

Research in School and Virtual Learning

ORIGINAL ARTICLE

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Compassion

Sajede Moradi¹, Siamak Samani^{2*}, Mohammad Mozafari³, Banafshe Omidvar⁴

1 Ph.D. Student, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2 Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3 Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

4 Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Correspondence

Name: Siamak Samani

Email: siamak.samani@iau.ac.ir

How to cite:

Moradi, S. Samani, S. Mozafari, M. Omidvar, B. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Compassion. Research in School and Virtual Learning, 12(2), 21-34.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program on self-compassion in mothers of children with intellectual disabilities.

The study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up, including a control group. The statistical population consisted of all mothers aged 20 to 50 years with trainable intellectually disabled children who attended the educational and rehabilitation centers for children with intellectual disabilities in Shiraz during the second half of 2022. Thirty participants selected based on inclusion criteria through purposive sampling and randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control groups). The ACT intervention conducted for each mother in 10 sessions of 90 minutes, while the control group placed on a waiting list. The research instrument included the Self-Compassion Scale. Data analyzed using repeated measures analysis of covariance (ANCOVA).

The results indicated a significant difference between the experimental and control groups in the post-test and follow-up stages. The ACT intervention led to an increase in self-compassion levels in mothers of children with intellectual disabilities, and this therapeutic effect remained stable at the follow-up stage ($P < 0.05$).

Based on the findings of the present study, the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention can be effective in enhancing self-compassion among mothers of children with intellectual disabilities. It is recommended that therapists and counselors incorporate this therapy alongside other interventions to improve self-compassion in these mothers.

KEYWORDS

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Self-Compassion, Intellectual Disability.

نشریه علمی

پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی برنامه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شفقت به خود

ساجده مرادی¹، سیامک سامانی^{2*}، محمد مظفری³، بنفشه امیدوار⁴

چکیده

این مطالعه با هدف اثربخشی برنامه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام گرفت.

روش مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران 20 تا 50 ساله دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و توانبخشی کودکان کم‌توان ذهنی شهر شیراز در نیمه دوم سال 1401 بود. از بین آن‌ها تعداد 30 نفر بر اساس ملاک‌های ورود و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه 15 نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) گمارده شدند. مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای هر مادر در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس خودشفقتی بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت و مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش باعث افزایش سطح شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی شده و تأثیر این مداخله درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($P < 0.05$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند برای بهبود شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کارآمد باشد و توصیه می‌گردد که درمان‌گران و مشاوران در راستای بهبود سطح شفقت به خود این مادران از این درمان در کنار سایر مداخلات درمانی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شفقت به خود، کم‌توان ذهنی.

1 دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

2 دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

3 استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

4 استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول:

سیامک سامانی

رایانامه: siamak.samani@iau.ac.ir

استناد به این مقاله:

ساجده مرادی، سیامک سامانی، محمد مظفری، بنفشه امیدوار (1403). اثربخشی برنامه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شفقت به خود. فصلنامه پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، 12(2)، 21-34.

<https://etl.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

کم‌توانی ذهنی یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مشکلات مربوط به کودکان و نوجوانان در جوامع بشری است (کلینگ¹ و همکاران، 2023). این اختلال به دلیل ماهیت چندوجهی خود، علاوه بر تأثیر مستقیم بر فرد مبتلا، دامنه وسیعی از پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. تأثیرات آن نه تنها محدود به دوران کودکی نیست، بلکه می‌تواند در بلندمدت نیز به صورت عمیقی بر زندگی فرد و خانواده‌اش تأثیر بگذارد. آمارها نشان‌دهنده شیوع کم‌توانی ذهنی بین 1 تا 3 درصد جمعیت عمومی است (سادوک² و همکاران، 2022). به گزارش پنجمین نسخه کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی³ حدود یک درصد جمعیت دچار ناتوانی ذهنی هستند (انجمن روان‌شناسی آمریکا⁴، 2013). این شیوع بالا، به معنای آن است که طیف وسیعی از افراد در جوامع مختلف درگیر این چالش هستند و ضرورت مداخلات مناسب و اثربخش بیش از پیش احساس می‌شود. کم‌توانی ذهنی علاوه بر شیوع قابل توجه، می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده تحمیل کند. خانواده‌هایی که کودکان کم‌توان ذهنی دارند، اغلب با چالش‌هایی چندبعدی مواجه هستند. این چالش‌ها شامل فشارهای روانی ناشی از مواجهه با محدودیت‌های کودک، هزینه‌های اقتصادی مرتبط با مراقبت و آموزش‌های ویژه و تنش‌های خانوادگی ناشی از عدم تطابق انتظارات و واقعیت‌ها است. از این رو لازم است برای رفع این مشکلات گامی برداشته شود (جباری دانشور و همکاران، 1402).

کم‌توانی ذهنی اختلالی است که در طول دوره رشد شروع می‌شود و کمبودهای عقلانی و عملکرد انطباقی در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی را دربرمی‌گیرد (انجمن روان‌شناسی آمریکا، 2013). این کمبودها باعث محدودیت در توانایی‌های یادگیری، حل مسئله و انجام فعالیت‌های روزمره می‌شوند که نه تنها بر خود کودک، بلکه بر تمام اعضای خانواده به ویژه مادر تأثیر می‌گذارند (نصیری و همکاران، 1402). کم‌توانی ذهنی فرصت یادگیری را کاهش می‌دهد و باعث کندی رشد در تمام زمینه‌ها می‌شود (گیوتا⁵ و همکاران، 2023). کاهش فرصت‌های یادگیری نه تنها به مشکلات آموزشی منجر می‌شود، بلکه پیامدهای عاطفی و اجتماعی نیز

به دنبال دارد. وجود کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید (پوپا، 2020). این بحران به دلیل عدم توانایی در پیش‌بینی و کنترل وضعیت، می‌تواند به مشکلات عمیق‌تری نظیر افسردگی، اضطراب و احساس ناکامی در والدین، به‌ویژه مادران منجر شود. مراقبت از یک کودک معلول و با نیاز ویژه، برای تمام اعضای خانواده سنگین و فشارزا است (موگان⁶ و همکاران، 2024). مراقبت مستمر از این کودکان نه تنها به‌عنوان یک مسئولیت دائمی بر دوش والدین است، بلکه نیاز به سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تقاضاهای جسمی و روانی دارد. خانواده کودکان معلول ممکن است به اشکال گوناگون، فشار روانی، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی را تجربه کنند (پوپا، 2020). به ویژه در جوامعی که حمایت‌های اجتماعی و دولتی از خانواده‌های دارای کودک معلول محدود است، این فشارها تشدید می‌شوند و خانواده‌ها به نوعی ایزوله می‌شوند. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان کم‌توان ذهنی با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه هستند (سونگ⁷ و همکاران، 2018). مشکلات اقتصادی ناشی از هزینه‌های اضافی برای درمان و آموزش ویژه و همچنین محدودیت‌های زمانی و فرصت‌های شغلی که برای والدین، به‌خصوص مادران ایجاد می‌شود، این خانواده‌ها را در معرض خطر فقر و تنگناهای مالی قرار می‌دهد. در این میان بیشترین فشار متوجه مادر خانواده است که بیشترین زمان مراقبت از فرزند و تعامل با وی را بر عهده دارد (موگان و همکاران، 2024). مادران، به عنوان اولین مراقبان کودکان کم‌توان ذهنی، با چالش‌های عاطفی شدیدی مواجه هستند. از دست دادن توانایی‌های رشدی معمول کودک و نیاز به پاسخگویی به نیازهای خاص او، معمولاً به اضطراب، استرس و حتی افسردگی در میان مادران منجر می‌شود. یکی از مهم‌ترین دلایل آسیب‌پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آنها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران است. این فشارها همچنین باعث می‌شود که مادران کمتر به خود و نیازهای شخصی‌شان توجه کنند، که این مسئله بر سلامت روانی و جسمی آنها تأثیر منفی می‌گذارد. همچنین، تلاش مادر برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب کودک‌شان معمولاً به نتیجه مطلوب

1 Kieling

2 Sadock

3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Dsm-5)

4 American Psychiatric Association

5 Giota

6 Maughan

7 Song

برای مراقبت از خود اختصاص دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران خودشفقت‌ورز درد و احساس نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت‌گراانه‌ای نسبت به خود دارند که باعث کمتر شدن احساس افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت آنها از زندگی می‌شود (اوکیف¹²، 2023). این ویژگی به ویژه برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی که فشارهای روانی زیادی را تجربه می‌کنند، اهمیت زیادی دارد. مادران کودکان کم‌توان ذهنی که دارای شفقت به خود بالایی هستند هنگام تجربه رویداد منفی با خودشان با عطف و مهربانی برخورد می‌کنند. شفقت به خود عملکرد انطباقی این مادران را افزایش می‌دهد و مانعی در جهت شکل‌گیری آشفتگی هیجانی آنان است (لوپز و همکاران، 2018). شفقت به خود از جمله عوامل اجتماعی در تحمل مشکلات مادران کودکان کم‌توان ذهنی است. شفقت به خود همچنین از جمله عوامل محافظتی بیرونی و فردی موثر بر تاب‌آوری این مادران است (فتاحی و همکاران، 1401). به نظر می‌رسد که برنامه‌های آموزشی برای افزایش خودشفقتی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی باید دربرگیرنده عوامل موثر بر آن باشد و به افزایش رضایت در هر کدام از این ابعاد اقدام کند (احمد و راج، 2023). رویکردهای درمانی موج سوم همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پرداختن به مشکلات و مدیریت هیجانات مثبت و منفی و شناخت ادراکی این مادران به صورت موفق عمل نموده است (لوباتو¹³ و همکاران، 2023).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از نظریه فلسفی به نام عمل‌گرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت به نام نظریه چارچوب ارتباطی¹⁴ پدید آمده است (پرویزیان و همکاران، 1401). رویکرد پذیرش و تعهد بر اساس این فرضیه شکل گرفته است که آسیب روانی به دلیل سعی برای کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی ایجاد می‌شود (ورسب¹⁵ و همکاران، 2018). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود. پذیرش¹⁶، گسلش¹⁷،

نمی‌رسد (چودری¹ و همکاران، 2023). این ناکامی‌ها می‌توانند به مرور زمان تأثیرات روانی منفی بر مادران بگذارند و آنها را در معرض مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب قرار دهند. نگرانی در مورد شیوه‌های فرزندپروری و یا عدم آگاهی در این زمینه بر مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی مادران تأثیرگذار است و باعث افزایش مشکلات روان‌شناختی آنها می‌شود (سو² و همکاران، 2023). مادرانی که نمی‌توانند با شرایط فرزند خود کنار بیایند، بیشتر در معرض اضطراب، افسردگی و احساس بی‌کفایتی قرار می‌گیرند. این فشارهای روانی در صورتی که به درستی مدیریت نشوند، می‌توانند به بروز مشکلات جسمی نیز منجر شوند. از جمله صفاتی که می‌تواند به مادران کودکان کم‌توان ذهنی کمک کند تا بتوانند هم سلامت روانی و جسمی خود را حفظ کنند و هم نیازهای کودک کم‌توان ذهنی خود را برآورده سازند شفقت به خود³ است (احمد و راج⁴، 2023).

مفهوم خودشفقتی به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران تعریف شده است، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل‌تر کند. این مفهوم همچنین به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گراانه در رابطه با آنها است (نف⁵، 2023). شفقت به خود در واقع حساسیت به رنج دیگران همراه با تعهد برای انجام دادن کاری درباره آن است. مفهوم شفقت به خود به معنای پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده است (احمد و راج، 2023؛ جعفری ده‌آبادی و تمنایی‌فر، 1402). این متغیر از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود⁶ در مقابل قضاوت کردن خود⁷، اشتراکات انسانی⁸ در مقابل انزوا⁹ و ذهن آگاهی¹⁰ در مقابل همانندسازی افراطی¹¹ که ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که شفقت به خود در او وجود دارد (نف، 2023). شفقت به خود به عنوان یک ویژگی روان‌شناختی مثبت، به مادران کمک می‌کند تا با پذیرش وضعیت خود و فرزندشان، از شدت فشارهای روانی بکاهند. همچنین، این صفت به آنها اجازه می‌دهد تا بدون احساس گناه، زمانی را

1 Chaudhry

2 Su

3 Self-Compassion

4 Ahmed & Raj

5 Neff

6 Self-Kindness

7 Self-Judgment

8 Common Humanity

9 Isolation

10 Mindfulness

11 Over Identification

12 O'keefe

13 Lobato

14 Relational Frame Theory

15 Wersebe

16 Acceptance

17 Defusion

متوسطه مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر تهران اثربخش بوده است.

با توجه به مبانی نظری بحث شده، مطالعه‌ای که حاکی از کاربرد آموزش مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد شفقت به خود والدین کودکان کم‌توان ذهنی باشد، مشاهده نشد. از این رو، پژوهش حاضر بر اهمیت و نقش مفهوم شفقت به خود مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاکید نموده است. شفقت به خود والدین با کودک کم‌توان ذهنی بر کیفیت زندگی آنان نقشی برجسته داشته و ضرورت مطالعه آن مبرهن است. در صورت اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند زمینه‌ای مساعد جهت بهبود شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی به وجود آورد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی تدوین گردید. در این پژوهش، محقق به بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی می‌پردازد.

روش

روش تحقیق در این پژوهش کاربردی است زیرا هدف آن ارزیابی اثربخشی یک برنامه درمانی برای بهبود شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و ارائه راهکارهای عملی به متخصصان و درمان‌گران است. همچنین این پژوهش بر اساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این بخش مشتمل بر تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر 20 تا 50 ساله مراجعه‌کننده به مراکز آموزش و توان‌بخشی کودکان کم‌توان ذهنی شهر شیراز در نیمه دوم سال 1401 بود. حجم جامعه آماری تقریباً 500 نفر برآورد گردید. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول اندازه نمونه برای مقایسه دو میانگین (معروف به فرمول کوهن) استفاده شد (گوردون⁶، 2024). چون فرضیه تحقیق دو دامنه بود، $\alpha=0/05$ و $b=0/20$ در نظر گرفته شد؛ همچنین تحقیقات قبلی انحراف معیار را $S=1/5$ برآورد نموده بودند. بر این اساس، حجم نمونه 30 نفر تعیین گردید که به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه 15 نفر) تخصیص داده شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل قرار داشتن مادران در دامنه سنی 20 تا 50 سال، داشتن

خود به عنوان زمینه¹، ارتباط با زمان حال²، ارزش‌ها³ و عمل متعهدانه⁴، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده می‌شود (مردانی گرمدره و همکاران، 1399). پذیرش به عنوان یکی از فرایندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد مطرح شده است. در این مدل، پذیرش به منزله تسلیم منفعلانه در موقعیت ناامیدکننده نیست، بلکه اشاره دارد به پذیرش فعالانه و آگاهانه رویدادهای شخصی به ویژه در زمانی که این رویدادها موجب آسیب‌های روانی می‌شوند (لوباتو و همکاران، 2023). بر این اساس درمان‌گران، این مادران را هدایت می‌کنند تا افکار و هیجانات را از خود جدا ببینند (مشکلات مرتبط با آگاهی) و این امر به درمان‌گران اجازه می‌دهد چهارچوب رابطه و حالات شناختی منفی (اجتناب از تجارب درونی و اقدام نکردن به فعالیت‌های ارزشمند زندگی مادر) را اصلاح کنند (جمالی و همکاران، 1400). رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی کمک می‌کند تا با پذیرش شرایط دردناک فرزند خود، کمتر به جنبه‌های منفی این اتفاق فکر کنند. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر، با وجود موانع اجتناب‌ناپذیر می‌شود و مادر را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند خود تلاش کند (چیچک گوموش و اونسل⁵، 2023). در این راستا، یافته‌های پژوهش فتاحی و همکاران (1401) نشان دادند که 12 جلسه مشاوره گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش شفقت به خود 36 نفر از مادران کودکان آموزش‌پذیر دو شهر ملارد و شهریار تأثیر دارد. محمدی و همکاران (1401) در مطالعه‌ای نشان دادند که ده جلسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در مرحله پس‌آزمون، در افزایش شفقت به خود 15 نفر از دختران نوجوان 15 تا 19 سال افسرده نسبت به گروه کنترل اثربخش بود. بر اساس یافته‌های پژوهش طجری و همکاران (1399)، 12 جلسه زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شفقت به خود زوجین متقاضی طلاق تأثیر معناداری داشته است. روحی و همکاران (1398) در مطالعه‌ای نیمه آزمایشی نشان دادند که 8 جلسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش شفقت به خود 30 دانش‌آموز دختر

1 Self as the Context

2 Communication with the Present

3 Values

4 Commitment

5 Çiçek Gümtüş & Öncel

(5 گویه)، مشترکات انسانی (4 گویه)، انزوا (4 گویه)، بهوشیاری (4 گویه) و فزون همانندسازی (4 گویه) است. دامنه نمرات بین 26 تا 130 قرار دارد که کسب نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده وجود خودشفقتی بیشتر است. تحلیل عاملی تاییدی روی مقیاس یک عامل منفرد سطح بالا را نشان داد که همبستگی درونی این شش مولفه را تبیین می‌کرد (نف، 2023). همچنین، پایایی این مقیاس از طریق همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ 0/92 و برای مؤلفه‌ها از 0/75 تا 0/81 گزارش شد. در ایران، مومنی و همکاران (1392) 4 عامل مقیاس با تحلیل عامل تاییدی را تایید کردند. روایی همگرا و واگرایی مقیاس خودشفقت‌ورزی از طریق اجرای مقیاس حرمت خود پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک نیز تایید شد. پایایی آزمون از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی (بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله 10 روز) به ترتیب 0/70 و 0/89 به دست آمد.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک الگوی آموزشی برگرفته از کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: 100 نکته کلیدی و روش‌ها (بنت و الیور²، 2019) و کتاب سوالات و پاسخ‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: 150 نکته چالش‌برانگیز مشترک در درمان پذیرش و تعهد (هریس³، 2018) بود. جلسات درمانی بر اساس نشانه‌های ماهیت اختلال کم‌توانی ذهنی و با هدف آگاهی مادران از احساسات و هیجانات مثبت و منفی خود به کودک، شناخت تعارضات موجود در روابط مادر با کودک، ارزیابی جنبه‌های مثبت و منفی هیجانات یکدیگر و ارتقای سطوح خودشفقتی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی طراحی گردید. روایی محتوایی این برنامه توسط گروهی ارزیاب بررسی و پس از اعمال نظرات تخصصی آنان، تایید نهایی شد. در ادامه، شرح مختصری از مداخله تعهد و پذیرش در جدول 1 ارائه شده است. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS 23 تجزیه و تحلیل شدند.

کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر بر اساس پرونده کودک، ارائه رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش، نگهداری شدن کودک فقط در مراکز روزانه، عدم وجود اختلال‌های شدید روانی در مادر و مصرف داروهای روان‌گردان و کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش در مقیاس خودشفقتی بود. از جمله معیارهای خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه در طول اجرای برنامه آموزشی، عدم تمایل به ادامه همکاری و حضور مشارکت‌کننده در مداخله مشابه به طور همزمان بود.

ابتدا مجوزهای لازم جهت معرفی به مراکز آموزش و توانبخشی کودکان کم‌توان ذهنی در شهر شیراز گرفته شد. پس از اعلام آمادگی مسئولین، از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر جهت توضیح هدف پژوهش و جلب همکاری و تکمیل پرسش‌نامه (در شرایط یکسان) دعوت به عمل آمد تا در مرکز حضور یابند. تعداد گروه مادران جهت همکاری پژوهش 112 نفر بود که 30 نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بر اساس سطح کمتر نمرات پیش‌آزمون و ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نمونه پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه 15 نفر) گمارده شدند. در ادامه، گروه آزمایش تحت آموزش بسته درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات آموزشی و یک ماه و نیم بعد، مطابق روش پیش‌آزمون مجدد متغیر شفقت به خود گروه آزمایش و گروه کنترل به عنوان پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه مورد نظر با شماره‌هایی به عنوان کد مشخص شده و از ذکر نام آزمودنی خودداری به عمل آمد، رضایت‌نامه کتبی از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اخذ شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره مداخله گروه آزمایش، افراد حاضر در گروه کنترل دو جلسه مختصر بسته درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند.

ابزار پژوهش

مقیاس خودشفقتی¹: این مقیاس در سال 2003 توسط نف به منظور سنجش میزان خودشفقت‌ورزی ساخته شده است. مقیاس از 26 گویه تشکیل شده و بر اساس یکرت 5 درجه‌ای (تقریباً هرگز=1 تا تقریباً همیشه=5) نمره‌گذاری می‌شود. ابزار دارای 6 مؤلفه مهربانی با خود (5 گویه)، قضاوت در مورد خود

جدول 1. خلاصه محتوی جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	روش مورد استفاده	تکلیف خانگی
1	معارفه و ارزیابی اولیه	آشنایی و برقراری ارتباط اولیه، بیان هدف‌های کلی و جزئی طرح پژوهشی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات (عدم غیبت، وقت‌شناسی، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری، احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر و...)، توضیح مفاهیم امید، خودشفقتی و پذیرش و سیستم‌های ناکارآمد گذشته، آشنایی با اصول کلی درمان، اجرای پیش‌آزمون.	-	-
2	مشخص کردن نقطه انتخاب	مرور کلی زندگی آزمودنی و گرفتن تاریخچه، بررسی افکار و داستان‌هایی که آزمودنی درگیر آن است، بررسی اجتناب تجربی از افکار و احساسات، مشخص کردن اهداف درمان، تمرکز بر یک موقعیت خاص.	روش چوب دستی جادویی و پشت اردک، فشار دادن دکمه مکث	پاسخ به 5 سوال درگیری با افکار و احساسات
3	تصریح ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها، افکار و احساسات آزمودنی برای مشخص کردن جهت حرکت آنها (به سمت ارزش‌ها یا دور شدن از ارزش‌ها)، بررسی موضوعات و چیزهای مهم آزمودنی در زندگی، شناسایی و مشخص کردن ارزش‌ها، طبقه‌بندی ارزش‌ها، بررسی ارزش‌های نامرتجان، شناسایی محرک‌های حرکت آزمودنی برای دور شدن از ارزش‌ها و عدم پیشرفت او، تقویت نقاط قوت و شایستگی‌های آزمودنی، بررسی موضوعات زیربنای حرکت آزمودنی به سمت ارزش‌ها (شخصی که دوست دارند باشند)، انتخاب رفتار به صورت آزادانه (حرکت در مسیر ارزش‌ها).	رول سواری در سراسیمگی، استعاره قطب‌نما، پرسش‌های معجزه‌گر	تمرین ده لحظه برتر زندگی
4	گسلش شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل، توجه به هم‌جوشی آزمودنی با افکار، احساسات و گشودگی و ... نام‌گذاری افکار و احساسات به صورت غیرقضاوتی، خنثی‌سازی قدرت افکار و احساسات، آگاهی از افکار و احساسات، مشخص کردن هم‌جوشی‌های مانع در زندگی آزمودنی، بررسی هم‌جوشی‌هایی که از اجتناب پشتیبانی می‌کنند، آموزش مهارت‌های واقعیت‌زدایی از افکار.	استفاده از استعاره ذهن غارنشین، استعاره دوست بیش از حد مفید، بارش فکری	یافتن رد هم‌جوشی‌ها در موقعیت‌های پیش آمده، شش گام برای گسلش از قوانین، ساخت ماشین ادله‌ساز
5	پذیرش	مرور تکلیف جلسه قبل، توجه به افکار و احساسات خود بدون قضاوت آنها، بررسی احساسات، هیجانات و خاطراتی که آزمودنی از آن اجتناب می‌کند، شناسایی افکار و احساسات دشوار برای پذیرش، قبول افکار، احساسات و ... قبول بی‌چون و چرای موقعیت دشوار، پذیرش قضاوت دیگران از ما.	استفاده از استعاره درد و رنج تمیز در مقابل درد و رنج کثیف، استعاره اتوبوس، بارش فکری	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی
6	ارتباط با زمان حال	مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی نکات کلیدی که آزمودنی در حال حاضر با آن مواجهه است، بررسی عواملی که باعث می‌شود آزمودنی در زمان حال زندگی نکند، بررسی تاثیر تاریخچه قبلی آزمودنی بر واکنش‌های فعلی او (روابط بین فردی، توسعه و شرایط زندگی)، تقویت تماس با زمان حال، خودکنترلی بر روی اعمال فیزیکی.	لنگر انداختن، بارش فکری	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچگونه قضاوتی
7	خود به عنوان زمینه	مرور تکلیف جلسه قبل، مشاهده و توجه خودآزمودنی به عنوان بخشی از او، ایجاد بینش و تقویت، دستیابی به معنای پایدار خود، توجه به وجود احساسات و موقعیت‌های دشوار آزمودنی در حالی که می‌تواند متوجه تفکرات گیر افتاده او نیز باشد، آمادگی تمرکز دوباره از بازگشت توجه آزمودنی، تسهیل گسلش به خصوص از خودمفهوم‌سازی شده، تسهیل پذیرش، تسهیل ارتباط انعطاف‌پذیر با لحظه حال، دسترسی به مفهوم ثابتی از خود، دسترسی به مفهوم برتری از خود.	استفاده از استعاره آسمان و هوا، استعاره صحنه نمایش، استعاره صفحه شطرنج، بارش فکری	تمرین چهار آموزش برای ایجاد خود به عنوان زمینه صریح (مانند تنفس، اسکن بدن، پیاده روی، ذهن آگاهی دست)
8	خودشفقتی	مرور تکلیف جلسه قبل، اجازه حضور به احساسات خود، بررسی موانع عمومی شفقت به خود آزمودنی (لیاقت نداشتن و بی‌ارزش بودن، احساسات خردکننده، تعصب و بیهودگی)، تمرین عناصر شفقت به خود (قبول درد، گسستن از قضاوت خود، پاسخ دادن با مهربانی، پذیرش، اعتباربخشی و همبستگی).	تنفس ذهن آگاه	قرار دادن افکار روی برگ‌هایی که در رودخانه شناور هستند
9	اقدام و عمل متعهدانه	مرور تکلیف جلسه قبل، تعیین اهداف، ایجاد موقعیت‌های عمل کردن، برجسته نمودن اجتناب و ناتوانی در عمل کردن، کشف مقادیر ضمنی در هر هدف یا اقدام، استفاده از ارزش‌ها برای مشخص کردن اهداف و هدایت اقدامات، ایجاد اقدامات برای رسیدن به اهداف بزرگ‌تر، خرد کردن اهداف به صورتی که قابل عمل کردن باشند، مشخص کردن موقعیت‌هایی که به عمل متعهدانه آزمودنی نیاز دارند، شناسایی وضعیت‌های دشوار که نیازمند اقدام متعهدانه هستند.	مواجهه	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده
10	ختم جلسات	مرور تکالیف و جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، حفظ عایدات درمانی در طول زندگی، قدردانی از حضور آزمودنی‌ها در جلسات، اجرای پس‌آزمون.	-	اخذ تعهد از آزمودنی جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره

جدول 2. میانگین و انحراف استاندارد متغیر شفقت به خود به

تفکیک گروه در مراحل مختلف

متغیرها	گروه	تعداد	مراحل	شاخص‌های آماری	
				میانگین	انحراف استاندارد
مهربانی با خود	آزمایش	15	پیش‌آزمون	11/86	2/87
			پس‌آزمون	18/33	2/94
			پیگیری	18/06	2/52
	کنترل	15	پیش‌آزمون	11/93	3/61
			پس‌آزمون	11/53	3/56
			پیگیری	11/40	3/37
قضاوت در مورد خود	آزمایش	15	پیش‌آزمون	12/73	2/18
			پس‌آزمون	8/80	2/93
			پیگیری	8/93	2/54
	کنترل	15	پیش‌آزمون	13/33	3/35
			پس‌آزمون	12/60	3/22
			پیگیری	12/66	3/10
مشترکات انسانی	آزمایش	15	پیش‌آزمون	10/13	2/87
			پس‌آزمون	14/53	2/61
			پیگیری	14/13	2/74
	کنترل	15	پیش‌آزمون	10/20	2/17
			پس‌آزمون	9/73	2/12
			پیگیری	9/53	2/32
انزوا	آزمایش	15	پیش‌آزمون	12/13	2/06
			پس‌آزمون	8/73	1/75
			پیگیری	8/73	1/90
	کنترل	15	پیش‌آزمون	12/33	2/58
			پس‌آزمون	12/53	2/58
			پیگیری	12/73	2/57
بهوشیاری	آزمایش	15	پیش‌آزمون	9/93	3/61
			پس‌آزمون	14/26	3/05
			پیگیری	14/00	3/11
	کنترل	15	پیش‌آزمون	10/66	3/43
			پس‌آزمون	10/13	3/33
			پیگیری	9/93	3/32
فزون همانندسازی	آزمایش	15	پیش‌آزمون	10/20	2/36
			پس‌آزمون	7/06	1/94
			پیگیری	7/53	1/99
	کنترل	15	پیش‌آزمون	10/33	2/58
			پس‌آزمون	9/73	2/71
			پیگیری	10/13	2/74
خودشفقتی کل	آزمایش	15	پیش‌آزمون	67/00	12/35
			پس‌آزمون	71/73	11/34
			پیگیری	71/26	10/93
	کنترل	15	پیش‌آزمون	68/80	15/21
			پس‌آزمون	66/26	14/98
			پیگیری	66/40	15/38

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشترین درصد فراوانی دامنه سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل مربوط به مادران 31-40 سال بود؛ همچنین توزیع شرکت‌کنندگان برحسب تحصیلات نشان داد که بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش، مدرک تحصیلی دیپلم و کاردانی و اغلب آزمودنی‌های گروه کنترل، مدرک تحصیلی دیپلم داشتند؛ غالب این مادران خانه‌دار بودند و بیشترین درصد فراوانی مدت ازدواج بین 16 تا 20 سال بود. در بخش کمی، ابتدا میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش محاسبه شد. نتایج در جدول 2 ارائه شده است.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول 2 میانگین نمرات شفقت به خود و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده و بررسی این تفاوت از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است که نتایج بررسی این پیش‌فرض‌ها در جدول 3 گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش و مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است. بررسی نتیجه آزمون کرویت موچلی حاکی از رعایت نکردن این مفروضه در متغیرهای انزوا، فزون همانندسازی و خودشفقتی بود و ساختار ماتریس واریانس-کوواریانس برای این متغیرها تایید نشد. لذا از آزمون تحلیل کوواریانس تعدیل‌یافته با به کارگیری تصحیح گرین هاوس-گیرس برای آنها استفاده شد. در ادامه، آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی متغیر شفقت به خود استفاده گردید. نتایج در جدول 4 ارائه شده است.

جدول 3. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل

کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر

پیش‌فرض	آزمون استفاده‌شده	نتیجه آزمون
نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش	آزمون کلموگروف-اسمیرنوف	$p > 0/05$
همگنی خطای پژوهش	واریانس متغیرهای	$p > 0/05$
همگنی واریانس-کوواریانس	آزمون لوین	$p > 0/05$
کرویت موچلی	آزمون کرویت موچلی	$p > 0/05$

است. اندازه اثر بالا ($0/81$ و $0/89$) تأثیر چشمگیر مداخله بر این متغیر را نشان می‌دهد. در متغیر انزوا، نتایج نشان‌دهنده کاهش معنادار انزوا در گروه آزمایش بود ($F = 117/73$ و $P < 0/001$) و مداخله را بر کاهش احساس انزوا تأیید می‌کند. برای بهوشیاری، نتایج تحلیل حاکی از آن است که مداخله به‌طور معناداری نمرات این متغیر را بهبود داده است ($F = 147/05$ و $P < 0/001$) و نشان می‌دهد که مداخله آموزشی تأثیر بسزایی بر افزایش بهوشیاری در گروه آزمایش داشته است. در نهایت، متغیر فزون همانندسازی نیز تغییرات معناداری را نشان داد ($F = 91/80$ و $P < 0/001$) با وجود اینکه اندازه اثر این متغیر

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر مداخله بر متغیر شفقت به خود نشان‌دهنده تفاوت‌های معنادار در نمرات این متغیر در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. همان‌طور که نتایج جدول‌ها نشان می‌دهند، در تمامی زیرمجموعه‌های شفقت به خود، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری بهبود یافته است ($P < 0/001$). این امر نشان می‌دهد که مداخله آموزشی بر بهبود شفقت به خود تأثیر مثبت و معناداری داشته است.

برای متغیر مهربانی با خود، تغییرات زمانی معناداری مشاهده شد ($F = 477/12$ ، $P < 0/001$) که بیانگر افزایش نمرات این متغیر در گروه آزمایش بود. تعامل زمان و گروه نیز

جدول 4. نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیر شفقت به خود گروه آزمایش و کنترل (لامبدا و پلکز)

متغیر	عامل	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
مهربانی با خود	زمان	0/025	525/59	2	27	0/001
	زمان-گروه	0/019	696/36	2	27	0/001
	زمان	0/100	121/31	2	27	0/001
قضاوت در مورد خود	زمان	0/189	58/02	2	27	0/001
	زمان-گروه	0/124	95/29	2	27	0/001
	زمان	0/079	157/06	2	27	0/001
مشترکات انسانی	زمان-گروه	0/094	129/61	2	27	0/001
	زمان	0/075	166/18	2	27	0/001
	زمان-گروه	0/103	117/99	2	27	0/001
انزوا	زمان	0/061	207/13	2	27	0/001
	زمان-گروه	0/117	101/56	2	27	0/001
	زمان	0/259	38/67	2	27	0/001
فزون همانندسازی	زمان-گروه	0/741	4/72	2	27	0/017
	زمان	0/221	47/46	2	27	0/001
	زمان-گروه					

نسبت به سایر عوامل کمی پایین‌تر بود ($0/76$ و $0/64$)، اما همچنان نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله بر کاهش فزون همانندسازی است.

به‌طور کلی، این نتایج بیانگر آن است که مداخله تعهد و پذیرش تأثیرات معناداری بر افزایش شفقت به خود در گروه آزمایش داشته است و در تمامی زیرمجموعه‌های شفقت به خود تفاوت‌های چشمگیری بین گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده شد. همچنین، اندازه اثر بالا در بیشتر متغیرها نشان می‌دهد که این مداخله آموزشی به‌طور مؤثری به بهبود شفقت به خود در افراد گروه آزمایش کمک کرده است. با توجه به این نتیجه فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

معنادار بود ($F = 673/65$ ، $P < 0/001$) که نشان داد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تغییرات بیشتری در طول زمان داشته است. اندازه اثر بالا ($0/94$ برای زمان و $0/96$ برای تعامل) نشان‌دهنده تأثیر قوی مداخله بر این متغیر است. در متغیر قضاوت در مورد خود نیز نتایج مشابهی به دست آمد. تغییرات زمانی معنادار بود ($F = 192/77$ ، $P < 0/001$) و تعامل زمان و گروه نیز به‌طور معناداری تأثیرگذار بود ($P < 0/001$)، ($F = 94/86$)، اندازه اثر ($0/87$ و $0/77$) نشان می‌دهد که مداخله به کاهش خودقضاوت‌گری در گروه آزمایش کمک شایانی کرده است. برای متغیر مشترکات انسانی، تغییرات زمانی و تعامل زمان و گروه نیز به‌طور معناداری مشاهده شد ($F = 120/69$ و $F = 236/55$ ، $P < 0/001$) که نشان‌دهنده افزایش حس مشترکات انسانی و همدلی در گروه آزمایش

جدول 5. نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر شفقت به خود

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
مهربانی با خود	زمان	120/41	1	120/41	477/12	0/001	0/94
	زمان-گروه	170/01	1	170/01	673/65	0/001	0/96
	خطا	7/06	28	0/252			
	گروه	448/90	1	448/90	15/10	0/001	0/35
قضاوت در مورد خود	زمان	74/81	1	74/81	192/77	0/001	0/87
	زمان-گروه	36/81	1	36/81	94/86	0/001	0/77
	خطا	10/86	28	0/388			
	گروه	165/37	1	165/37	6/63	0/016	0/19
مشترکات انسانی	زمان	41/66	1	41/66	120/69	0/001	0/81
	زمان-گروه	81/66	1	81/66	236/55	0/001	0/89
	خطا	9/66	28	0/345			
	گروه	217/77	1	217/77	12/06	0/001	0/30
انزوا	زمان	48/20	1/64	29/29	117/73	0/001	0/80
	زمان-گروه	68/60	1/64	41/69	161/86	0/001	0/85
	خطا	11/86	46/06	0/258			
	گروه	160/00	1	160/00	10/62	0/003	0/27
بهوشیاری	زمان	41/66	1	41/66	147/05	0/001	0/84
	زمان-گروه	86/40	1	86/40	304/94	0/001	0/91
	خطا	7/93	28	0/283			
	گروه	139/37	1	139/37	4/27	0/048	0/13
فزون همانندسازی	زمان	57/26	1/37	41/65	91/80	0/001	0/76
	زمان-گروه	31/26	1/37	22/74	50/12	0/001	0/64
	خطا	17/46	38/49	0/454			
	گروه	72/90	1	72/90	4/32	0/047	0/13
خودشفقتی کل	زمان	21/08	1/30	16/11	4/44	0/032	0/13
	زمان-گروه	244/02	1/30	186/41	51/41	0/001	0/64
	خطا	132/88	36/65	3/62			
	گروه	182/04	1	182/04	4/45	0/044	0/13

* نتایج بر اساس اصلاح اپسیلون گرینهاوس - گیسر ارائه شده است.

نتیجه‌گیری و بحث

در تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود یک کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، به‌ویژه برای مادر، چالش‌های قابل توجهی ایجاد می‌کند. این وضعیت اغلب باعث فشارهای روانی، جسمی و اجتماعی بر مادران می‌شود. مراقبت از کودکان کم‌توان ذهنی نیازمند توجه دائمی و انرژی بسیار است، به طوری که مادران اغلب زمان و توجه کافی برای خود و نیازهای شخصی‌شان ندارند. مادر به عنوان نخستین فردی که با کودک ارتباط برقرار می‌کند، اغلب با تنش‌های روانی ناشی از نیازهای ویژه کودک مانند مراقبت دائمی، مشکلات رفتاری، زبانی و ناتوانی در خودمراقبتی روبه‌رو است. این شرایط می‌تواند به کاهش عزت نفس، افزایش اضطراب، افسردگی و احساس خودکم‌بینی منجر شود. در نتیجه، سلامت روانی این مادران به خطر می‌افتد (چودری و همکاران، 2023؛ موگان و همکاران، 2024).

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شفقت به خود مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که این مداخله توانسته است در بهبود شفقت به خود مادران گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته باشد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین از جمله فتاحی و همکاران (1401)، محمدی و همکاران (1401)، طجری و همکاران (1399) و روحی و همکاران (1398) هم‌سو است. تمام این مطالعات بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افزایش شفقت به خود در مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأکید دارند. در این راستا، این نتایج حمایت‌کننده‌ای برای رویکرد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود سلامت روانی مادران کودکان با نیازهای ویژه محسوب می‌شوند.

مطالعات پیشین مانند پژوهش‌های چیچک گوموش و اونسل (2023) نیز نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از طریق تقویت پذیرش و کاهش تلاش برای کنترل، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مادران و افزایش احساس خودکارآمدی آنها کمک کند. همچنین، رویکردهای مبتنی بر پذیرش در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش استرس مؤثر بوده‌اند. به طور خاص، مادرانی که از این مداخله بهره برده‌اند، قادر به برخورد مؤثرتر با چالش‌های روزمره زندگی بوده و به جای تمرکز بر ناکامی‌ها، به دنبال اهداف ارزشمند خود حرکت کرده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند ابزارهای مفیدی برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی فراهم کند تا با چالش‌های پیش رو مواجه شوند و از تلاش برای اجتناب از افکار و احساسات منفی دست بردارند. با این وجود، لازم است که در تحقیقات آینده، تأثیرات بلندمدت این مداخله بررسی شده و مقایسه‌های دقیق‌تری با سایر مداخلات درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری صورت گیرد تا تفاوت‌های عملکردی و مزایا و معایب هر یک به طور کامل شناخته شود.

بر اساس نتایج این پژوهش، چندین پیشنهاد کاربردی و پژوهشی قابل ارائه است. از نظر کاربردی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش برای والدین، ایجاد گروه‌های حمایتی برای مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی و اجرای برنامه‌های مشاوره‌ای فردی و گروهی برای کاهش انزوا و افزایش حس تعلق می‌تواند به بهبود شفقت به خود در این گروه کمک کند. همچنین، توصیه می‌شود مراکز درمانی و روان‌شناسی با تمرکز بیشتر بر بهداشت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی، راهکارهای مبتنی بر پذیرش را به آنان آموزش دهند. از سوی دیگر، تسهیل دسترسی به خدمات حمایتی از طریق فراهم آوردن منابع مالی و روانی نیز نقش مهمی در ارتقای سلامت روانی این والدین ایفا می‌کند. پیشنهاد پژوهشی این است که مطالعات بیشتری در زمینه مقایسه اثربخشی انواع مختلف درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مختلف شفقت به خود در والدین کودکان استثنایی صورت گیرد و نتایج آن در سنین مختلف کودکان و شرایط فرهنگی متنوع بررسی شود. پژوهش‌های آینده نیز می‌توانند به بررسی تأثیر متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و استرس والدین در اثربخشی این مداخلات بپردازند تا شناخت بهتری از فرایندهای مؤثر در بهبود سلامت روانی والدین حاصل شود.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از طریق روش‌های مختلف از جمله پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و کاهش تلاش برای کنترل آنها، به مادران کمک می‌کند تا با واقعیت شرایط زندگی خود مواجه شوند و از تلاش برای فرار یا اجتناب از تجربیات ناخوشایند دست بردارند. این فرآیند، مادران را تشویق می‌کند تا به جای تلاش برای کنترل احساسات و افکار منفی، به آنها به عنوان بخشی از تجربه زندگی نگاه کنند و پذیرش بیشتری نسبت به آنها داشته باشند. پذیرش این افکار و احساسات منجر به افزایش خودشفقتی و بهبود سلامت روانی مادران می‌شود. این یافته با نتایج بسیاری از پژوهش‌های مشابه مطابقت دارد (لوپز و همکاران، 2018؛ اوکیف، 2023).

در عین حال، برخی از پژوهش‌ها به نتایج متفاوتی در این زمینه دست یافته‌اند. برای مثال، مطالعاتی مانند فنگ و دینگ¹ (2020)، لی² و همکاران (2023) و بهنام‌فر و همکاران (2023) اثربخشی مداخلات درمان شناختی-رفتاری³ را نسبت به مداخلات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در برخی جنبه‌های بهبود سلامت روانی مادران کودکان با نیازهای ویژه مؤثرتر دانسته‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی، که از مسائل شایع در این مادران است، تأثیر بیشتری داشته باشد. تفاوت‌های موجود در نتایج ممکن است ناشی از تفاوت‌های فردی مادران، شدت مشکلات روان‌شناختی، یا میزان پذیرش و تعامل آنها با مداخلات باشد.

با توجه به شرایط خاص مادران کودکان کم‌توان ذهنی، رویکرد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به آنها کمک کند تا از راهکارهای ناکارآمد قبلی خود برای مقابله با استرس‌ها و چالش‌های مرتبط با مراقبت از فرزندانشان دست بردارند و به جای آن، پذیرش و انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به تجربیات زندگی خود داشته باشند. به طور مشخص، آموزش این رویکرد به مادران به آنها کمک می‌کند تا از افکار و احساسات ناخوشایند خود فاصله بگیرند و با تمرکز بر ارزش‌های خود، به رفتارهای معنادارتری در زندگی دست بزنند. در این فرآیند، مادران یاد می‌گیرند که به جای تمرکز بر مشکلات و موانع، به راه‌حل‌های جدید و اخلاقانه‌ای برای زندگی خود دست یابند. این تغییر در نگرش و رفتار منجر به بهبود قابل توجهی در سلامت روانی و افزایش خودشفقتی آنها می‌شود (فتاحی و همکاران، 1401؛ احمد و راج، 2023).

1 Fang & Ding

2 Li

3 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

رضایت‌نامه کتبی از مادران کودکان دارای ناتوانی ذهنی دریافت گردید و اصول اخلاقی مانند حفظ محرمانگی اطلاعات و رازداری به طور کامل رعایت شد. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز با کد اخلاق شماره (IR.IAU.SHIRAZ.-) REC.1402.195 است.

حامی مالی

این مطالعه بدون حامی مالی سازمان خاصی صورت گرفته و هزینه تحقیق توسط نویسندگان مقاله تامین شده است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، پژوهش حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تاثیر گذاشته باشند. استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود که شانس برابر برای انتخاب نمونه وجود داشته باشد و تعمیم‌پذیری غیرمحتاطانه صورت گیرد. محدود کردن جامعه آماری تنها به مراکز شهر شیراز و صرفاً مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. شایسته است در پژوهش‌های آتی جامعه‌ای با حجم گسترده‌تر در نظر گرفته شود و مداخله درمانی روی مادران سایر گروه‌های کم‌توان ذهنی نیز اجرا گردد. پژوهش حاضر روی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی انجام شده است و نتایج آن صرفاً به جامعه آماری پژوهش حاضر قابلیت تعمیم‌پذیری دارد؛ لذا توصیه می‌گردد در مطالعات آتی دسترسی به هر دو والد فراهم گردد.

ملاحظات اخلاقی پیروی از اصول اخلاق پژوهش

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه‌ها با استفاده از کدهای شناسایی مشخص شدند و نام افراد ذکر نشد. همچنین،

References

- Ahmed, A. N., & Raj, S. P. (2023). Self-compassion intervention for parents of children with developmental disabilities: A feasibility study. *Advances in neurodevelopmental disorders*, 7(2), 277-289. doi:10.1007/s41252-022-00305-2
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Behnamfar, K., Rajaei, A., & Teymouri, S. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on resilience of mothers with autistic children. *Razavi International Journal of Medicine*, 11(1), 38-45. doi:10.30483/rijm.2023.254412.1234
- Bennett, R., & Oliver, J. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Boland, R., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Chaudhry, N., Sattar, R., Kiran, T., Wan, M. W., Husain, M., Hidayatullah, S., ... & Husain, N. (2023). Supporting depressed mothers of young children with intellectual disability: feasibility of an integrated parenting intervention in a low-

منابع

- income setting. *Children*, 10(6), 913. doi:10.3390/children10060913
- Çiçek Gümüş, E., & Öncel, S. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy-based interventions on the mental states of parents with special needs children: Randomized controlled trial. *Current Psychology*, 42(23), 19429-19442. doi:10.1007/s12144-022-03760-1
- Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234. doi:10.1016/j.jcbs.2020.01.007
- Fatahi, M., Veisi, A., & Moradi, O. (2023). 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. *Quarterly Journal of Islamic-Iranian Family Studies*, 2(4), 50-69. doi:10.30495/iifs.2023.1977241.1069
- Giota, J., Lace, I., & Emanuelsson, I. (2023). School achievement and changes in inclusive vs exclusive support over 50 years in Sweden regarding students with intellectual disabilities and special educational needs. *Scandinavian Journal of*

- Educational Research*, 67(6), 997-1011. [doi:10.1080/00313831.2022.2115129](https://doi.org/10.1080/00313831.2022.2115129)
- Gordon, R. A. (2024). *Applied statistics for the social and health sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Harris, R. (2018). *ACT questions and answers: A practitioner's guide to 150 common sticking points in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Jabbari.Daneshvar, A., Hosseinasab, S., & Azmoudeh, M. (2023). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Narrative Therapy on the Social Adjustment of Students with Educable Intellectual Disability (EID). *Journal of Exceptional Children*, 23(1), 77-92. <http://joec.ir/article-1-1595-fa.html>
- Jafari Dehabadi, M., & Tamannaefar, M. (2023). The Mediating Role of Self-Esteem and Self-Compassion in the Relationship Between Attributional Style and Adjustment. *Research in School and Virtual Learning*, 11(1), 69-82. [doi:10.30473/etl.2023.66683.3933](https://doi.org/10.30473/etl.2023.66683.3933)
- Jamali, S., najafi, M., Ghoreishi, F. S., & Rahimianboogar, I. (2021). The effectiveness of Treatment Acceptance and Commitment on suicidal ideation and psychological resilience in Patients with bipolar disorder. *Journal of Psychological Studies*, 17(1), 7-22. [doi:10.22051/psy.2021.34436.2376](https://doi.org/10.22051/psy.2021.34436.2376)
- Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., ... & Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the global burden of disease study. *JAMA psychiatry*, 81(4), 347-356. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051)
- Li, S., Chen, Z., Yong, Y., Xie, J., & Li, Y. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy-based interventions for improving the psychological health of parents of children with special health care needs: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 152426. [doi:10.1016/j.comppsy.2023.152426](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152426)
- Lobato, D., Montesinos, F., Polín, E., & Cáliz, S. (2023). Third-generation behavioural therapies in the context of neurodevelopmental problems and intellectual disabilities: A randomised clinical trial with parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4406. [doi:10.3390/ijerph20054406](https://doi.org/10.3390/ijerph20054406)
- 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, 325-331. [doi:10.1007/s12671-017-0777-z](https://doi.org/10.1007/s12671-017-0777-z)
- Mardani garmdareh, M., Ghazanfari, A., Ahmadi, R., & Sharifi, T. (2020). Effectiveness of Act on The Psychological Flexibility and Perfectionism in Second high School Female Students with Exam Anxiety. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(Special Psychology), 62-73. [doi:10.22038/mjms.2020.16179](https://doi.org/10.22038/mjms.2020.16179)
- Maughan, A. L., Lunskey, Y., Lake, J., Mills, J. S., Fung, K., Steel, L., & Weiss, J. A. (2024). Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic children: A randomized controlled trial. *Autism*, 28(2), 367-380. [doi:10.1177/13623613231172241](https://doi.org/10.1177/13623613231172241)
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). Differential Effects of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on Psychological Capital and Self-Compassion. *Positive Psychology Research*, 8(3), 99-120. [doi:10.22108/ppls.2022.132212.2255](https://doi.org/10.22108/ppls.2022.132212.2255)
- Momeni, F., Shahidi, S., Mootabi, F., & Heydari, M. (2014). Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). *Psychology Contemporary*, 8(2), 27-40. <https://bjcp.ir/article-1-386-en.html>
- Nasiri, Z., Manzari Tavakoli, H., Soltani, A., & Bahreyni, A. (2024). The role of executive functions in predicting math academic skills of mentally retarded elementary students. *Research in School and Virtual Learning*, 11(3), 59-72. [doi:10.30473/etl.2024.69798.4117](https://doi.org/10.30473/etl.2024.69798.4117)
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193-218. [doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047)
- O'Keefe, M. R. (2023). *On Becoming a Self-Compassionate Mother* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Parvizian, F., Sharifi, T., shokrkon, H., & Ghazanfari, A. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 117-131. <http://ijpn.ir/article-1-2006-fa.html>
- Popa, E. (2020). Particularities of Personality and Socio-Affective Behavior in Children with Mental Disabilities. *New Trends in Psychology*, 2(1), 57-61.
- Roohi, R., Soltani, A. A., Zinedine Meimand, Z., & Razavi Nematollahi, V. (2019). The effect of acceptance and commitment therapy (act) on increasing the self-compassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(3), 173-187. <http://childmentalhealth.ir/article-1-432-fa.html>
- Song, J., Mailick, M. R., & Greenberg, J. S. (2018). The impact of the Great Recession on midlife and older parents of individuals with a mental health problem or a developmental disability. *The gerontologist*, 58(3), 448-455. [doi:10.1093/geront/gnw269](https://doi.org/10.1093/geront/gnw269)
- Su, H., Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2023). Factors related to parenting styles of Chinese mothers of children with and without intellectual disability.

- Journal of Intellectual Disability Research*, 67(6), 573-587. [doi:10.1111/jir.13029](https://doi.org/10.1111/jir.13029)
- Tajari, M., Karimi, J., & Goodarzi, K. (2019). Effectiveness of Couple Therapy Through Act Method on Hope in life and Self-Compassion in the Couples Asking for Divorce. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 61(6), 2993-3007. [doi:10.22038/mjms.2020.46706.2707](https://doi.org/10.22038/mjms.2020.46706.2707)
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International journal of clinical and health psychology*, 18(1), 60-68. [doi:10.1016/j.ijchp.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002).

