معنادار نیست و می توان تحلیل کواریانس را ادامه داد.

جدول (۱۲) تحلیل کواریانس جهت مقایسه میانگین گروهها در قسمت پس آزمون در متغیر تاب آوری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۳۳۹/۷۸۰	۱	۱۳۳۹/۷۸۰	۱۲/۶۳۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷۶
گروه	۱۰۳۵۲/۲۹۸	۱	۱۰۳۵۲/۲۹۸	۱۷/۸۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
خطا	۱۲۱۹۷/۷۷۹	۲۱	۵۸۰/۸۴۷			
کل	۹۸۲۰۷۳/۰۰۰	۲۴				

جدول (۱۲) نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری روی نمره های پس آزمون تاب آوری با کنترل اثر پیش آزمون در گروه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مقدار (F) بین آزمودنی ها برابر (۱۷/۸۲۳) و سطح معناداری برآورد شده (۰/۰۰۱) و کوچک تر از (۰/۰۵) است که نشان می دهد، تفاوت میانگین نمرات تاب آوری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$) و $F= ۱۷/۸۲۳$) و با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از جدول (۳) در بخش تاب آوری در قسمت پس آزمون، میانگین نمرات گروه کنترل برابر (۱۷۰/۹۲) و میانگین نمرات گروه آزمایش برابر (۲۲۲/۸۳) است و گروه آزمایش از میانگین بالاتری برخوردارند. بنابراین، می توان گفت: برنامه مداخله ای یک دوره شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر تاب‌آوری گروه آزمایش موثر بوده است و با در نظر گرفتن ضریب اتا، که برابر (۰/۴۵۹) است می‌توان گفت که (۴۵/۹ درصد) از تغییرات حاصل شده در میزان تاب‌آوری مادران در گروه آزمایش ناشی از تأثیر یک دوره بکارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بوده است در نتیجه بخش چهارم نیز تأیید می‌شود. به عبارت دیگر درمان به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. میانگین نمرات گروه آزمایش، در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش فراوانی دارد ولی میانگین نمرات گروه کنترل افزایش آنچنانی ندارد. میانگین نمرات تاب‌آوری در گروه کنترل، در بخش‌های پس آزمون و پیش آزمون تغییر زیادی نداشته است اما در گروه آزمایش در بخش پس آزمون میانگین نمرات افزایش قابل ملاحظه‌ای نسبت به پیش آزمون دارد.

در مجموع نتایج پژوهش نشان داد روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش شفقت به خود، و تاب‌آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر تأثیر بیشتری دارد. اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود به مقدار (۵۹/۶ درصد) در مقایسه با گروه کنترل بود ($P < 0/001$ و $F = 106/891$) در حالیکه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود به مقدار (۲۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه کنترل بود ($P < 0/01$ و $F = 8/132$) همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تاب‌آوری به مقدار (۸۱/۵ درصد) در مقایسه با گروه کنترل شد ($P < 0/001$ و $F = 92/274$) در حالیکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب‌آوری به مقدار (۴۵/۹ درصد) در مقایسه با گروه کنترل بود ($P < 0/001$ و $F = 17/823$) به عبارت دیگر هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی تأثیر دارد اما تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش فرضیه‌های تحقیق به طور کلی مورد تأیید قرار گرفت یعنی ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود، و تاب‌آوری خانوادگی تأثیر معنی داری داشت و ۲- روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش تاب‌آوری خانوادگی و شفقت به خود مادران کودکان آموزش پذیر تأثیر بیشتری داشت. در تبیین مقایسه اثر روش درمانی پذیرش مبتنی بر تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش تاب‌آوری خانوادگی و شفقت به خود، تحقیقی که به طور دقیق با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج بدست آمده در این بخش از

تحقیق به صورتی ضمنی با تحقیقات احسان نژاد و آزادبخت (۲۰۱۹)، کاشفی مهر و همکاران (۲۰۲۲)، حقیقت و محمدی (۲۰۱۸)، گلستانی و پیرنیا (۲۰۱۹)، همسو می‌باشد. در این راستا احسان نژاد و آزادبخت (۲۰۱۹) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری بطور معنی داری تأثیر دارد ($P < ۰/۰۰۱$) و در مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توان بیشتری بر افزایش کیفیت زندگی و تاب‌آوری برخوردار است. همچنین کاشفی مهر و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیق خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش تاب‌آوری تأثیر معنی داری دارند ($P < ۰/۰۰۱$). به همین ترتیب گلستانی و پیرنیا (۲۰۱۹) در تحقیق خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری تأثیر معنی داری دارد ($P < ۰/۰۰۵$). همچنین حقیقت و محمدی (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده نسبت به گروه گواه تأثیر معنی داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$)

بخشی از یافته‌های تحقیق حاضر که تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش شفقت به خود مادران کودکان آموزش پذیر را مورد تأیید قرار داد با تحقیقات جعفری جم و همکاران (۲۰۲۱)، روحی و همکاران (۲۰۱۸)، امینی و کریم نژاد (۲۰۲۱)، خمیسی و منصور (۲۰۱۹)، همسو می‌باشد. در این راستا جعفری جم و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیق خود نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود و احساس ارزشمندی به طور معناداری تأثیر دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین روحی و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود و تحمل آشفتگی دانش آموزان به طور معنی داری مؤثر است ($P < ۰/۰۰۵$) ($F=19/142$). امینی و کریم نژاد (۲۰۲۱) همچنین به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود و کاهش دل زدگی زناشویی به طور معنی داری مؤثر است، ($P < ۰/۰۰۱$). به همین ترتیب خمیسی و منصور (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود و کاهش خود انتقادی به طور معنی داری مؤثر است ($P < ۰/۰۰۵$).

یکی دیگر از نتایج تحقیق حاضر تأثیر بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش تاب‌آوری مادران کودکان آموزش پذیر است که با تحقیقات افشاری (۲۰۱۷)، مصباح و همکاران (۲۰۱۷)، اصفهانی و عباسی (۲۰۱۸)، مکوندی و همکاران (۲۰۱۹)، همسو و هم جهت است. در همین ارتباط، افشاری (۲۰۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب‌آوری اثر دارد اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای اثر بیشتری است ($P < ۰/۰۰۱$). به همین ترتیب مصباح و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش تاب‌آوری مادران کودکان کم توان ذهنی به طور معنی داری تأثیر دارد ($P < /0.05$).

می‌توان گفت که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب افراد به تمرین مکرر، توجه متمرکز روی محرکهای خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد را از اشتغال ذهنی به افکار تهدید کننده و نگرانی در مورد روابط با دیگران رها می‌کند و ذهن آنها را از وضعیت اتوماتیک خارج می‌کند. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نحوی ذهنیت افراد مبتلا به اضطراب و نگرانی را تغییر می‌دهد و باعث می‌شود ضعف خود را با کمک به خود و دیگر اعضاء خانواده جبران کنند. در این روش درمانی به مراجعین آموخته می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زا با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساسات که در حضور و صحبت در جمع دارند، آگاه باشند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر، و تعهد به آن اهداف با این اختلال خود در خانواده و در جامعه مواجه شوند در نتیجه از سلامت روانشناختی بیشتری بر خوردار باشند و به تبع این موضع از شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی بالاتری بر خوردار خواهند بود.

این روش درمانی تأکید زیادی بر تمایل افراد به درک و آگاهی از تجربه‌ی درونی دارد تا به آنها کمک کند که افکار آزار دهنده را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه‌ی فعلی خود مطلع شوند و به جای پاسخ به برنامه‌ی ناکارآمد، به انجام آنچه در زندگی آنها مهم است، فکرکنند و در جهت ارزشهای خود حرکت کنند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، یا خود مشاهده گر، مراجعین می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را که در ارتباط با فراخود و ارزشهای فشار آور جامعه است، کنترل کنند و شفقت به خود را بیش از پیش افزایش دهند و در همین راستا در مقابل مشکلات پیش آمده و نحوی بر خورد با آنها تاب‌آوری بیشتری داشته باشند. مراجعین در این روش درمی‌یابند که خود به عنوان زمینه یا خود مشاهده گر را از خود فکری جدا کنند و با در زمان حال زندگی کردن و در گیر آینده و گذشته نشدن مشکلات زندگی را بپذیرند و با آنها برخوردی عاقلانه داشته باشند. در واقع عمده‌ترین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر جهت توجه و تلاش مراجعین از اهداف بیهوده و ناکار آمد به سوی اعمالی مبتنی بر خواسته‌های آنها از زندگی است.

در ارتباط با نتایج پژوهش باید گفت در افرادی که شفقت به خود پایینی دارند فراخود بیش از حد در حیطه شخصیت نقش دارد به عبارت دیگر افرادی که شفقت به خود پایینی دارند بیش اندازه معمول به قوانین و تصمیماتی که در گذشته برای زندگی خود گرفته اند پایبند هستند و در صورت انجام خطا، خود را به گونه ای مجازات می‌کنند که به سلامتی روانشناختی آنها صدمه وارد می‌شود. در این جهت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش منطقی و آگاهاندن افراد از تحریف‌های شناختی‌شان به آنها کمک می‌کند که به

صورتی منطقی و عاقلانه با خود و محدودیت‌های خود کنار بیایند و این باعث افزایش شفقت به خود در بین مراجعین می‌شود. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از تحلیل رفتار و نظارت بر رفتار در شرایط سخت به مراجعین آموزش می‌دهد چگونه ارتباط منطقی با افکار و احساسات خود برقرار کنند تا تاب‌آوری خود را در مقابل مشکلات افزایش دهند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش، بودن در زمان حال و استفاده حداکثر از انرژی که افراد در حال حاضر دارند در افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود و کاهش استرس و اضطراب نقشی اساسی دارد. به صورت کلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از یک سو با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مؤلفه‌های بنیادی ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد و از سوی دیگر تغییر الگوهای شناختی و بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاها و تحریف‌های شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و بهبود نحوه‌ی برخورد با افکار خودآیند و مزاحم می‌انجامد. مؤلفه‌های درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از قبیل فنون ذهن آگاهی، افزایش هشیاری، افزایش تحمل پریشانی، شناسایی حساسیت‌های فیزیکی و عاطفی، آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آرامش جسمانی و درونی می‌تواند با کاهش حساسیت اضطرابی، زمینه ساز بهبود وضعیت روانشناختی و افزایش سازگاری مراجعین باشد و از این جهت در افزایش شفقت به خود و تاب‌آوری نقشی اساسی داشته باشد.

از لحاظ نوآوری، موضوع تحقیق حاضر برای اولین بار است که تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای تابع را مورد بررسی قرار می‌دهد. از نظر کاربردی یافته‌های این پژوهش برای متخصصان، روانشناسی و مشاوره که در مراکز درمانی و مراکز آموزشی خصوصاً مراکز آموزش استثنایی فعالیت می‌کنند، حائز اهمیت است زیرا برنامه‌ریزی برای افزایش میزان شفقت به خود و تاب‌آوری می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی و عملکرد اجتماعی والدین کودکان استثنایی، و کلاً والدین کودکان تحت آموزش مؤثر باشد و از طرف دیگر موجب ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی هم مواجه بود اینکه اجرای پژوهش به وسیله خود محقق که موجب اثر هاله ای شد، عدم توانایی کنترل عامل جنسیت که فقط از مادران کودکان آموزش پذیر استفاده شد و کار فقط بر روی یک گروه از والدین انجام شد که تعمیم‌پذیری کمتری دارد. برای تحقیقات آینده در این زمینه پیشنهاد می‌گردد که موضوع این تحقیق روی دیگر گروه‌ها اجرا شود. همچنین تحقیق بر روی هر دو جنس زن و مرد انجام شود و اگر اجرای تحقیق بوسیله افرادی غیر از محقق باشد بهتر است تا میزان اثرهاله ای کنترل و تعیین شود.

تشکر و قدر دانی:

در اینجا لازم می دانم از تمام کسانی که مرا در انجام این تحقیق یاری دادند، بخصوص مادران کودکان آموزش پذیر منطقه ملارد و شهریار تهران تشکر و قدر دانی می نمایم

References

- Amini, P. Karminejad. R. (2021) The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment of ACT on marital heartbreak and self-compassion of women covered by welfare, , Yazd Tolo Health Magazine. 20 (1) 25-37 (Persian).
- Afshari. A. (2017) Comparison of the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment ACT and cognitive therapy based on mindfulness MBCT on the reflection of women with a history of abortion, Journal of Psychiatry 6 (4) 11-18(Persian).
- Biybani, N; Khairjo, A. and Alaei, P. (2018). Comparison of quality of life, intolerance of uncertainty and parenting stress of mothers with intellectually disabled children and mothers with normal children. Social Health Quarterly 6 (2) 165-172. (Persian).
- Bakhtiari Saeed B, (2018) group counseling based on ACT acceptance therapy and MBCT mindfulness based cognitive therapy on organizational commitment and job participation of Azad University employees. Ph. D. Thesis Kharazmi University, Faculty of Psychology. (Persian).
- Contreras, M. I. , Bauza, C. G. , & Santos, G. (2019). Videogame-based tool for learning the motor, cognitive and socio-emotional domains for children with Intellectual Disability. Entertainment Computing, 30, 100-103.
- Ehsannejad, O. Azad Bakht, F. (2019) Comparing the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and cognitive therapy based on mindfulness on the quality of life and resilience of spouses with post-war trauma syndrome Journal of Military Psychology 38, 69-57(Persian).
- Esfahani, S. Abbasi S. , (2018) Effectiveness of therapy based on acceptance and commitment of ACT on resilience and meaning of life and performance of caregivers of schizophrenic patients, Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Therapeutic Services 25(2) 311-298 (Persian).
- Frostadottir, A. D and Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress. Frontiers in Psychology, 10, 1-11.
- Garmezy N, Masten, A. ; (1991) The protective role of competence indicators in children at risk. In: Cummings EM, Green AL, Karraki KH, editors. Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale NJ: Lawrence. P. 147-151.
- Golestani. N. Pirnia. S. (2019) Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and therapy based on acceptance and commitment on the improvement of sleep quality and resilience of patients with prostate cancer. International Journal of Cancer. Volume 12, (2).
- Jafari Jam, M. Mahmoud Fateh, H. Mostafaei. A. (2021). Determining - the effectiveness of ACT acceptance and commitment therapy, self-compassion and sense of worth in the children of drug addicts, self-representative of addiction center, Navid New Magazine 24 (77) 84-97 (Persian).

- Hekhit, S. Mohammadi A. (2018) Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on stress reduction and therapy based on acceptance and commitment to reduce the mood of abused patients. *International Journal of Neuroscience*, 5, (4) 158-163 (Persian)
- Hastings R. P. (2003) Child Behaviour Problems and Parental Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children with Autism. *J Intellect Disabil Re.* May-Jun 47(4): 231 -237.
- Harris, R. (2014). ACT in plain language (Alphabet of Acceptance and Commitment Therapy); Translated by Anusha Aminzadeh, Tehran; Arjmand publication.
- Hosseini, F, Hossein Chari. M. (2013) Reviewing the evidence related to the validity and reliability of the family resilience scale: *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly* No. 2 Summer 2019(Persian).
- Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A(2011). [Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability]. *Iranian J Exc Child*, (2) 119-140. (Persian).
- Kuyken, W. , Hayes, R. , Barrett, B. , Byng, R. , Dalgleish, T. , Kessler, D. , & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost- effectiveness of mindfulness based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial *The Lancet*. 386 (9988) 63-73.
- Kashifi Mehr. N , Sham Sozan. N, Sam Khavani. H. , (2022) Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on the mind and therapy on acceptance and commitment to catastrophizing pain and resilience of spinal cord amputation patients. , *Scientific Research Journal of Anesthesia and Pain* 13 (2) 115-131. (Persian).
- Khamisi, S. Mansouri, A. (2019) Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy based on ACT on compassion and self-criticism of drug addicts, *Addiction Research Magazine* 12 (57) 237-254 (Persian).
- López, A. , Sanderman, R. , Ranchor, A. V. , & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self- compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well being *Mindfulness*. 9 (1), 325-331.
- Makundi,B. Valizadeh,SH , Bakhtiaripour,S. Hafezi ,F. (2019) The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment of ACT on resilience and mental flexibility of prisoners, , *Journal of Health Promotion* 9 (4) 78-89.
- Misbah, I, Hojjatkah. S,M,, Golmohammadi ,M, 2017) (Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on resilience and quality of parent-child relationship in mothers with mentally retarded children, *Allameh Tabatabai University Psychology Quarterly*, Year 8, Number 29 Spring 1997, pp. 85-109.
- Mawardah, U. , Siswati, S. , & Hidayati, F. (2018). Relationship between active coping with parenting stress in mother of mentally retarded child. *Empati* (1) 1- 14.
- Moqtadaei K. (2016) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on psychological and physical symptoms of patients with irritable bowel syndrome, senior thesis Gilan University, Faculty of Literature and Humanities(Persian).
- Neff. K. D (2003b) the development and validation of a scale to measure self – compassion. *Self an identity* 2(2)85-101.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3): 28-44.
- Nasiri Nazab, S; (2018). The effect of compassion therapy on resilience and hope and psychological well-being of mothers with children. Senior thesis Sepahan Higher Education Institute of Science and Technology, Faculty of Humanities. (Persian).
- Noone SJ, Hastings RP. (2009). Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities pilot evaluation of an acceptance based intervention. *J Intellect Disabil*, 13(1). 43-51.

- Rashidpour. A, translation and compilation (2018) the principles and foundations of mind fullness. , Tehran. Savlan Publishing (Persian).
- Rouhi M, Mustafaei A, Zainuddin Z, Razavi. N, (2018) The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment ACT, self-compassion and act of confusion in students with social anxiety disorder Children's Mental Health Journal 6 (3) 173- 187. (Persian).
- Shamsi, M, Hemti, Alamdarlo, Q, Shojaei, S. (2017). Comparison of social problem solving ability in mentally disabled female students and peers with normal mental development. Child Mental Health Quarterly. 5(1). 15-24.(Persian).
- Sadeghian, E. Mohammadi, Z. Shamsaei, F. (2016). The relationship between stress and the communication patterns of mothers of mentally retarded children. Scientific journal of Hamedan College of Nursing and Midwifery 25(3). 75-64. (Persian).
- Sabri, M; Foulad Cheng, M; Mohammadi Dehaghani, M; Golzar, H; (2013). The relationship between the dimensions of family communication patterns in students with the mediating role of emotional intelligence, psychological methods and models. Vosal 5 (18) 109-128. (Persian).
- Zandi, H; Lavasani, M. ; Afrooz, G; Mardokhi, M. ; 2016) Comparison of mothers of two exceptional children (multi-disabled, mentally retarded, physically impaired, blind, deaf and hearing impaired) with mothers of normal children in public health institutions. Exceptional Children Quarterly 17(4) 112-101. (Persian).

