



## مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام

دانشجو دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران  
گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران  
گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران  
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

شراره روحی مطلق <sup>id</sup>

زهرا افتخار سعادی\* <sup>id</sup>

بهنام مکوندی <sup>id</sup>

فریبا حافظی <sup>id</sup>

دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳ | پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳ | ایمیل نویسنده مسئول: drzahra.eftekhari398@gmail.com

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک آهسته گام بودند که در زمستان سال ۱۳۹۸ در شهر تهران زندگی می‌کردند و فرزندان آن‌ها تحت پوشش مراکز آموزشی استثنایی قرار داشتند که از بین آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ مادر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی آبدین (۱۹۹۵) و پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت با خود براساس پروتکل گیلبرت و همکاران (۲۰۱۴) و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری براساس پروتکل فرانسس، شاور، کاین، انتیکات و میتوس (۲۰۲۰)، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و به مدت دو ماه اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری ( $F=۹۰/۰۴, P<۰/۰۰۱$ ) و اجتناب تجربی ( $F=۴۸/۵۶, P<۰/۰۰۱$ ) در مادران دارای کودک آهسته گام اثربخش بود اما بین دو مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان از آموزش خود شفقتی و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری در کمک به مادران دارای کودک آهسته گام استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** شفقت خود، درمان ذهن آگاهی، شناختی رفتاری، تنیدگی والدگری، اجتناب

تجربی.

### فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۳ | پیاپی ۱۷ | ۳۷۳-۳۵۵  
(مجموعه مقالات حوزه خانواده و فرزند)

### نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(روحی مطلق و همکاران، ۱۴۰۲)

### در فهرست منابع:

روحی مطلق، شراره، افتخار سعادی، زهرا، مکوندی، بهنام، و حافظی فریبا. (۱۴۰۲). مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴ (۳)، ۳۷۳-۳۵۵.

## مقدمه

اختلالات عصبی تحولی<sup>۱</sup> کودکان از مهمترین عواملی است که به شدت زندگی والدین به ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سطح بیماری‌های روانشناختی را در آنها افزایش می‌دهد. از اختلالات عصبی تحولی شایع کودکان که به شدت بهزیستی روانشناختی مادران را تهدید می‌کند، اختلال آهسته گامی<sup>۲</sup> است (هالستید، گریفیس و هاستینگز، ۲۰۱۸). متخصصان برای آهسته گامی به دلیل تمرکز بر یک جنبه خاص و تفاوت در میزان کم توانی، موقعیت‌ها، علت‌ها و آثار تعاریف مختلفی را ارائه کرده‌اند (هالامان، کافمن و پولن، ۲۰۱۵). انجمن روانپزشکی آمریکا مؤلفه‌های مختلفی چون آسیب در توانایی‌های ذهنی عمومی، آسیب در کارکرد سازشی فرد با توجه به شرایط سنی و بافت فرهنگی و اجتماعی، شروع همه نشانه‌ها در طول دوره تحول، را برای آهسته گامی معرفی کرده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کودکان آهسته گام در میان کودکان استثنائی عقب ماندگی هوشی جایگاه خاصی دارند. در جوامع بشری امروزی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مسائل کودکان و نوجوانان محسوب می‌شود که تا بزرگسالی نیز باقی می‌ماند (افروز، ۱۳۹۶). آهسته گامی (کم توانی ذهنی) که پیش از این عقب ماندگی ذهنی نامیده می‌شد، یک ناتوانی رشدی تعریف شده است که با هوش پایین تر از متوسط و نقص در سازگاری با مهارت‌های روزانه شناخته می‌شود، این اختلال قبل از سن ۱۸ سالگی اتفاق می‌افتد و با علل متعدد بیولوژیکی، محیط زیستی و اجتماعی - فرهنگی مرتبط است (واندسادا، بوسماس و مائس، ۲۰۱۹). از آنجایی که میزان فشار روانی و تنیدگی<sup>۳</sup> در مادران این کودکان بیشتر از مادران کودکان عادی است. داشتن یک فرزند کم توان می‌تواند توأم با تجربه عواطف منفی در والدین به ویژه مادران آنها شود. پژوهش‌ها نشان داده اند که شدت معلولیت کودکان با افزایش تنیدگی والدگری و احساس درماندگی خانواده همراه بوده (بری، کارتر، ساندرز، بلیک و کیگان، ۲۰۱۷) و اغلب والدین این کودکان خصوصاً مادران، مشکلاتی از قبیل مشکلات، حرکتی و محدودیت‌های کارکردی، انزوای اجتماعی، اندوه، خشم و احساس گناه را گزارش می‌کنند (اشرفی، محمدی، قاسمی، ۱۳۹۹). مادران به سه دلیل: ناامیدی و احساس گناه شدید از داشتن فرزند معلول، حفاظت و مراقبت مداوم از این کودکان، و وابستگی شدید کودکان به والدین به شدت تحت تأثیر فشار روانی قرار می‌گیرند (مورفی، ۲۰۰۷). این مادران اغلب مشکل در پذیرش معلولیت کودک، احساس قربانی بودن و خشم دارند (کوپر، مکالنهان، مادوز و بروکسگان، ۲۰۰۹) و نوسانات هیجانی و رفتاری در دامنه‌ای از طرد کامل، احساس خشم و نفرت نسبت به خود و کودک تا پذیرش، عشق و مراقبت را تجربه می‌کنند (هالاها، کافمن و پولین، ۲۰۱۴). یکی از متغیرهای دیگری که به نظر می‌رسد با وضعیت روانی خانواده‌های دارای فرزند آهسته گام مرتبط باشد، اجتناب تجربی<sup>۴</sup> است. اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی

1. Neurodevelopmental disorders
2. Slow paced
3. Stress
4. Experiential avoidance

مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (ایفرت، فورس، آرچ، اسپجو، کلر و النگر، ۲۰۰۹).

با در نظر گرفتن این شواهد ضرورت اقدام مداخله گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقاء بهداشت روانی مادران دارای کودک آهسته گام واضح و مبرهن است. یکی از روش‌های نوینی که می‌تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله‌ای آموزش شفقت با خود<sup>۱</sup> است (نوری، ۱۳۹۶)؛ که اگرچه در روانشناسی غربی مفهومی جدید است اما قرن‌ها است که در فلسفه شرقی وجود دارد. شفقت با خود را می‌توان به‌عنوان آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود زمانی که همه چیز بعد پیش می‌رود تعریف نمود. پژوهش‌ها حاکی از سطح پایین این ویژگی در مادران دارای فرزند استثنایی و ارتباط آن با سطح مشکل فرزند می‌باشد (نف، ۲۰۰۳). نف شفقت با خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل این موارد تعریف می‌کند؛ مهربانی با خود در مقابل قضاوت، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی<sup>۲</sup> در مقابل همسان سازی افراطی؛ اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند. براساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌های انجام گرفته، گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد. و در نهایت، نظریه (درمان مبتنی بر شفقت) را مطرح کرد. درمان مبتنی بر شفقت، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری موجود اهمیت بیشتری به هیجانات مثبت در روند درمان می‌دهد. علاوه بر این بر بهبود نوع رابطه فرد با مشکلات روان شناختیش نیز تمرکز دارد (گیلبرت، ۲۰۱۴). از آنجایی که کودکان درک درستی از شفقت به خاطر انتزاعی بودن این مقوله ندارند و مادر اولین کسی است، که با کودک ارتباط برقرار می‌کند و مهمترین نقش را در رشد جسمی و روانی کودک و پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و به عنوان عامل مهمی در سلامتی یا بیماری کودک محسوب می‌شود، این آموزش به مادران ارائه می‌گردد. در واقع این روش درمانی انعطاف پذیری بسیار خوبی دارد که به ویژه در مورد والدینی که کودکان خاص دارند می‌تواند اثر بخش باشد (برات، اسونسون و راسنر، ۲۰۱۹).

درمان دیگری که در این پژوهش به عنوان متغییر مستقل استفاده خواهد شد درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری<sup>۳</sup> (MiCBT) می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> (CBT) یکی از انواع روش‌ها در درمان افسردگی است که در دهه ۶۰ میلادی آرون بک آن را توسعه داده است. رویکرد شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رویکردهای رفتاری است که از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیتهای لذت بخش، آرمیدگی، رفتارهای جرأت‌مندانانه و سایر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می‌یابد (بیهات نیگر، ۲۰۱۰). درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری یکی از جدیدترین این مداخلات است (صباغ کرمانی، فضیلت پور، موسوی نسب، ابراهیمی میمند، ۱۳۹۹). در درمان شناختی رفتاری تلفیقی با

1. self-compassion
2. mindfulness
3. Mindfulness-integrated CBT
4. Cognitive-behavior therapy

ذهن آگاهی، اصول مراقبه یعنی قواعد اخلاقی و همدلی را با عناصر اصلی روش شناختی رفتاری از جمله مدل تقویت ادغام کرده است و اجرای آن در مطالعات به صورت فردی و گروهی اثربخشی بالینی ارزشمندی نشان داده است (فرانسس، شاپیر، کاین، انتیکات و میتوس، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود که دارای دو عنصر اساسی است: حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنشها. در واقع، ذهن آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، افراد را از انجام رفتارها و واکنشهای اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. شیوه درمانی ذهن آگاهی، از درمانهای شناختی-رفتاری مشتق شده است و از مولفه‌های مهم مدل‌های درمان روانشناختی به شمار می‌رود. شیوه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعالیت‌ها و تمرینات بدنی تاکید می‌کنند و در آن‌ها روی انجام تمرینات نشستن، مراقبه، قدم زدن و برخی از تمرینات یوگا تاکید می‌شود. در واقع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی این درمان خودکنترلی توجه باشد، چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب را به وجود می‌آورد (مک کارنی، اسپولز و گری، ۲۰۱۲). یکی از رویکردهای درمانی ذهن آگاهی، درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری (MiCBT) می‌باشد. در این روش درمانی تمرین‌های ذهن آگاهی و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری ترکیب می‌شوند و در این روش به طور همزمان از مزایای هر دو روش درمانی استفاده می‌شود. روش درمان MiCBT نه تنها از روش‌های درمان شناختی رفتاری برای شناخت افکار ناکارآمد و تاثیر کنترل آن‌ها بر هیجانات و رفتارها بهره می‌گیرد، بلکه پذیرش افکار و بی‌اعتنایی به تجربیات داخلی و خارجی را ترویج می‌دهد (کایون، ۲۰۱۱). در واقع این روش درمانی انعطاف پذیری بسیار خوبی دارد که درمانجوها به صورت همزمان پذیرش و تغییر را تجربه کنند که به ویژه در مورد والدینی که کودکان خاص دارند می‌تواند اثر بخش باشد (اوسبورن و همکاران، ۲۰۱۸).

سوابق پژوهشی داخلی و خارجی حاکی از اثربخشی این درمان در جوامع آماری مختلف می‌باشد. به عنوان مثال سایروس و بوگلز و امرسون (۲۰۱۹). فرانس و شاپیر (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان تلفیقی ذهن آگاهی و شناختی رفتاری (MiCBT) بر اجتناب تجربی باعث می‌شود که علائم افسردگی و اضطراب در بیماران کاهش یابد. کایون، سیمونز و شیرز (۲۰۲۰)، نشان دادند که درمان تلفیقی ذهن آگاهی و شناختی رفتاری بر پریشانی عاطفی و تنیدگی منجر به کاهش علائم اختلالات هیجانی می‌شود. اوسبورن و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری (MiCBT) بر کاهش تنیدگی والدین دارای کودکان با ناتوانی هوشی<sup>۱</sup> (ID) نشان دادند از بین شرکت-کنندگان دو شرکت کننده کاهش علائم افسردگی و استرس را گزارش کردند. یزدانی مهر، امیدی، سادات و اکبری (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب زنان باردار نشان دادند میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در گروه تجربی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود. عبدالهی بقرآبادی (۱۳۹۷)، نشان داد آموزش خودشفقتی در کاهش میزان

اضطراب، استرس و افسردگی مادران کودکان دارای اوتیسم تأثیر معنی داری داشته است. بشار، سرداری پور و قمری (۱۳۹۶)، در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش عواطف منفی بیماران افسرده، نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش عواطف منفی اثر معنادار دارد. شفیع، صادقی و رمضانی (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، نشان دادند پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، میزان میانگین نمرات گروه آزمایش در تعداد طبقات، خطای درجاماندگی از زیرمولفه‌های کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه گواه بود. مدنی، حسینی نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر معنویت بر تاب آوری و رضایت از زندگی مادران دارای کودک آهسته گام نشان دادند درمان شناختی رفتاری مؤثر بوده است. نتایج پژوهش سیداسماعیلی قمی، کاظمی و پزشک (۱۳۹۴)، با موضوع تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی مورد تأیید قرار گرفته است.

بهداشت روانی خانواده‌ها وابسته به سلامت روان تک‌تک اعضای خانواده، به ویژه والدین می‌باشد. به طور کلی، تولد فرزند واکنش‌های مختلفی را از سوی والدین، به خصوص زمانی که کودک با ناتوانی متولد می‌شود به وجود می‌آورد (جرالدو، فیامنگی، ودواتو، میرلس و مارسیا، ۲۰۱۰). تولد کودک استثنایی، علاوه بر والدین، تمامی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هالاها، کافمن و پولین، ۲۰۱۴). نگاهی به پژوهش‌های اخیر مشخص می‌سازد که توجه به مسأله روابط والدین با کودک به طور فزاینده‌ای مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است (هاک، کیسمن و اورتاگلیا، ۲۰۱۵؛ مارتینز و همکاران، ۲۰۱۵؛ لی، ۲۰۱۶). در این میان، مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند استثنایی خود ایفا می‌کنند و به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (مک‌کانکی، کندی و چنگ، ۲۰۰۷). جان بزرگی، دربانی و پارساکیا (۲۰۲۰) نشان دادند که شفقت به خود با بهداشت خانواده رابطه معناداری دارد (جان بزرگی، دربانی و پارساکیا، ۲۰۲۰).

لذا تحقیق حاضر هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ کاربردی حائز اهمیت است. خانواده‌های دارای فرزندان کم توان یا ناتوان در معرض انواع ناراحتی‌ها و مشکلات قرار دارند که در نگهداری و رسیدگی به وضع فرزندشان موثر می‌باشد و موجب می‌شود که خانواده روند زندگی طبیعی خود را از دست بدهد و ادامه این وضع ممکن است به فروپاشی نظام خانواده و یا طرد فرزند معلول منجر شود. این مسأله به ویژه در مورد مادران که تعامل بیشتری با فرزندانشان دارند اهمیت دارد. در نتیجه با توجه به کمبود تحقیقات گذشته در مورد سلامت و ویژگی‌های روانشناختی مادران این کودکان، انجام تحقیقی به منظور کمک به بهبود شرایط زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد و لذا هدف پژوهشی حاضر، بررسی مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام است. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱. آیا آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود؟

۲. آیا آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای کودک آهسته گام تشکیل می‌دهند که در زمستان سال ۱۳۹۸ در شهر تهران زندگی می‌کردند و فرزندان آن‌ها تحت پوشش مراکز آموزشی استثنایی قرار دارند. به منظور نمونه‌گیری، از بین اعضای جامعه ۴۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از احراز شرایط ورود به پژوهش و کسب رضایت نامه از آن‌ها و دادن اطمینان خاطر درباره محرمانگی اطلاعات به آن‌ها جهت شرکت در پژوهش، انتخاب شدند. طبق این فرم شرکت کنندگان مجاز بودند در هر مرحله از پژوهش از همکاری با پژوهشگر انصراف دهند. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: تشخیص کودک آهسته گام براساس پرونده دانش آموزان قبل از ورود به پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روانی جدی و عدم شرکت در جلسات روان درمانی دیگر حداقل یک ماه قبل از پژوهش. سپس به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه تقسیم شدند. داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که شاخص توان آزمون نشان دهنده کفایت حجم نمونه بود.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی (PSI) آبدین (۱۹۹۵). این شاخص توسط آبدین ساخته شده است و پرسشنامه‌ای است که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین و کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدینی می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیتهای متنوعی که با ایفای نقش والدینی بطور متسقیم مرتبط هستند، ناشی شود. شکل شاخص تنیدگی والدینی این پژوهش به عنوان شکل بازنگری شده شکل‌های پیشین است که تصحیح آن آسانتر و مقدار مواد آن کمتر است. این شاخص شامل ۱۲۰ ماده است که دو قلمرو کودک (۴۷ ماده) و والدینی (۵۴) ماده به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ ماده) را در بر می‌گیرد. (استورا، ۱۳۷۷). ضریب قابلیت اعتماد و همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در یک گروه ۲۴۸ نفری از مادران هنگ کنگی ۰/۹۳ به دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار همزمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ بوده است (دادستان، ۱۳۸۵). آبدین (۱۹۹۱) در یک گروه از مادران آمریکایی ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمروهای کودک و والد به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ بدست آورد (آبدین، ۱۹۹۱؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۵). در پژوهشی که دادستان، ازغندی و حسن آبادی انجام دادند نیز مقدار ضریب قابلیت اعتماد، همسانی درونی این ابزار برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب اعتماد بازآزمایی آن با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

۲. پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱). این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. نسخه اولیه آن شامل ۳۲ آیتم بود، نسخه‌های بعدی این پرسشنامه با ۹، و ۱۶ آیتم هم اعتبار یابی و ساخته شده‌اند و در پژوهش‌های گوناگون مورد استفاده قرار گرفتند تا اینکه بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱، آخرین نسخه این پرسشنامه را که حاوی ۱۰ آیتم است تدوین کردند. پرسشنامه مذکور، پذیرش، اجتناب تجربی، و عدم انعطاف پذیری روانی را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش بوند و همکاران (۲۰۱۱) دو عامل به دست آمد. عامل اول شامل ۷ ماده با ارزش ویژه ۴/۶۴ بود که ۴۱/۴۷٪ واریانس را تبیین می‌کرد. عامل دوم شامل ۳ ماده با ارزش ویژه ۱/۰۶ بود و ۴/۹۴٪ واریانس را تبیین می‌کرد. چون نسبت ارزش ویژه عامل اول نسبت به عامل دوم تفاوت زیادی داشت. از طرف دیگر چون ۳ ماده ی مربوط به عامل دوم جملات مثبت بودند. و دو عامل از نظر مبانی نظری و مفهومی تفاوتی نداشتند، یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد. آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۵۵ و آلفای کرونباخ عامل دوم ۰/۸۸ گزارش شد. به علاوه میانگین ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیر بالینی ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و روایی بازمیابی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد. در فرانسه نتایج تحلیل ۲ عاملی دو عامل را نشان داد. آلفای کرونباخ آن در جمعیت عمومی ۰/۸۲ و در گروه بیمار ۰/۷۶ به دست آمد (عباسی و همکاران ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

۳. جلسات آموزشی مبتنی با شفقت با خود. جلسات آموزشی مبتنی با شفقت با خود براساس پروتکل گیلبرت و همکاران (۲۰۱۴) طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و به مدت دو ماه اجرا شد.

#### جدول ۱. شرح جلسات آموزشی مبتنی با شفقت با خود

| جلسه  | هدف   | محتوا  |
|-------|---|--|
| اول   | آشنایی مادران با یکدیگر، با مربی و نحوه اجرای جلسات | برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود   |
| دوم   | آموزش ذهن آگاهی                                     | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی   |
| سوم   | بررسی ویژگی افراد شفقتورز                           | آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب گرانه، ارائه تکالیف خانگی |
| چهارم | خودشناسی  | مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی   |
| پنجم  | تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان                         | مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی  |
| ششم   | مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)                  | مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی  |

|      |   |  |
|------|---|--|
| هفتم | نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران      | مرور تمرین جلسه قب، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی |
| هشتم | مرور و بازنگری جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون | جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره  |

۴. **درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری.** درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری براساس پروتکل فرانسس، شاور، کاین، انتیکات و میتوس (۲۰۲۰)، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و به مدت دو ماه اجرا شد.

#### جدول ۲. درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری

| جلسه  | هدف   | محتوا  |
|-------|---|--|
| اول   | ایجاد رابطه درمانی<br>اطمینان بخشی<br>درک کافی از اصول<br>به هشیاری و فهم<br>کافی از برنامه | پس از برقراری ارتباط آموزش به هشیاری برای آوردن سطوح عمیقی از خودآگاهی و پذیرش، رویارویی با مشکلاتی که درمان جو به خاطر آن‌ها به برنامه پیوسته است، بهبود ارتباط با دیگران و استفاده از همدلی اساسی به منظور تحکیم پیشرفت انجام شد   |
| دوم   | آشنایی با الگوی بروز<br>همزمان تقویت و<br>خونسردی   | نشانه‌ها و زنجیره‌ها، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح درباره چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیره رفتاری بزرگتر.   |
| سوم   | افزایش خودآگاهی و<br>خونسردی  | در این جلسه درباره هدایت و تقویت آگاهی، ذهن آگاهی از صدا تنفس و بدن، گوش دادن به موسیقی، تمرکز حواس و ذهن آگاهی از صدا تنفس و بدن، تمرین توقف، راه رفتن در طبیعت و توجه به اطراف صحبت می‌شود.  |
| چهارم | توصیف ایده انتقال<br>مهارت از طریق<br>انعطاف پذیری عصبی                                     | تمرین گروهی اسکن کردن متقارن، تبیین "تبادل تجربی" بین تحریک تخیلی و واقعی، تبیین "مواجهه دو قطبی"  |
| پنجم  | تبیین مالکیت تجربی  | ذیرش مسئولیت کامل برای فکرها و حسهای بدنی خودمان و مالکیت زدایی از فکرها و حسهای دیگران  |
| ششم   | معرفی مهارت‌های<br>جرات ورزی و ایفای<br>نقش   | جرئت ورزی، تعریف رفتار جرئت مندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتار جرئت مندانه. چگونه میتوان به بهترین شکل از خود مراقبت کرد، فعالیت‌های ارتقاء دهنده و پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر  |
| هفتم  | توصیف پنج چالش<br>اخلاقی  | دروغگویی پیشگیرانه، کشتن، دزدی کردن، مصرف الکل و مواد و ارتباط جنسی غیر توافقی، تبیین ایجاد همدلی و اثر شرطی سازی وارونه   |
| هشتم  | خلاصه کردن و<br>بازنگری برنامه درمان  | استفاده از آموخته‌های جلسات قبلی برای مقابله با حالت‌های خلقی بعدی، مروری بر جلسه‌های پیشین و تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده. جمع بندی و اجرای پس‌آزمون |



**شیوه اجرا.** بعد از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط، از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. سپس اعضای دو گروه آزمایشی به ترتیب تحت آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری و اعضای گروه گواه در لیست انتظار برای مداخله قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش آزمون و پس آزمون اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی و اجرای پس آزمون بر روی گروه‌های آزمایشی و گواه، جلسات آموزشی مناسب بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت-کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-23 استفاده گردیده است.

### یافته‌ها

مطابق جدول ذیل میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای وابسته پژوهش گروه‌های آزمایش، در مقایسه با گروه گواه، از پیش آزمون تا پس آزمون آورده شده است. در تمام این پژوهش منظور از گروه ۱. گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود، منظور از گروه ۲. درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری و منظور از گروه ۳. گروه گواه می‌باشد.

جدول ۳. اطلاعات متغیرها در پیش-آزمون و پس-آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش

| متغیر   | گروه‌ها      | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری |
|---------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
|         |              | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |        |
| تنیدگی  | شفقت خود     | ۵۷/۶۶     | ۸/۳۰         | ۵۰/۳۳    | ۷/۱۴         | ۵۰/۵۶  |
|         | درمان تلفیقی | ۵۷/۴۶     | ۷/۶۶         | ۴۸/۹۳    | ۷/۴۶         | ۴۸/۵۷  |
| والدگری | گواه         | ۵۸/۲۶     | ۷/۷۳         | ۵۸/۲۰    | ۶/۹۷         | ۵۸/۵۹  |
|         | شفقت خود     | ۳۴/۱۳     | ۸/۸۷         | ۲۷/۰۰    | ۸/۷۶         | ۲۷/۴۵  |
| تجربی   | درمان تلفیقی | ۳۲/۷۳     | ۶/۴۹         | ۲۵/۲۶    | ۶/۵۵         | ۲۵/۹۸  |
|         | گواه         | ۲۹/۴۶     | ۸/۴۴         | ۲۸/۴۶    | ۸/۶۳         | ۲۸/۶۹  |

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره برای متغیرهای تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

| متغیر          | گروه         | کولموگروف-اسمیرنف |       | آزمون لوین |       | موخلی |       |
|----------------|--------------|-------------------|-------|------------|-------|-------|-------|
|                |              | درجه آزادی        | آماره | درجه آزادی | آماره | موخلی | آماره |
| تنیدگی والدگری | شفقت خود     | ۱۵                | ۰/۷۳  | ۲۸         | ۲/۳۳  | ۰/۱۸  | ۲/۶۹  |
|                | درمان تلفیقی | ۱۵                | ۰/۶۲  |            |       |       | ۰/۹۱  |
|                | گواه         | ۱۵                | ۰/۹۷  |            |       |       | ۰/۲۷  |
| اجتناب تجربی   | شفقت خود     | ۱۵                | ۰/۴۳  | ۲۸         | ۲/۳۹  | ۰/۱۳۳ | ۳/۱۶  |
|                | درمان تلفیقی | ۱۵                | ۰/۵۴  |            |       |       | ۰/۸۴  |
|                | گواه         | ۱۵                | ۰/۶۲  |            |       |       | ۰/۴۷  |

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تصویر

بدنی و ناگویی هیجانی خود در گروه‌های آزمایش و گواه

| مقیاس        | منبع اثر  | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | معناداری | مجذور اتا |
|--------------|-----------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|-----------|
| تنیدگی       | زمان*گروه | ۱۵۶/۸۰۰       | ۲          | ۷۸/۴۰۰          | ۱۵/۱۱۶ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۵      |
| والدگری      | گروه      | ۵۸۵/۵۵        | ۲          | ۲۹۲/۷۹          | ۹۰/۰۴  | ۰/۰۰۱    | ۰/۸۲      |
| اجتناب تجربی | زمان*گروه | ۵۹/۲۶۷        | ۲          | ۲۹/۶۳۳          | ۱۲/۷۶۱ | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۱      |
|              | گروه      | ۳۳۵/۹۴        | ۲          | ۱۶۷/۹۷          | ۴۸/۵۶  | ۰/۰۰۱    | ۰/۷۱      |

نتایج از جدول ۵ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در متغیرهای تنیدگی والدگری ( $p < 0/01$ ) و اجتناب تجربی ( $p < 0/01$ ) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام موثر بود. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه

آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت  $F$  مشاهده شده در بهبود ابعاد تنیدگی والدگری ( $p < 0/01$ ) و اجتناب تجربی ( $p < 0/01$ ) بود. بنابراین نتیجه گرفته شد متغیر مستقل بر تک تک متغیرهای وابسته به صورت جداگانه اثر دارد. برای مقایسه سه گروه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج این آزمون مطابق جدول ۶ می باشد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت میانگین تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی گروه‌های آزمایش و گواه

| متغیر        | گروه‌های مورد مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | سطح معنی داری |
|--------------|----------------------|------------------|------------|---------------|
| تنیدگی       | گروه ۱ - گروه گواه   | ۷/۳۶             | ۰/۶۹       | ۰/۰۰۱         |
|              | گروه ۲ - گروه گواه   | ۸/۵۴             | ۰/۶۸       | ۰/۰۰۱         |
| والدگری      | گروه ۱ - گروه ۲      | ۱/۱۸             | ۰/۶۶       | ۰/۰۸          |
|              | گروه ۱ - گروه گواه   | ۵/۸۷             | ۰/۷۱       | ۰/۰۰۱         |
| اجتناب تجربی | گروه ۲ - گروه گواه   | ۶/۲۸             | ۰/۷۰       | ۰/۰۰۱         |
|              | گروه ۱ - گروه ۲      | ۰/۴۱             | ۰/۶۸       | ۰/۵۵          |
|              | گروه ۱ - گروه گواه   |                  |            |               |

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود، تفاوت بین میانگین گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه گواه در تنیدگی والدگری برابر ۷/۳۶ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که آموزش مبتنی بر شفقت خود بر تنیدگی والدگری مؤثر بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری و گروه گواه در تنیدگی والدگری برابر ۸/۵۴ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری مؤثر بوده است اما، تفاوت بین میانگین گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری برابر ۱/۱۸ می باشد که معنی دار نمی باشد ( $P > 0/05$ ). این یافته نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش بر تنیدگی والدگری تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه گواه در اجتناب تجربی برابر ۵/۸۷ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری و گروه گواه در اجتناب تجربی مؤثر بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی برابر ۶/۲۸ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی مؤثر بوده است. اما، تفاوت بین میانگین گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی برابر ۰/۴۱ می باشد که معنی دار نمی باشد ( $P > 0/05$ ). این یافته نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش بر اجتناب تجربی تفاوت معنی داری وجود ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری و اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام بود. نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت خود بر تنیدگی والدگری در مادران دارای کودک آهسته گام مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سایروس و بوگلز و همکاران (۲۰۲۱)، ایوا و مایرس (۲۰۱۹)، بقرآبادی (۱۳۹۷)، هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین اظهار داشت که تنیدگی به عنوان تنش جسمی، شناختی و هیجانی است و تنیدگی والدگری نوعی تنیدگی است که توسط والدین تجربه می‌شود و ناشی از مقتضیات فرزندپروری است (کوپر، مک‌لنن، مدوز و بروکس-گان، ۲۰۰۹). با آموزش درمان متمرکز بر شفقت در بهبود کاهش تنش شناختی و هیجانی مادران دارای کودک آهسته گام، میتوان گفت پژوهشگران در مطالعات خود که تقویت شفقت به خود به افراد، به این نتیجه رسیدند مواجهه با تمایلات خودانتقادی، تعاملات بین فردی و مهربانی با خود به بهزیستی روانشناختی و غیره کمک می‌کند. افرادی که در خودقضای نمره بالایی دارند، در وقایع استرس‌زای زندگی و تجربیات ناموفق زندگی محکوم کرده و خودانتقادی و خودارزیابی منفی از خود دارند. نف و رود و همکاران (۲۰۰۷). شواهد بیانگر آن است شفقت به خود منجر به سلامت روان مادران کودک آهسته گام از طریق بهبود در تنظیم هیجانات سازگار در زمانهای استرس و اضطراب می‌شود. پژوهشگران معتقدند که شفقت به خود، الگوهای تنظیم هیجان منفی را از طریق افزایش آگاهی بدون قضاوت هیجانهای خود و جهت دادن به این هیجان‌ها برای واکنش به حوادث استرس‌زا بهبود بخشد.

نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر شفقت خود بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام تأثیر دارد. دومین یافته نشان داد، آموزش مبتنی بر شفقت خود بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کیتاری و عیدی (۲۰۲۱)، دانشور، شفیع و بشارپور (۲۰۲۰)، عباسی کردآبادی و قمرانی (۱۳۹۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین اظهار داشت که، یکی از ویژگیهای اصلی مادران دارای کودک آهسته گام، اجتناب یا فرار از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که منجر به فراخواندن اضطراب می‌شود. درواقع، اجتناب تجربه‌ای به ارزیابی منفی و افراطی از احساسات و افکار و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار می‌باشد (کلارک و تیلور، ۲۰۰۹). مادران دارای کودک آهسته گام که آموزش شفقت به خود داشتند به احتمال بیشتری به حوادث استرس‌زا به عنوان طیف گسترده‌ای از تجربیات انسانی می‌نگرند. در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، که در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند یعنی تجربه خود را بشناسند، بنابراین می‌توانند نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند.

آموزش مبتنی بر شفقت خود (CFT) و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری (MiCBT) بر تنیدگی والدگری در مادران دارای کودک آهسته گام تأثیر متفاوتی دارد. مطابق با یافته‌های پژوهش آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری معنادار شده‌است، به این معنا که هریک از دو مداخله بکار رفته بر تنیدگی والدگری اثرگذار بوده است. اما تفاوت

بین دو گروه شفقت بر خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری معنادار نمی‌باشد، بنابراین این دو مداخله اثر بخشی متفاوتی نداشتند. در تبیین این یافته نیز همسو با یافته‌های پیشین جونز و همکاران (۲۰۲۱)، برونو و کایون (۲۰۲۰)، اوسبورن و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به نظر می‌رسد رویکرد شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رویکردهای رفتاری است که از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیت‌های لذت بخش، آرمیدگی، رفتارهای جرأت‌مندانه و سایر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می‌یابد (بیهات نیگر، ۲۰۱۰). از طرف دیگر ذهن آگاهی به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود که دارای دو عنصر اساسی است: حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن در مورد رخدادها و کنش‌ها و واکنش‌ها. در واقع، ذهن آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، مادران دارای کودک آهسته گام را از انجام رفتارها و واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. از سوی دیگر با درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی میتوان با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی افراد را افزایش داده و سبب بیشتر شدن بهزیستی اجتماعی شد (بلاث و ایزنلوه‌رمال، ۲۰۱۷). در نتیجه درمان شفقت بر خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری منجر به کاهش تنیدگی والدین دارای کودکان آهسته گام و منجر به کاهش علائم افسردگی و استرس مادران می‌شود.

درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری در مادران دارای کودک آهسته گام تاثیر دارد. چهارمین یافته نشان داد، آموزش درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری بر تنیدگی والدگری در مادران دارای کودک آهسته گام مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های برونو و کایون (۲۰۲۰)، اوسبورن و همکاران (۲۰۱۸)، مدنی، حسینی نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، یزدانی مهر، امیدی، سادات و اکبری (۲۰۱۶)، وانگ و چون (۲۰۱۰)، در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت، میزان فشار روانی و تنیدگی فرزند پروری در مادران کودکان آهسته گام بیشتر از مادران کودکان عادی است اگر والدینی که کودکی با نیازهای خاص دارند، راهبردهای ارتباطی جدید را اتخاذ نکنند؛ مشکلات ارتباطی والد فرزندی ایجاد می‌شود که اثر منفی بر کودک و نیز والدین خواهد گذاشت. همچنین داشتن یک فرزند کم توان میتواند توام با تجربه عواطف منفی در والدین به ویژه مادران آنها شود. عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجان‌های منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم، و تنش است و باعث تنیدگی در مادران می‌شود. با استفاده از درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری می‌توان این تنیدگی را کاهش داد به طوری که شیوه درمانی ذهن آگاهی، از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده است. شیوه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فعالیت‌ها و تمرینات بدنی تاکید می‌کنند و در آنها روی انجام تمرینات نشستن، مراقبه، قدم زدن و برخی از تمرینات یوگا تاکید می‌شود. در واقع به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی این درمان خودکنترلی توجه باشد، چرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب را به وجود می‌آورد (مک کارنی، اسپولز و گری، ۲۰۱۲).

درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام تاثیر دارد. می‌توان به نوعی این یافته را همسو با پژوهش‌های پیشین که به بررسی اثر بخشی این شیوه مداخله

بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام پرداخته اند. فرانس و شاپور (۲۰۲۰)، شفیع، صادقی و رضانی (۱۳۹۶)، سلیمانی، پولادی ری شهری و سلیمانی (۱۳۹۴) می‌باشد. نتیجه مداخله درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام معنادار است، و بین آزمودنی‌هایی که مداخلات را دریافت کرده اند (گروه گواه)، به لحاظ اجتناب تجربی تفاوت معنی داری وجود دارد. گستره وسیعی از پژوهش‌ها حاکی از این واقعیت است که والدین دارای فرزند آهسته گام، در مقایسه با والدین دارای کودکان عادی، اضطراب، افسردگی، نگرانی و بار روانی بیشتری را به دوش میکشند (اوشودی و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از ویژگیهای اصلی افراد مضطرب، اجتناب یا فرار از موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که منجر به فراخواندن اضطراب می‌شود. درواقع، اجتناب تجربه‌ای به ارزیابی منفی و افراطی از احساسات و افکار و تلاش عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها اطلاق می‌شود (کلارک و تیپور، ۲۰۰۹). در نتیجه در روش درمانی تمرینهای ذهن آگاهی و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در این روش به طور همزمان از مزایای هر دو روش درمانی استفاده می‌شود. روش درمان MicBT نه تنها از روشهای درمان شناختی درمانی برای شناخت افکار ناکارآمد و تاثیر کنترل آن‌ها بر هیجانات و رفتارها بهره می‌گیرد، بلکه پذیرش افکار و بی‌اعتنایی به تجربیات داخلی و خارجی را ترویج می‌دهد (کایون، ۲۰۱۱). در واقع این روش درمانی انعطاف‌پذیری بسیار خوبی دارد که مادران به صورت همزمان پذیرش و تغییر را تجربه کنند که به ویژه در مورد والدینی که کودکان خاص دارند می‌تواند اثر بخش باشد (اوسبورن و همکاران، ۲۰۱۸).

آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام تاثیر متفاوتی دارد. مطابق با یافته‌های پژوهش آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام معنادار شده است، به این معنا که هر یک از دو مداخله بکار رفته بر اجتناب تجربی اثرگذار بوده است. اما تفاوت بین دو گروه آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذهن آگاهی-شناختی رفتاری معنادار نمی‌باشد، بنابراین این دو مداخله اثر بخشی متفاوتی نداشتند. در خصوص همسو بودن یا نبودن این یافته با پژوهش‌های پیشین چون قبلاً پژوهش مشابهی انجام نشده نمیتوان اظهار نظر کرد. اما در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند. تجربه خود را بشناسند و نگرش شفقت‌گونه‌ای به خود داشته باشند. که نیازمند اتخاذ چشم‌انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل است، که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که مادران کودکان آهسته گام نسبت به افکار دردناک، خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان طور که هست نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد. در تمرین‌های شفقت برآرمیدگی، ذهن آرام و دلسوز و شیوه درمانی ذهن آگاهی که از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده است، تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن مادران، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت. نف و همکاران (۲۰۱۰) این آموزش‌ها باعث می‌شود باعث می‌شود، مادران نسبت به گذشته جرئت مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و

همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، توقعات، معیارهای واقعی قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را باز طراحی کنند. که تمامی این موارد، منجر به بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران کودکان آهسته گام می‌شود. نف و همکاران (۲۰۱۰). از سوی دیگر روش درمان MiCBT نه تنها از روش‌های درمان شناختی درمانی برای شناخت افکار ناکارآمد و تاثیر کنترل آن‌ها بر هیجانات و رفتارها بهره می‌گیرد بلکه از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیتهای لذت بخش، آرمیدگی، رفتارهای جرأت‌مندانه و سایر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می‌یابد (بیهات نیگر، ۲۰۱۰). در نتیجه آموزش مبتنی بر شفقت خود و درمان تلفیقی ذن آگاهی - شناختی رفتاری بر اجتناب تجربی در مادران دارای کودک آهسته گام منجر به مدیریت استرس و تکنیک‌های آرامش بخش، نوشتن بیان، که نشانه‌هایی از کاهش استرس و اضطراب مادران کودکان آهسته گام می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان پیشنهاد داد در مراکز مشاوره و به ویژه در مدارس و مراکز نگهداری از کودکان کم توان، علاوه بر توجه به این کودکان به دلیل تاثیر بسیار زیادی که مادران این کودکان بر زندگی آن‌ها دارند به ویژگی‌های روان شناختی مادران نیز توجه شده و جلسات مشاوره آموزش شفقت ورزی و درمان تلفیقی ذهن آگاهی - شناختی رفتاری برای ایشان، اجرا گردد و همچنین، انجام پژوهش‌های مشابه در دیگر جوامع با توجه به ویژگی خاص هر گروه می‌تواند، تعمیم نتایج این پژوهش را امکان‌پذیر سازد. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تفسیر نتایج و تعمیم دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت از جمله اینکه شرکت کنندگان پژوهش حاضر مادران دارای کودک آهسته گام بودند؛ بنابراین، برای تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر نظیر افراد سالم یا مادران کودکان با سایر اختلالات، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است و همچنین به دلیل محدودیت‌های ناشی از پاندمی کرونا، از دست دادن تعدادی از آزمودنی‌ها و نامساعد بودن تعدادی دیگر بررسی ماندگاری درمان در مرحله پیگیری مقدور نبود که جهت پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

## مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

## تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

اشرفی، سیده مرضیه، محمدی، نوراله، قاسمی، نظام‌الدین. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش بهبود کیفیت زندگی بر سرمایه روان‌شناختی و خودبخشایش‌گری مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی. مجله مطالعات آموزش و یادگیری. ۱ (۱۲): ۱۸۱-۲۰۰.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۶). مقدمه‌ای بر روانشناسی کودکان استثنایی. (چ. اول). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

صباغ کرمانی، لیدا، فضیلت‌پور، مسعود، موسوی‌نسب، سیدمحمدحسین، ابراهیمی‌میمنند، حسین علی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. کومش. ۳(۲۲): ۴۴۶-۴۵۱.

نوری، حمیدرضا، شهابی، بهاره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۳)، ۱۱۸-۱۲۶.

## References

- Abidin, R. R., & Burnner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- Afroz, G. (2017). An introduction to the psychology of exceptional children. Tehran: Tehran University Press. (In Persian)
- Ashrafi, S. M., Mohammadi, N., & Ghasemi, N. (2020). The effectiveness of training to improve the quality of life on psychological capital and self-forgiveness of mothers with physically-motor disabled children. *Journal of Education and Learning Studies*. 1 (12):181-200. (In Persian)
- Bhatnagar, K.A.C. (2010). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. Thesis for the degree of doctor of philosophy, department of psychology in western reserve university.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R., D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire -II: A Revised Measure OF Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*.
- Bratt, A. S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1684166.
- Bray, L., Carter, B., Sanders, C., Blake, L., & Keegan, K. (2017). Parent-to-parent peer support for parents of children with a disability: A mixed method study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1537-1543.



- Bray, L., Carter, B., Sanders, C., Blake, L., & Keegan, K. (2017). Parent-to-parent peer support for parents of children with a disability: A mixed method study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1537-1543.
- Cayoun, B. A. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*. John Wiley & Sons
- Cayoun, B., Simmons, A., & Shires, A. (2020). Immediate and lasting chronic pain reduction following a brief self-implemented mindfulness-based interoceptive exposure task: a pilot study. *Mindfulness*, 11(1), 112-124.
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*, 71 (3): 558-74.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, 16(4), 368-385.
- Frances, S., Shawyer, F., Cayoun, B., Enticott, J., & Meadows, G. (2020). Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-13.
- Geraldo, A. Fiamenghi Aline, G. Vedovato Maria, C. Meirelles & Marcia, E. shimoda. (2010). Mothers interaction with their disabled infants: two case studies. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, Vol.28, No. 2, pp 191-199.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners. introduction to special education* (15th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2014). *Exceptional learners.introduction to special education* (15th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Halstead, E. J., Griffith, G. M., & Hastings, R. P. (2018). Social support, coping, and positive perceptions as potential protective factors for the well-being of mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(4-5), 288-296.
- Hock, R., Kinsman, A., & Ortaglia, A. (2015). Examining treatment adherence among parents of children with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*, 8(3), 407-413.
- Janbozorgi, F., Darbani, S. A., & Parsakia, K. (2020). The structural model of predicting family health based on communication patterns and self-efficacy with the mediating role of self-compassion in women. *Journal of Psychology of woman*, 1(3), 66-80.
- Li, M. (2016). Autism genetic testing information needs among parents of affected children: A qualitative study, *Patient Education and Counseling*, In Press, Corrected Proof
- Martins, R., Bonito, I., Andrade, A., Albuquerque, C., & Chaves, C. (2015). The Impact of the Diagnosis of Autism in Parents of Children. *Social and Behavioral Sciences*, 171, 121-125
- McCarney, R. W., Schulz, J., & Grey, A. R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3), 279-299.
- McConkey, R, Kenndy, M., & Chang, M. (2007). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies* (in syndrome, fragile x syndrom, and schizophrenia. *Journal of Autism & Developmental Disorder*, 34, 41-48.

- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: care, health and development*, 33(2), 180-187.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Nouri, H., & Shahabi, B. (2017). The effectiveness of self-compassion training on increasing the resilience of mothers with children with autism. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 18(3), 118-126. (In Persian)
- Osborn, R., Girgis, M., Morse, S., Sladakovic, J., Kneebone, I., Shires, A.,... & Roberts, L. (2018). Mindfulness-Integrated CBT (MiCBT) for Reducing Distress in Parents of Children with Intellectual Disability (ID): a Case Series. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 1-10.
- Roehr, B. (2013). American psychiatric association explains DSM-5. *Bmj*, 346.
- Sabbagh Kermani, L., Fadzalepour, M., Mousavi-Nasab, S. M. H., & Ebrahimi-Maymand, H. A. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with mindfulness on emotional states and quality of life of people with multiple sclerosis: a clinical trial study. *Kumesh* 3(22):446-451. (In Persian)
- Sirois, F. M., Bögels, S., & Emerson, L. M. (2019). Self-compassion improves parental well-being in response to challenging parenting events. *The Journal of psychology*, 153(3), 327-341.
- Vandesande, S., Bosmans, G., & Maes, B. (2019). Can I be your safe haven and secure base? A parental perspective on parent-child attachment in young children with a severe or profound intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 93, 103452.

## Comparison of the effectiveness of self-compassion training and integrated mindfulness-cognitive behavioral therapy on parenting stress and experiential avoidance in mothers with slow-paced children

Sharareh. Roohimotlagh<sup>1</sup>, Zahra. Eftekharsoadi<sup>2\*</sup>, Behnam. Makvandi<sup>3</sup> & Fariba. Hafezi<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of self-compassion-based training and integrated mindfulness-cognitive behavioral therapy on parenting stress and experiential avoidance in mothers with slow-paced children. **Methods:** The current research was an experimental type with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population of the current study included all mothers with slow-walking children who lived in Tehran in the winter of 2018 and their children were covered by exceptional educational centers, from which 45 mothers were selected using a targeted sampling method. And randomly, 15 people were placed in two experimental groups and control group. In order to collect data, Abidin's parental stress index questionnaire (1995) and Bund et al.'s acceptance and action questionnaire (2011) were used. Educational sessions based on self-compassion based on the protocol of Gilbert et al. (2014) and integrated mindfulness-cognitive behavioral therapy based on the protocol of Frances, Shavier, Cain, Anticott and Mitos (2020), during eight 90-minute sessions weekly and it was implemented for two months. Analysis of variance with repeated measurements and spss software were used to analyze the data. **Results:** The results showed that training based on self-compassion and integrated mindfulness-cognitive behavioral therapy on parenting stress ( $F=90.04$ ,  $P<0.001$ ) and experiential avoidance ( $F=48.56$ ,  $P<0.001$ ) was effective in mothers with slow-paced children, but there was no significant difference between the two interventions. **Conclusion:** Therefore, it is possible to use self-compassion training and integrated mindfulness-cognitive behavioral therapy to help mothers with slow-paced children.

**Keywords:** *self-compassion, mindfulness therapy, cognitive behavioral therapy, parenting stress, experiential avoidance.*

1. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. \*Corresponding author: Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email: drzahra.eftekar1398@gmail.com

3. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran