Journal of Counseling Research
Iranian Counseling Association
Vol. 24, No. 93 Spring 2025
Research Article

e-issn:4018-2717 p-issn:400-2717X

DOI:10.18502/qjcr.v24i93.19072

Comparing of the Effectiveness of Compassion-based Mindfulness Therapy and Mentalization on the Resilience of Mothers of Children with Educable Intellectual Disabilities

Fatemeh Kafinia[1], Tayebeh Sharifi[2], Ahmad Ghazanfari[3]

1. Ph. D student in General Psychology Department of Psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Haleh1971@yahoo.com
2. (Corresponding Author), Ph. D General Psychology, Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. Ta.Sharifi@iau.ac.ir
3. Ph. D General Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities Science, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral thesis

Received: 07/07/2024 - Accepted: 21/05/2025

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and mentalization-based therapy on the resilience of mothers of children with educable intellectual disabilities. **Methods:** A quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments and a control group was used. The statistical population consisted of mothers of children with educable intellectual disabilities in Farsan during the second half of 2023. Using convenience sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups (15 in each group). The first experimental group received eight 90-minute sessions of compassion-based mindfulness therapy, and the second experimental group received eight 90-minute sessions of mentalization-based therapy. The control group did not receive any intervention. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, 2003) and a brief clinical interview. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. **Findings:** The results indicated that both mentalization-based ($p < 0.001$) and compassion-based mindfulness ($p < 0.001$) interventions had a lasting impact on increasing overall resilience and its subscales. Moreover, no significant difference was found between the effectiveness of the two treatment methods in enhancing resilience and its components ($p > 0.05$). **Conclusion:** Based on the findings, both compassion-based mindfulness therapy and mentalization-based therapy can be effectively used to enhance the resilience of mothers of children with educable intellectual disabilities.

Keywords: Mindfulness, compassion, mentalization, resilience, intellectual disability

فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۴، شماره ۹۳، بهار ۱۴۰۴
مقاله پژوهشی
e-issn: 4018-2717 p-issn: 400-2717X
DOI: 10.18502/qjcr.v24i93.19072

مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر تاب‌آوری مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر

فاطمه کافی‌نیا[۱]، طیبه شریفی[۲]، احمد غضنفری[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. Haleh1971@yahoo.com
۲. (نویسنده مسئول)، دکتری روان‌شناسی عمومی، استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. Ta.Sharifi@iau.ac.ir
۳. دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

(صفحات ۱۵۰-۱۷۷)

چکیده

مقاله حاضر برگفته از رساله دکترا می‌باشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر انجام شد.

روش: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهر فارسان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر از آنها انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۱۵ نفر در هر گروه) گمارده شدند. سپس گروه آزمایش اول تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهنی‌سازی را دریافت کردند، در حالیکه گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش پرسشنامه تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و مصاحبه‌ی بالینی کوتاه بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو روش مداخله ذهنی‌سازی (P <۰/۰۰۱) و ذهن‌آگاهی (P <۰/۰۰۱) بر افزایش میانگین تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن تاثیر پایدار داشتند، ضمن اینکه مشخص شد بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و ذهنی‌سازی بر تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، نتیجه‌گیری شد که می‌توان با استفاده از هر دو روش درمان، تاب‌آوری مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، شفقت، ذهنی‌سازی، تاب‌آوری، نارسایی هوشی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۷ ـ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۳۱

مقدمه

به دنیا آمدن کودک دارای کم‌توانی ذهنی یا جسمی، از همان ابتدا می‌تواند والدین را وارد یک چالش جدی کند (جونز و فنیچ[1]، ۲۰۲۰). کم‌توانی ذهنی اختلالی است که در جریان دوره‌ی رشد شروع می‌شود و باعث ایجاد نقص‌های عقلانی و عملکرد انطباقی در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[2]، ۲۰۲۲). میزان شیوع کم‌توانی و نارسایی هوشی به خودی خود نه تنها مسئله‌ی قابل تأملی است، بلکه به دلیل اینکه می‌تواند روی سلامت روان سایر اعضای خانواده نیز تاثیر بگذارد، اهمیت دوچندانی پیدا کرده است (گوهل، موک‌هرجی و چوداری[3]، ۲۰۱۱). وجود کودک دارای نارسای هوشی باعث می‌شود والدین و به خصوص مادران انواع احساسات دشوار مانند خشم، ناامیدی، ناکامی، اضطراب، افسردگی، شرم و گناه را تجربه کنند (حیدری ترکمانی، ۱۴۰۱؛ موارده، سیسواتی و هدایتی[4]، ۲۰۱۸). در واقع، والدین این گونه کودکان از اینکه موجودی ناتوان و نیازمند را به دنیا آورده‌اند، احساسات دشواری را تجربه می‌کنند (دیزداریویک، ممیسویک و عثمانویچ و همکاران[5]، ۲۰۲۲). والدین درگیر و نگران این موضوع هستند که قرار است دیگران چه قضاوتی درباره‌ی آنها بکنند، کودک‌شان چه سرنوشتی پیدا می‌کند و خودشان بایستی چه کارهایی انجام دهند (جونز و فنیچ، ۲۰۲۰).

تجربه‌ی چنین هیجانات و شرایط دشواری باعث بروز مشکلاتی می‌شود که پیشگیری از آن نیازمند ایجاد ظرفیت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری است (فتاحی، ویسی و مرادی، ۱۴۰۱؛ ملک‌زاده، نیکخو، طرخان و همکاران، ۱۴۰۲). بخش مهمی از این ظرفیت‌ها به موضوع تاب‌آوری مرتبط است. تاب‌آوری به فرایند سازگاری والدین در

1. Jones & Finch
2. American Psychiatric Association (APA)
3. Gohel, Mukherjee & Choudhary
4. Mawardah, Siswati & Hidayati
5. Dizdarevic, Memisevic, Osmanovic etal.

شرایط و موقعیت‌های سخت و دشوار و نحوه‌ی تدبیر، خودکارآمدی و توانایی مقابله با این شرایط سخت گفته می‌شود (ایولیوتی و پیزکاندیس[1]، ۲۰۲۲). مادرانی که تاب‌آوری بالاتری دارند، از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند، روابط موثرتری برقرار کرده و در نتیجه حمایت اجتماعی و خانوادگی بیشتری دریافت می‌کنند؛ ضمن اینکه شرایط و موقعیت‌های دشوار را بهتر می‌توانند مدیریت کرده و از ظرفیت‌های خود و اعضای خانواده در جهت بهتر کردن شرایط استفاده نمایند (گیویدیا ـ پاینه، دنی و دیویس و همکاران[2]، ۲۰۱۵).

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که داشتن کودک دارای نارسایی هوشی نسبت به سایر کودکان عادی وقت بیشتری از مادر می‌گیرد و معمولاً بازدهی کمتری به همراه دارد (ویلاویسنسیو و لوپز ـ لاروسا[3]، ۲۰۲۰). این موضوع به نوبه‌ی خود موجب می‌شود که مادران تحت فشار، استرس و هیجانات دشوار قرار گیرند و به مرور خودشان نیز مشکلات روان‌شناختی را تجربه کنند (مختار، کومارا، هستجارو و همکاران[4]، ۲۰۱۸). نتایج برخی از پژوهش‌ها بیانگر آن است که مراقبانی که به لحاظ مشکل‌دار بودن کودک خود، سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند، اغلب اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که این موضوع به نوبه‌ی خود می‌تواند باعث دوری آنها از سایر اعضای خانواده و دوستان و پریشانی در مراقبت از فرزندان دیگر شود (یولیوتی و پیزکاندیس، ۲۰۲۲). به همین دلیل، این مادران بایستی از مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت تاب‌آوری برخوردار باشند تا بهتر بتوانند با مشکلات و تنگناها کنار آیند (کریمی، متقی و مرادی، ۱۴۰۱؛ والش[5]، ۲۰۱۶).

در مجموع، به منظور بهبود و افزایش تاب‌آوری به مداخلاتی نیاز است که از طریق

1. Aivalioti & Pezirkianidis
2. Gavidia-Payne, Denny, Davis et al.
3. Villavicencio, C.E., & López-Larrosa
4. Mukhtar, Kumara, Hastjarjo et al.
5. Walsh

افزایش انعطاف‌پذیری به افراد کمک نمایند تا از مهارت‌های کارآمدتر و متنوع‌تری برای تاب‌آورتر شدن و مواجه شدن با شرایط سخت برخوردار شوند (سنبل و گانری[1]، ۲۰۱۹). هرچند یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که مداخلاتی مانند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌اگاهی (ملک‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (فتاحی و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان (سلیمانیان، جبل عاملی، مقیمیان و همکاران، ۱۴۰۱)، محمودپور، دهقان‌پور، ایجادی و همکاران (۱۴۰۰) برای تاب‌آورتر شدن و فائق آمدن بر هیجانات، پریشانی و موقعیت‌های دشوار موثر عمل می‌کنند؛ با این حال، مقایسه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی از دغدغه‌های مهم روان‌درمانگران و پژوهش‌گران به حساب می‌آید. این موضوع از آنجا ناشی می‌شود که اغلب مداخلات کم و بیش روی مغز و مدارهای مغزی و همچنین تنظیم هیجان تاثیر می‌گذارند (زیفل، لوتز و اشنایدر و همکاران[2]، ۲۰۲۴). یافته‌های اخیر علوم اعصاب، بیان‌گر آن است که مداخلات روان‌شناختی با دو راهبرد متفاوت «بالا ـ زیر»[3] یا «زیر ـ بالا»[4] روی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی تاثیر می‌گذارند (اسپری[5]، ۲۰۱۶). درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به عنوان یک روش وابسته به موج سوم رفتاردرمانی یک درمان زیر ـ بالا است که عمدتاً روی تنظیم هیجان متمرکز شده و سعی می‌کند از طریق ایجاد زمینه پذیرش افکار و احساسات دشوار، اجتناب تجربتی را در افراد کاهش داده و شرایط را برای زندگی دلخواه هموار نماید (پاولوا، پنی و توآتا و همکاران[6]، ۲۰۲۴). در حالیکه تمرکز روی زمان حال به عنوان نقطه قوت این روش مداخله محسوب می‌شود، عدم توجه به گذشته و مسیر تحولی ناشی از اتفاقات سال‌های اولیه تولد افراد را می‌توان به عنوان نقطه ضعف این روش معرفی کرد (زیفل و همکاران، ۲۰۲۴).

1. Sunbul & Guneri
2. Zipfel, Lutz, Schneider et al.
3. top-down
4. bottom-up
5. Sperry
6. Pavlova, Paine, Tuato et al.

این در حالی است که درمان ذهنی‌سازی به عنوان یک روش درمانی گذشته‌نگر از نوع «بالا ـ زیر» است که به اتفاقات سال‌های اولیه توجه دارد و می‌تواند ریشه تحولی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را بررسی نماید. با این حال، درمان ذهنی‌سازی به اندازه رفتاردرمانی روی اهداف کوتاه‌مدت و مشکلات جاری مراجع متمرکز نمی‌شود (اسپری، ۲۰۱۶؛ چن، لیو، ژائو و همکاران[1]، ۲۰۲۴).

درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت یک شیوه ترکیبی است که به صورت همزمان مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی را مورد استفاده قرار می‌دهد (شهبازی، خدابخشی، داودی و همکاران، ۱۳۹۹؛ یان[2]، ۲۰۲۱)، بنابراین روی مفاهیمی از قبیل توجه کردن نسبت به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت و همچنین داشتن شفقت نسبت به خود و دیگران را مورد تاکید قرار می‌دهد (تبریزی، قمری و بزازیان، ۱۳۹۹؛ گیلبرت و سیمونز[3]، ۲۰۲۲؛ ویلسون، مک‌کینتوش، پاور و همکاران[4]، ۲۰۱۹). یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که این شیوه مداخله، در موقعیت‌های بالینی و همچنین موقعیت‌هایی که افراد در شرایط سخت قرار می‌گیرند و بایستی یک شرایط سخت و مزمن را تحمل کنند، از کارایی بالایی برخوردار است (نتا و هیس[5]، ۲۰۱۹). همچنین رایزل، ایگان، کوک و همکاران[6] (۲۰۲۰) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت را بر تاب‌آوری، رجبی هرسینی (۱۳۹۸) میزان تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی را بر سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی، کریمی، متقی و مرادی (۱۴۰۱) مداخلات ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری، عباسی و خادملو (۱۳۹۷) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر رشد مهارت‌های تاب‌آوری و ملک‌زاده و همکاران (۱۴۰۲) شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای تاب‌آورتر شدن و فائق آمدن بر هیجانات و

1. Chen, Liu, xiao et al.
2. Yuan
3. Gilbert & Simos
4. Wilson, Mackintosh, Power et al.
5. Neta & Haas
6. Rizal, Egan, Cook et al.

موقعیت‌های دشوار مورد تایید قرار داده‌اند.

از سوی دیگر، بیتمن و فوناگی[1] (۲۰۱۶) ذهنی‌سازی را به عنوان توانایی و ظرفیت درک اعمال دیگران و خود شخص از نظر افکار، احساسات، آرزوها و تمایلات تعریف کرده‌اند. به عبارت دیگر، ظرفیت ذهنی‌سازی به عنوان کارکردی بازتابی مطرح شده که توانایی درک حالت ذهنی خود و سایرین را ایجاد می‌کند (متاویا[2]، ۲۰۲۰) و عمدتاً از طریق ارتباطات بین‌فردی در دوران کودکی به ویژه روابط دلبستگی حاصل می‌شود و رفتارهای آشکار فرد را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد (دارابی، معنوی‌پور و محمدی، ۱۴۰۲؛ آسن و فوناگی[3]، ۲۰۲۱). در سال‌های اخیر اثربخشی درمان ذهنی‌سازی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله، سلمانیان و همکاران (۱۴۰۱) اثربخشی درمان ذهنی‌سازی را بر میزان خود شفقت‌ورزی و تاب‌آوری، همایونی، کیخسروانی و پولادی (۱۴۰۱) درمان ذهنی‌سازی را بر مدیریت هیجانات و اجتناب، لام، لیون، لاین و همکاران[4] (۲۰۲۲) اثربخشی درمان ذهنی‌سازی را بر بهبود سبک‌های فرزندپروری و الگوهای دلبستگی مورد تاکید قرار داده‌اند.

با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی در خصوص اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت از یک سو و درمان ذهنی‌سازی از سوی دیگر انجام شده که قبلاً به تعدادی از آنها اشاره شد، ولی تعداد مطالعاتی که این دو روش درمان را به عنوان نماینده دو رویکرد با مکانیزم اثر متفاوت که قبلاً درباره آن صحبت شد، مورد مقایسه قرار داده باشد، محدود ااست. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ دادن به این سئوال است که آیا اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی روی تاب‌آوری مادران دارای کودک با نارسایی هوشی متفاوت است؟

1. Bateman & Fonagy
2. Metawea
3. Asen & Fonagy
4. Lam, Leung, Lin & et al.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی دارای طرح پیش ـ آزمون، پس ـ آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که طی آن اعضای دو گروه آزمایش و گروه کنترل طی سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴ ماهه پرسشنامه تاب‌آوری را تکمیل کردند. جامعه آماری پژوهش، کلیه مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر بودند که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ در مدارس استثنایی شهرستان فارسان به تحصیل اشتغال داشتند. بدین ترتیب با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با انجام مصاحبه‌ی بالینی کوتاه (به منظور اطمینان از عدم ابتلا به اختلالات روانشناختی)، تعداد ۴۵ نفر از این مادران به طور غیرتصادفی انتخاب و در ادامه به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند، حجم نمونه با بهره‌گیری نرم افزار G.Power برای پژوهش‌های مداخله‌ای برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر محاسبه شد. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: تحصیل فرزند در مدارس استثنایی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل به منظور توانایی استفاده مناسب از جلسات درمان، عدم تشخیص اختلال‌های روان‌پزشکی حاد و مزمن (اختلال دوقطبی و اسکیزو فرنی) و اختلالات شخصیتی شدید بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌شناس بالینی، عدم وابستگی و مصرف مواد و الکل بود که با استفاده از مصاحبه بالینی کوتاه ارزیابی شدند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). همچنین ملاک‌های خروج عبارت بود از: دریافت هر گونه آموزش یا مشاوره به صورت هم‌زمان.

ابزار پژوهش

برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پرسشنامه دارای ۲۵ سئوال است که کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید طرح‌ریزی کرده‌اند. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این مقیاس می‌تواند به خوبی افراد تاب‌آور را از افراد غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و

غیر بالینی جدا کند و در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه از ۵ عامل تشکیل شده که عبارتند از: شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، کنترل و مذهب. روش نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره کل محاسبه می‌شود. سازندگان آزمون، روایی پرسشنامه را r =۰/۵۶ و پایایی آن را به روش بازآزمایی برابر ۰/۷۳ و به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۴ گزارش کردند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در ایران نیز ظریفی، هنری و بحرالعلوم (۱۳۹۵) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۷۸ و همچنین با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، نشان دادند که پرسشنامه تاب‌آوری با تمام ابعاد شخصیت نئو به جز بعد روان‌رنجوری رابطه معنی‌دار دارد (**P**<۰/۰۱)که بیانگر روایی همزمان پرسشنامه می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، کنترل و مذهب به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۹۶، ۰/۸۵، ۰/۹۰ و برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

مصاحبه بالینی: برای بررسی و تشخیص عدم وجود اختلال روانی شدید یا اختلال شخصیت و وجود سابقه مصرف مواد از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) استفاده شد که توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی صورت گرفت.

از پروتکل ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت بر اساس گرمر و نف (۲۰۱۹) و پروتکل ذهنی‌سازی بر اساس بیتمن و فوناگی (۲۰۱۶)در این پژوهش استفاده شد که به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱. پروتکل ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت بر اساس گرمر و نف (۲۰۱۹)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه	گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت.
دوم	تمرین ذهن‌آگاهی، مقاومت، برخورد با آن	تمرین ذهن‌آگاهی (آرام نشستن) و توضیح مقاومت در ذهن‌آگاهی و برخورد با پریشانی‌ها. تمرین و آموزش ذهن‌آگاهی و شفقت به خود در زندگی
سوم	تمرین ذهن‌آگاهی، مهربانی صمیمانه	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرین مهربانی صمیمانه، تفاوت آن با شفقت، تمرین کلاسی (مهربانی صمیمانه به فردی عزیز)
چهارم	مراقبه مهربانی نسبت به خودمان	بررسی تکلیف، مراقبه مهربانی صمیمانه به خودمان،بیان مطالبی در مورد خود انتقادگری و احساس امنیت، تمرین کلاسی
پنجم	مراقبه ابرازو دریافت شفقت	بررسی تکلیف، مراقبه ابراز و دریافت شفقت، مطالبی در مورد زندگی عمیق و غنی، تمرین کلاسی (آرام نشستن، کشف ارزش‌های اصلی خود)
ششم	کناره‌گیری	بررسی تکلیف، آشنایی با کناره‌گیری، تمرین کلاسی کناره‌گیری (راه رفتن حسی، استقرار، بیرون آمدن از سکوت)
هفتم	مواجهه با هیجانات دشوار	بررسی تکلیف، توضیح مواجهه با هیجانات دشوار، بیان مفهوم تاب‌آوری و منابع آن، تمرین کلاسی کار استفاده از تاب‌آوری
هشتم	مراقبه دوست مشفق	بررسی تکلیف، مراقبه دوست مشفق، بررسی روابط چالش‌برانگیز، تمرین کلاسی، جمع‌بندی و پس‌آزمون

جدول ۲. پروتکل درمان ذهنی‌سازی بر اساس بیتمن و فوناگی (۲۰۱۶)

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
اول	ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی	آشنایی اعضا با همدیگر، ایجاد رابطه درمانی، توضیح ابعاد شکل‌گیری و مزایای ذهنی‌سازی، آشنایی با شیوه درمان، بیان اهداف جلسات و تاکید بر حضور در تمامی آنها
دوم	مشکل داشتن در ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل، بیان شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، ایرادات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تکانشگری و تنظیم هیجان، حساسیت‌های بین‌فردی، شفاف‌سازی تفسیرهای مراجع.

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
سوم	ذهنی‌سازی هیجان	مرور بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف آن، بیان اهداف جلسه، توصیف انواع هیجانات، هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه، چگونگی برخورد با هیجانات و کنترل آنها و ذهنی‌سازی هیجانات، ارائه روش‌های آرمیدگی و تکلیف خانگی.
چهارم	اهمیت روابط دلبستگی و ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی، بیان اهداف جلسه، بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگ‌سالی، اهمیت روابط دلبستگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی و تعارض‌های دلبستگی
پنجم	درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی، بیان اهداف جلسه، درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی، بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان، اهمیت ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و ایجاد ارتباط با دیگران
ششم	حمایت و تأیید همدلانه و شفاف‌سازی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی و بیان اهداف جلسه، پرسش در مورد مشکلات و شفاف‌سازی مباحث مطرح شده در جلسات، حمایت گری، رفتار همدلانه و روشن‌سازی و آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب جهت تسهیل اعتماد
هفتم	شناسایی و تمرکز عاطفی	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی و بیان اهداف، بررسی و کشف مراجع به درک و شناخت جدیدش و احساس کنونی مشترک بین مراجع و درمانگر در هر لحظه از جلسه (شناسایی تمرکز عاطفی درمان‌جو در ارتباط با جلسه کنونی
هشتم	ذهنی‌سازی ارتباط و خلاصه و نتیجه‌گیری	جمع‌بندی و بازبینی، نتیجه‌گیری و به اتمام رساندن جلسه

روش اجرا

ابتدا در نیمه دوم سال ۱۴۰۲، هماهنگی لازم با مدیریت آموزش و پرورش استثنایی شهرستان فارسان انجام شد. در یکی از مراکز بهزیستی این شهر تعداد ۴۵ نفر از مادران که اعلام رضایت کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند و برای دو گروه آزمایش، هدف از اجرای پژوهش توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کارآزموده توضیح داده شد و سپس هر سه گروه پرسشنامه

تاب‌آوری را تکمیل کردند. گروه آزمایش اول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان ذهنی‌سازی را دریافت کردند. پس از اتمام جلسات درمان و بعد از گذشت چهار ماه، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌های سه گروه تکمیل شد و پس از ورود نمرات به نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵، تجزیه و تحلیل آماری مناسب انجام شد. لازم به ذکر است که گروه کنترل (لیست انتظار) پس از اتمام پژوهش، طی ۴ جلسه فشرده ۱۲۰ دقیقه‌ای محتوای جلسات مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی را دریافت کرد.

یافته‌ها

تعداد ۴۵ نفر مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش پذیر در دو گروه آزمایش و یک گروه کواه، هر یک به تعداد ۱۵ نفر در این پژوهش شرکت نمودند. میانگین سنی مادران ۳۷/۴۱ سال با انحراف استاندارد ۱۰/۷۲ بود. از لحاظ تحصیلی ۲۵/۲ درصد زیردیپلم، ۳۹/۷ درصد دیپلم و ۳۵/۱ درصد بالاتر از دیپلم بودند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ استفاده شد که طی آن روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی به کار گرفته شدند.

در جدول ۳ مشخص شده که میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری و مولفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته‌اند. با این حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته که در ادامه طی جداول بعدی این تفاوت‌های ایجاد شده از لحاظ آماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کل تاب‌آوری و زیر مقیاس‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمرات کل تاب‌آوری	ذهنی‌سازی	۳۴/۰۰	۳/۸۷	۶۱/۶۷	۱۳/۳۲	۵۸/۴۰	۱۰/۹۲
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۳۷/۰۶	۴/۰۸	۶۷/۹۳	۸/۳۹	۶۰/۸۷	۱۰/۶۱
	کنترل	۳۴/۶۰	۴/۲۲	۴۳/۶۰	۵/۷۳	۳۳/۷۳	۲/۵۷
شایستگی و استحکام شخصی	ذهنی‌سازی	۱۱/۰۷	۱/۵۸	۲۱/۱۳	۵/۲۲	۱۹/۶۰	۴/۲۰
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۱۳/۴۰	۱/۷۲	۲۱/۶۷	۴/۱۵	۱۹/۸۷	۴/۵۱
	کنترل	۹/۸۷	۱/۶۴	۱۰/۲۷	۱/۴۸	۱۰/۹۳	۱/۰۳
تحمل عواطف منفی	ذهنی‌سازی	۹/۲۷	۱/۴۸	۱۹/۴۷	۷/۲۹	۱۳/۶۷	۳/۵۵
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۹/۵۳	۱/۰۶	۲۰	۳/۱۱	۱۵/۱۳	۴/۱۳
	کنترل	۹/۷۳	۰/۸۸	۹/۹۳	۱/۱۰	۹/۴۷	۰/۷۴
پذیرش عواطف مثبت	ذهنی‌سازی	۶/۴۷	۰/۸۳	۱۴/۴۷	۵/۹۳	۱۲/۸۰	۳/۷۶
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۶/۵۳	۰/۹۹	۱۲/۹۳	۲/۵۴	۱۵	۳/۳۳
	کنترل	۷/۲۷	۱/۱۶	۷/۴۳	۱/۱۷	۶/۳۳	۱/۱۱
کنترل	ذهنی‌سازی	۴/۲۷	۱/۱۰	۶/۷۳	۱/۹۸	۸/۰۷	۲/۰۸
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۴/۵۳	۱/۰۶	۹/۱۳	۲/۳۲	۶/۶۷	۲/۰۸
	کنترل	۶/۲۷	۱/۱۰	۳/۷۳	۰/۷۰	۳/۸۰	۰/۸۶
مذهب	ذهنی‌سازی	۲/۹۳	۰/۹۶	۴/۸۷	۱/۵۹	۴/۸۷	۱/۵۹
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۳/۰۰	۱/۰۶	۴/۹۳	۱/۱۰	۴/۷	۰/۹۹
	کنترل	۳/۱۳	۰/۶۴	۳/۴۷	۱/۱۲	۳/۲۷	۱/۲۲

برای بررسی داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی یک عامل (طرح آمیخته) استفاده شد. پیش‌شرط‌های لازم برای کاربرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شد. از جمله، مشخص شد مقادیر آزمون کلوموگروف - اسمیرنوف برای نمرات تاب‌آوری در مرحله‌ی پیش‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بزرگ‌تر از بود (P>۰/۰۵) و داده‌ها از شرایط نرمال پیروی می‌کردند. نتایج آزمون ام‌باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات مربوط به نمرات تاب‌آوری نشان داد سطح معناداری به دست آمده به صورت (MBox =۱۲/۷۹،P=۰/۴۹۱) است و نتیجه‌گیری شد که ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند. آزمون کرویت موشلی نیز برای میانگین نمرات تاب‌آوری به صورت (M=۰/۷۵۹، ۰/۰۰۳ =P) به دست آمد که بیانگر وجود تفاوت بین کواریانس‌هاست و بدین ترتیب برای گزارش اثرات درون‌آزمودنی از آزمون اصلاح شده گرین‌هاوس ـ گیسر در جدول ۴ استفاده شد. همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس نمرات تاب‌آوری وجود نداشت (F =۰/۱۳۳، P= ۰/۸۷۱).

جدول ۴. خلاصه نتایج اثرات درون‌آزمودنی تاب‌آوری و مولفه‌های آن

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نمرات کل تاب‌آوری	کرویت	۳۵۹۴/۰۸	۴	۱۳۱/۳	۵۷/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۶
شایستگی فردی	کرویت	۴۳۱/۲۴	۴	۱۰۷/۸	۱۱/۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۲
تحمل عواطف منفی	گرین‌هاوس	۵۱۹/۶	۳/۰۰۳	۱۷۳/۰۶	۱۱/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۸
پذیرش عواطف مثبت	گرین‌هاوس	۴۶۱/۱	۳/۲۰۵	۱۴۳/۸	۱۳/۷۰	۰/۰۱۴	۰/۲۹۵
کنترل	کرویت	۲۷۶/۸	۴	۶۹/۲۱	۲۷/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۷
مذهب	گرین‌هاوس	۱۹/۰۵	۲/۱۴	۸/۸۹	۸/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹۴

نتایج جدول ۴ در خصوص اثرات درون‌آزمودنی نشان می‌دهد برای میانگین نمرات کل تاب‌آوری زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت (F=۵۷/۶۷ وP=۰/۰۰۱) و برای زیر مقیاس‌های شایستگی فردی (F=۱۱/۴۰ و P=۰/۰۰۱)، تحمل عواطف منفی (F=۱۱/۷۰ و P=۰/۰۰۱)، پذیرش عواطف مثبت (F=۱۳/۷۰ و P=۰/۰۱۴)، کنترل (F=۲۷/۴۶ و P=۰/۰۰۱) و مذهب (F=۸/۷۶ و P=۰/۰۰۱) به دست آمد که بیانگر آن است که طی زمان در میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌دار به وجود آمده است. همچنین نتایج مقایسه زوجی نیز نشان داد، میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری بیشتر بود (P<۰/۰۱)؛ ولی بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۱)، که بیانگر آن است که میانگین نمرات در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون تغییر کرده و این تغییر پایدار بوده است. در جدول ۵ خلاصه نتایج اثرات بین‌گروهی ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس (لامبدای ویلکس) برای تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن

ضرایب	مقدار	dfفرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	ضریب اتا
نمرات کل تاب‌آوری	۰/۱۸۳	۲	۴۱	۲۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۷
شایستگی و استحکام شخصی	۰/۲۹۴	۲	۴۱	۴۹/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۶
تحمل عواطف منفی	۰/۲۱۱	۲	۴۱	۷۶/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۹
پذیرش عواطف مثبت	۰/۲۱۵	۲	۴۱	۷۳/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۵
کنترل	۰/۶۴۷	۲	۴۱	۱۱/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۳
مذهب	۰/۳۸۰	۲	۴۱	۳۸/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۰

نتایج جدول ۵ در خصوص اثرات تحلیل کواریانس نشان می‌دهد برای میانگین نمرات کل تاب‌آوری به صورت (P=۰/۰۰۱،F=۲۹/۲۹)، زیر مقیاس شایستگی و استحکام

شخصی (F=۴۹/۲۰، P=۰/۰۰۱)، تحمل عواطف منفی (F=۷۴/۴۶، P=۰/۰۰۱)، پذیرش عواطف مثبت (F=۷۳/۹۶، P=۰/۰۰۱)، کنترل (F=۱۱/۲۰، P=۰/۰۰۱) و مذهب (F=۳۸/۴۹، P=۰/۰۰۱) به دست آمد که بیانگر آن است که بین میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن در گروه‌های مختلف پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود داشته که در ادامه در جدول ۶ این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مورد مقایسه قرار گرفته است.

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن در گروه‌های مختلف پژوهش

مقیاس	درمان	درمان	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تاب‌آوری	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۳/۹۱	۱/۹۷	۰/۱۶۲
		گروه کنترل	۱۴/۰۴	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	۱۷/۹۵	۱/۹۷	۰/۰۰۱
شایستگی و استحکام شخصی	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۱/۰۴	۰/۷۸۷	۰/۵۷۴
		گروه کنترل	۶/۹۱	۰/۷۸۷	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	۷/۹۶	۰/۷۸۷	۰/۰۰۱
تحمل عواطف منفی	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۰/۷۶	۰/۶۸۹	۰/۸۳۸
		گروه کنترل	۴/۴۲	۰/۶۸۹	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	۵/۱۸	۰/۶۸۹	۰/۰۰۱
پذیرش عواطف مثبت	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۰/۲۴	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
		گروه کنترل	۴/۲۹	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر	گروه کنترل	۴/۵۳	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱

مقیاس	درمان	درمان	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
		شفقت			
کنترل	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۰/۴۲	۰/۳۵۴	۰/۷۱۸
		گروه کنترل	۱/۷۶	۰/۳۵۴	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	۲/۱۸	۰/۳۵۴	۰/۰۰۱
مذهب	ذهنی‌سازی	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	۰/۰۴	۰/۳۷۱	۰/۹۹۹
		گروه کنترل	۰/۹۳	۰/۳۷۱	۰/۰۴۷
	ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	۰/۹۸	۰/۳۷۱	۰/۰۳۵

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن شامل شایستگی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف منفی، کنترل و مذهب گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است (P<۰/۰۵). در واقع، مشخص شد میانگین نمرات کل تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و گروه ذهنی‌سازی به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (P<۰/۰۵). همچنین مشخص شد میانگین نمرات تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی تفاوت معنی‌داری نداشته است (P>۰/۰۵). بدین ترتیب نتیجه‌گیری شد که هر دو روش مداخله روی افزایش میانگین نمرات تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن موثر عمل کرده و اثربخشی آنها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت و درمان ذهنی‌سازی را

بـر تـاب‌آوری و زیـر مقیاس‌هـای آن مقایسـه کـرده اسـت. نتـایج پـژوهش نشـان داد ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت بر افزایش میانگین نمرات تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن شامل تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، کنترل و مذهب تاثیر پایدار داشت. ااین یافته با بخش عمده‌ای از نتایج پژوهش‌ها پیرامون اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی و شـفقت همسـویی دارد. از جملـه بـا نتـایج پژوهش‌هـای ملک‌زاده و همکـاران (۱۴۰۲)، فتـاحی و همکـاران (۱۴۰۱)، کریمـی و همکـاران (۱۴۰۱)، رجبـی هرسـینی (۱۳۹۸)، رایـزل و همکـاران (۲۰۲۰) و یـان (۲۰۲۱) کـه هـر کـدام اثربخشـی مـداخلات ذهن‌آگـاهی و شـفقت را روی بهبـود متغیرهـای روان‌شـناختی و بـه خصـوص تـاب‌آوری، انعطاف‌پـذیری کنشـی و سرسـختی روان‌شـناختی در نمونـه‌های مختلـف و بـه خصـوص مـادران دارای کـودک بـا کم‌توانی ذهنی و جسمی مورد تاکید قرار داده‌اند، همسویی دارد. ضـمن اینکـه محقق به مطالعه‌ای که نتایج آن با یافته‌ی پژوهش حاضر ناهمسو باشد، دست پیدا نکرد.

در تبیین ایـن یافتـه می‌توان گفـت، درمـان ذهن‌آگـاهی مبتنـی بـر شـفقت بـه گونـه‌ای طرح‌ریـزی شـده کـه بـا اسـتفاده از سـاختار، محتـوا و یکپـارچگی مـداخلات مـوج سـوم، عمـدتاً روی مواجه شـدن بـا سـختی‌ها و چالش‌هـای زنـدگی متمرکـز شـود کـه ایـن موضـوع موجب کاهش واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به هیجانات دشوار و موقعیت‌هـای سـخت می‌شود (ملک‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲). در واقع، ارائه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شـفقت باعـث شـد تـا مـادران فرصـت‌های مناسـبی بـرای اسـتفاده از مهارت‌هـای ذهن‌آگـاهی، اسـتعاره‌هـا و تمثیـل‌هـای مناسـب در جهـت افـزایش شـفقت و پـذیرش نسـبت بـه خـود، قابلیت‌های رفتاری خود به منظور خودکنترلی و خودکارآمدی به دسـت آورنـد (گیلبـرت و سیمون، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، در خلال جلسات ذهن‌آگاهی، مادران یاد گرفتنـد، خـود ـ نظم‌بخشی را در خود بهبود بخشند و روی منـابع درونـی سـلامت و یکپـارچگی و مشـاهده انفصالی حالـت‌های درونـی تمرکـز نماینـد (رایـزل و همکـاران، ۲۰۲۰). بـدین ترتیـب مـادران گـروه آزمـایش اول یـاد گرفتنـد کـه چگونـه بـا اسـتفاده از ظرفیت‌هـای ذهنـی، هیجـانی و

رفتاری خود با هیجانات و موقعیت‌های دشوار مواجه شوند و چگونه دنیای درون (ذهن) و بیرون خود را مدیریت نمایند (یان، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر، مداخلات ذهن‌آگاهی و شفقت از طریق اصلاح چرخه‌های شناخت ـ هیجان ـ رفتار، توانایی ایجاد واکنش‌های هیجانی و رفتاری سالم‌تر را برای مادران به دست دادند (جلالی و آقایی، ۲۰۱۹). مداخلات ذهن‌آگاهی با تکیه بر حلقه‌های حسی ـ هیجانی موجب می‌شوند، افراد از طریق بازارزیابی مثبت فاجعه‌سازی ذهنی را کاهش دهند و بدین ترتیب بازارزیابی مثبت، ذهن‌آگاهی و شفقت به صورت متوالی و متقابل باعث ارتقاء و بهبود یکدیگر شده و پویایی‌های مربوط به یک مارپیچ روبه بالا[1] را به وجود آوردند که نقطه‌ی مقابل مارپیچ روبه پایین که موجب ایجاد نشخوار ذهنی و بروز هیجانات منفی و اجتناب از مشکلات می‌شود (رایزل و همکاران، ۲۰۲۰). از لحاظ ساختار درونی تاب‌آوری شامل شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت، کنترل و مذهب نیز که به موضوع نگاه شود، ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت روی هر کدام از سازه‌های فوق تاثیرگذار بوده است. از جمله اینکه ارائه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت از طریق تمرکز روی زمان حال و همچنین پذیرش، باعث شد که مادران نسبت به خودپنداره خود دیدگاه مثبت‌تری پیدا کرده و این موضوع به نوبه‌ی خود باعث ایجاد چرخه‌های منفی کمتر و در نتیجه ارزیابی منفی کمتری شد که در نهایت افزایش احساس شایستگی و استحکام شخصی را برای آنها به دنبال داشت (رجبی هرسینی، ۱۳۹۸). ضمن اینکه اصلاح چرخه‌های فکر ـ احساس و رفتار از طریق پذیرش درونی، موجب شد که مادران نسبت به عواطف مثبت و منفی خود دیدگاه گشوده‌تری پیدا کرده که این موضوع موجب افزایش تاب‌آوری از طریق کنار آمدن با احساسات منفی و پذیرش احساسات مثبت شد (حیدری ترکمانی، ۱۴۰۱).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان ذهنی‌سازی بر افزایش میانگین نمرات

1. upward spiral

تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن تاثیر پایدار داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های همایونی و همکاران (۱۴۰۱)، شهبازی و همکاران (۱۳۹۹) و لام و همکاران (۲۰۲۲) پیرامون اثربخشی درمان ذهنی‌سازی روی متغیرهای روان‌شناختی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری از تجارب زندگی افراد و به خصوص در دوره‌ی کودکی و از تعامل و ارتباط با والدین ایجاد می‌شود. به عنوان مثال، بسیاری از مادران ممکن است با سخت‌گیری‌های خود موجب ایجاد استرس و اضطراب در فرزندان خود شوند (قنبری و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین درمان ذهنی‌سازی از طریق ایجاد ظرفیت‌های بیشتر برای درک اعمال دیگران، نقایص خود و دیگران، موجب شد که مادران بهتر بتوانند هیجانات دشوارشان را مدیریت نمایند و از این طریق افزایش تاب‌آوری که نمود عینی در خصوص کنار آمدن با فشارهای درون‌فردی و بین‌فردی و از جمله در رابطه با برقراری ارتباط با فرزند دارای نارسایی هوشی و همین‌طور فشارهای جمعی به لحاظ داشتن چنین فرزندی به حساب می‌آید، به دست آمد (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). به بیان دیگر، ارائه درمان ذهنی‌سازی باعث بهبود دلبستگی و پیوند بین مادر و کودک شد و از این طریق، ضمن کنار آمدن با احساس شرم و گناه ناشی از مقصر بودن و ناقص بودن خود و در نتیجه ایجاد تناقض دوری ـ نزدیکی با کودک، باعث شد که مادران راحت‌تر با چنین شرایط سختی کنار آیند (شهبازی و همکاران، ۱۳۹۹). از سوی دیگر، مطابق با سه مرحله‌ی مهم درمان ذهنی‌سازی، در مرحله‌ی اول مادران نسبت به مشکل اصلی خود که داشتن فرزند دارای نارسایی هوشی است، درگیری مثبت و مسئولانه و پذیرش پیدا کردند. در مرحله‌ی دوم یا میانی ظرفیت ذهنی‌سازی مادران تحریک شد که این موضوع موجب بهبود برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی شده و باعث شد که آنها انگیزَ قوی‌تری برای روبه رو شدن با شرایط موجود و کنار آمدن با کودک پیدا کنند. در نهایت، مادران آنچه را در خلال جلسات درمان دریافت کردند به سطح هوشیاری خود آوردند که این موضوع موجب بهبود مهارت‌های تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن مانند

رشد شایستگی و احساس با کفایت بودن، پذیرش عواطف مثبت و کنار آمدن با عواطف منفی در آنها شد (لام و همکاران، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت با درمان ذهنی‌سازی روی تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری نشان نداد. البته محقق تا زمان انجام پژوهش، به مطالعات چندانی که دو روش ذهن‌آگاهی و شفقت را با روش ذهنی‌سازی مقایسه شده باشد دست پیدا نکرد. ولی در مطالعاتی که هر کدام از دو روش فوق با سایر شیوه‌های مداخله مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، مشخص شده که اثربخشی آنها کم و بیش در حد روش‌های دیگر مانند آموزش تاب‌آوری یا تنظیم هیجان است (سلیمانیان و همکاران، ۱۴۰۱؛ دارابی و همکاران، ۱۴۰۲). به نظر می‌رسد روش مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت به دلیل اینکه یک روش درمان زیر ـ بالا به حساب می‌آید، می‌تواند مانند سایر روش‌های مداخله‌ای موج سوم رفتار درمانی روی سامانه‌های هیجانی متمرکز شود و تنظیم هیجانی موثرتری انجام دهد که همین موضوع موجب تنظیم واکنش‌های هیجانی و رفتاری که مشخصه‌ی مهارت‌های تاب‌آوری است، می‌شود. درمان ذهنی‌سازی به عنوان یک روش گذشته‌نگر و دارای مکانیزم اثر بالا ـ زیر با ایجاد و تقویت ظرفیت‌های ذهنی مناسب و احساس انسجام و کامل بودن نسبت به عاملیت روانی موجب ایجاد بهبود ارتباطات و تعامل اجتماعی در مادران شد که این موضوع تاب‌آوری بیشتر این مادران را به همراه داشت (آسن و فوناگی، ۲۰۲۱). در واقع، ذهن‌آگاهی بالاتر با تکانش‌گری کمتر و توانایی بیشتر در کنترل هیجانی ارتباط دارد. توانایی آگاهی از ذهن و زندگی ذهن‌آگاهانه با احساس تسلط بر خود و محیط در ارتباط است. به نظر می‌رسد افرادی که توانایی تنظیم هیجانات خود در لحظه را دارند، در کنترل خود نیز توانمندتر عمل می‌کنند که این موضوع به نوبه‌ی خود موجب تاب‌آوری بالاتر در افراد می‌شود. توانایی کنترل و تنظیم هیجانات و احساسات، هسته‌ی مرکزی تمرینات ذهن‌آگاهی است. هنگامی که این تمرینات در ترکیب با فنون شفقت به

مادران ارائه شد، میزان صبر، تحمل و تاب‌آوری آنها افزایش پیدا کرد. ضمن اینکه افراد توانایی و جرأت بیشتری برای مواجهه با افکار و احساسات خود پیدا کردند و راحت‌تر با استرس‌هایشان کنار آمدند که طبیعتاً تاب‌آوری آنها را افزایش می‌دهد.

از آنجا که مادران دارای کودک با نارسایی هوشی درگیر احساسات دشوار مختلفی مانند احساس شرم و گناه هستند، لذا روش مداخله ذهن‌سازی با مکانیزم اثر تمرکز روی جنبه‌های تحولی احساس شرم و گناه و همچنین ایجاد ظرفیت لازم برای کنار آمدن با این احساسات، توانسته است ضمن مدیریت این هیجانات دشوار به مادران در بهبود تاب‌آوری خود کمک کرده، و تا حدودی این ضعف را که در مطالعات قبلی مشخص شده که درمان‌های زیر ـ بالا روی تنظیم هیجانات دشوار موثرتر از درمان‌های بالا ـ زیر عمل می‌کنند (اسپری، ۲۰۱۶)، جبران نماید. ولی از آنجا که بیشتر احساساتی که این گونه مادران تجربه می‌کنند، احساسات و هیجانات خودآگاه است و نه ناخودآگاه، و از طرفی مادران این احساس را از زمان به دنیا آوردن فرزند با نارسایی هوشی تجربه می‌کنند و نه لزوماً از ابتدای دوره کودکی خود، لذا به نظر می‌رسد که درمان ذهنی‌سازی با مکانیزم اثر بالا ـ پایین خود، توانسته ظرفیت لازم برای دلبستگی امن‌تر با کودک را فراهم نماید و در نهایت به اندازه‌ی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت که یک درمان زیر ـ بالاست و به خوبی می‌تواند در تنظیم هیجانات دشوار و در نتیجه کنار آمدن با استرس و اضطراب اثر بیشتری روی این گروه از مادران به جای بگذارد، رقابت نماید.

در مجموع، نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ بنابراین می‌توان از دو روش مداخله برای بهبود تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن استفاده کرد. ضمن اینکه به نظر می‌رسد که چنانچه بتوان مولفه‌های مداخله‌ای سازگار با هر یک از دو روش را به آن اضافه کرد که بتوان اثربخشی آنها را افزایش داد. نمونه انتخاب شده صرفاً از بین مادران دارای کودک با نارسایی هوشی آموزش‌پذیر شهر فارسان بود، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر مادران،

پدران و سایر شهرستان‌ها نیز نمونه‌گیری شود. همچنین توصیه می‌شود که مراکز بهزیستی از این رویکردها در ارتقاء سلامت روان و تاب آوری مادران کودکان با نارسایی هوشی آموزش پذیر استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نمونه‌های بزرگتری به روش تصادفی انتخاب و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

موازین اخلاقی: در پژوهش حاضر موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان جهت حضور یافتن در پژوهش و جلسات مداخله، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان، تضمین حریم خصوصی و رازداری، عدم ضبط تصویر و فیلم از شرکت‌کنندگان، برگزاری ۴ جلسه فشرده مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شفقت برای افراد گروه گواه بعد از اتمام پژوهش و انتشار صادقانه نتایج به دست آمده صورت گرفت.

مشارکت نویسندگان: نویسنده اول وظیفه گردآوری داده‌ها و نوشتار نسخه اولیه مقاله، نویسنده دوم (مسئول) وظیفه نظارت بر پژوهش و رفع اشکالات، تأیید ابزار، ویرایش مقاله، نظارت بر صحت انجام پژوهش و همکاری در طراحی پروتکل درمانی و نویسنده سوم (مشاور) وظیفه ارائه مشاوره جهت رفع ابهامات کار تحقیق را بر عهده داشتند.

تعارض منافع: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی می‌باشد و فاقد هر گونه حامی مالی و تعارض منافع است.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از رساله‌ی دکتری با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1402.058 می‌باشد و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد به تصویب رسیده است. بدینوسیله محققان از مدیریت آموزش و پرورش و آموزش استثنایی شهرستان فارسان و همچنین کلیه خانواده‌هایی که در جریان پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

منابع

تبریزی، فاطمه؛ قمری، محمد و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. پژوهش‌های مشاوره، ۱۹(۷۵)، ۶۵-۸۷. http://dx.doi.org/10.29252/jcr.19.75.65

حیدری ترکمانی، رضا. (۱۴۰۱). رابطه بین شفقت به خود با تاب‌آوری و کیفیت رابطه مادر کودک در مادران دارای کودکان با کم‌توانی‌های ذهنی تحولی: نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه تبریز: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

دارابی، مصطفی؛ معنوی‌پور، داود و محمدی، اکبر. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه مبتنی بر ذهن‌سازی و ذهن‌آگاهی (مادر و کودک) در مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی. خانواده درمانی کاربردی، ۴(۱)، ۱۳۳-۱۱۵. https://www.doi.org/10.22034/aftj.2023.336257.1511

رجبی هرسینی، حمیده. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی مادران دارای فرزند استثنایی (شهرستان هرسین). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی.

سلمانیان سهیلا؛ جبل عاملی، شیدا؛ مقیمیان، مریم و ارجمندی، فریبا. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرآیندی گراس بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش مراقبت ویژه. فصلنامه پرستاری قلب و عروق، ۱۰(۱)، ۱۸۷-۱۷۸. https://www.magiran.com/p2524956

شهبازی، جمشید؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا.، داوودی، حسین و حیدری، حسن. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی الگوی شفقت به خود متمرکز بر ذهن‌آگاهی و درمان دلبستگی محور بر احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد. پرستاری کودکان، ۷(۱)، ۲۲-۱۲. http://jpen.ir/article-1-502-fa.html

ظریفی، مجتبی؛ هنری، حبیب و بحرالعلوم، حسن. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی و هنجاریابی نسخه فارسی پرسشنامه تاب‌آوری در دانش‌آموزان و دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. مطالعات روان‌شناسی ورزشی، ۵(۱۵)، ۱۴۹-۱۳۱. https://doi.org/10.22089/spsyj.2016.604

عباسی، رضوان و خادملو، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر طرحواره نقص/ شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمالگرا. فصلنامه علمی -پژوهشی مطالعات روان‌شناختی، ۱۰، ۳۹-۲۸. https://doi.org/10.22051/psy.2018.13131.1304

فتاحی، محمود؛ ویسی، اسداله و مرادی، امید. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه پذیرش مبتنی بر تعهد با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شفقت به خود و تاب‌آوری خانوادگی در مادران کودکان آموزش‌پذیر. مجله مطالعات اسلامی ـ ایرانی خانواده، ۲(۴)، ۶۹-۵۰. https://doi.org/10.30495/iifs.2023.1977241.1069

قنبری، فاطمه؛ نظیری، قاسم و و امیدوار، بنفشه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی/ بیش‌فعالی (ADHD). روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۱(۴۰)، ۱۷۲-۱۵۱. https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1399.11.40.8.0

کریمی، سمیره، متقی، شکوفه و مرادی، افسانه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تاب‌آوری و کاهش علائم بالینی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزارجنسی: مطالعه تک آزمودنی. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۲(۲)، ۱۳۰-۹۳.
https://doi.org/10.22054/jcps.2022.62332.2606

محمودپور، عبدالباسط؛ دهقانپور، ثنا، ایجادی، سحر و محمدی، شهلا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی. پژوهش های مشاوره،۲۰(۷۹)، ۲۶۹-۲۸۹. http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v20i79.7350

ملک‌زاده، لیلا؛ نیکخو، فاطمه؛ طرخان، رضاعلی و نجفی پازوکی، معصومه. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات یادگیری. فصلنامه پژوهش های کاربردی روان‌شناختی، ۱۴(۴)، ۲۳۸-۲۲۳.
https://doi.org/10.22059/japr.2023.341919.644242

همایونی، مینوش؛ کیخسروانی، مولود و پولادی ریشهری، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۱۱(۷)، ۴۴-۳۳. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4

Abbasi, R., & Khademloo, M. (2018). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on schema fectiveness/shame, rumination and social isolation of women perfectionist. *Journal of Psychological Studies*, *14*(1), 127-145. [in Persian] https://doi.org/10.22051/psy.2018.13131.1304

Aivalioti, I., & Pezirkianidis, C (2020). The Role of Family Resilience on Parental Well-Being and Resilience Levels. *Psychology*, *11*, 1705-1728. https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111108

American Psychiatric Association (APA) (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (5th edn, text revision)***.** Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asen, E., Fonagy, P (2021). *Mentalization-based treatment with families*. New York: Guilford Press.

Bateman, A., & Fonagy, P (2016*). Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide (2nd ed.)***.** Oxford, UK: Oxford University Press.

Chen, Y., Liu, R., Xiao, J., Wang, Y., Yang, Y., Fan, H., Li, D., Xu, Ch., Yan, X., Chen, M., Peng, L., Li, M (2024). Effects of online mindful self-compassion intervention on negative body image in breast cancer patients: A randomized controlled trail. *European Journal of Oncology Nursing*, *72*, 102664. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102664

Darabi, M., Manavipour, D., & Mohammadi, A. (2023). The effectiveness of the program based on mentalization and mindfulness (mother and child) in behavioral and emotional problems of primary school children. *Journal of Applied Family Therapy*, *4*(1), 115-133. [in Persian] https://www.magiran.com/p2583505

Dizdarevic, A., Memisevic, H., Osmanovic, A., & Mujezinovic, A (2022). Family quality of life: perceptions of parents of children with developmental disabilities in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Developmental Disabilities, 68(3)*, 274-280. https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1756114.

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. [in Persian] https://doi.org/10.30495/iifs.2023.1977241.1069

Gavidia-Payne, S., Denny, B., Davis, K., Francis, A., & Jackson, M (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *The Clinical Psychologist*, *19*(3), 111–121. https://doi.org/10.1111/cp.12053

Germer, C., & Neff, K. (2019). *Mindful self-compassion (MSC). In handbook of mindfulness-based programmes***.** Routledge.

Ghanbari, F., Naziri, G., & Omidvar, B. (2020). The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Psychological Models and Methods, 11(40), 151-172. [in Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4398.html

Gilbert, P., & Simos, G (2022). *Compassion focused therapy: clinical practice and applications***.** New York: Routledge.

Gohel, M., Mukherjee, S., Choudhary, S. K (2011). Psychosocial impact on the parents of mentally retarded children in Anand District. *Health line,2(2)*,62-85. https://www.healthlinejournal.org/index_pdf/50.pdf

Heidari-Torkamani, R. (2014). The relationship between self-compassion with resilience and the quality of the mother-child relationship in mothers of children with developmental intellectual disabilities: The mediating role of mentalizing capacity. Master's thesis in General Psychology. University of Tabriz: Faculty of Educational Sciences and Psychology. [in Persian]

Homayooni, M., & Keykhosravani, M. (2022). The effectiveness of positive mindfulness on feelings of internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation in violent women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, *11*(7), 33-44. [in Persian] https://frooyesh.ir/article-1-3776-fa.html

Jalali, D., Abdolazimi, M., Alaei, Z., Solati, K (2019). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on quality of life in cardiovascular disease patients. *International Journal Heart & Vasculature*,100356. https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2019.100356

Jones, S. A., & Finch, M (2020). A group intervention incorporating mindfulness-informed techniques and relaxation strategies for individuals with learning disabilities. *Learning Disabilities,48(3)*, 175-189. https://doi.org/10.1111/bld.12337

Lam, A.H.Y., Leung, S.F., Lin, J.J., Chien, W.T (2022). The effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation programme for emotional regulation in individuals with schizophrenia spectrum disorders: a pilot randomised controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment,16*, 729-747. https://doi.org/10.2147/ndt.s231877.

Mahmoudpour, A., Dehghanpour, S., Ejadi, S., & Mohamadi, S. (2021). The effectiveness of compassion-focused therapy on distress tolerance and feeling of guilt in mothers of children with physical-motor disability. *Journal of Counseling Research*, *20* (79), 11. [in Persian] http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v20i79.7350

Malekzadeh, L., Nikkhoo, F., Tarkhan, R. A., & Najafi Pazoki, M. (2024). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Resilience and Quality of Life in Mothers with Children with Learning Disabilities. *Journal of Applied Psychological Research*, *14*(4), 223-238. [in Persian] https://doi.org/10.22059/japr.2023.341919.644242

Mawardah, U. , Siswati, S. , & Hidayati, F (2018). Relationship between active coping with parenting stress in mother of mentally retarded child. *Empati,1* (1) 1- 14. https://doi.org/10.14710/empati.2012.221

Metawea, M (2020). The effectiveness of the mentalization based therapy on borderline personality disorder and emotion regulation. *Difficulties among under Achievers Student*, *77*, 2067-2121. https://doi.org/10.21608/edusohag.2020.107722.

Mottaghi, S., & Moradi, A. (2022). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy in Improving Resilience and Reducing the Clinical Symptoms of Adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder Due to Sexual Harassment: A Single-Subject Study. *Clinical Psychology Studies*, *13* (46), 93-130. [in Persian] https://doi.org/10.22054/jcps.2022.62332.2606

Mukhtar, D. Y., Kumara, A., Hastjarjo, T. D., & Adiyanti, M (2018). Beban pengasuhan yang dialami oleh orang tua yang memiliki anak dengan gangguan spektrumautis. Paper Presented at the Talenta Conference Series: Tropical Medicine (TM). https://doi.org/10.32734/tm.v1i1.42

Neta, N., & Haas, I (2019). *Emotion in the mind and body***.** New York: Springer International Publishing.

Pavlova, A., Paine, S. J., Tuato, A., Consedine, N. S (2024). Healthcare compassion interventions co-design and feasibility inquiry with clinicians and healthcare leaders in Aotearoa/New Zealand. *Social Science & Medicine*, *360*, 117327. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117327.

Rajabi Harsini, H. (2019). The effectiveness of mindfulness on the resilience and psychological toughness of mothers with exceptional children (Harsin County). Master's thesis, Faculty of Social and Educational Sciences, Razi University.

Rizal, F., Egan, H., Cook, A., Keyte, R., & Mantzios, M (2020). Examining the impact of mindfulness and self-compassion on the relationship between mental health and resiliency. *Current Issues in Personality Psychology*, *8(4)*, 279-288. http://dx.doi.org/10.5114/cipp.2020.100792

Salmanian, S., Jabalameli, S., Moghimian, M., & Arjmandi, F. (2021). Comparison of the effect of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on psychological well-being and quality of work-life of nurses in intensive care units. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(1), 178-187. [in Persian] http://journal.icns.org.ir/article-1-732-fa.html

Shahbazi, J., Khodabakhshi-Koolaee, A., Davodi, H., & Heidari, H. (2020). The comparison of the effectivenss of two patterns of self-compassion pattern focused on mindfulness and attachment-based therapy on feeling shame in male adolescents with addiction readiness. *Iranian journal of pediatric nursing*, *7*(1), 12-20. [in Persian] http://jpen.ir/article-1-502-fa.html

Sperry, L (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 Personality disorder: Assessment, case conceptualization, and treatment***.** New York: Routledge.

Sunbul, Z. A., & Guneri, O. Y (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediatin.g role of self-compassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences, 139(3)*, 337-342. https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.009.

Tabrizi, F., Ghamari, M., & Bazzazian, S. (2020). The comparison of effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Integrating Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focus Therapy on psychological well-being of Divorced Women. *Journal of Counseling Research*, *19*(75), 65-87. [in Persian] http://dx.doi.org/10.29252/jcr.19.75.65

Villavicencio, C.E., & López-Larrosa, S (2020). Ecuadorian mothers of preschool children with and without intellectual disabilities: Individual and family dimensions. *Research in Developmental Disabilities, 105*, 1037-1041. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103735.

Walsh, F (2016). Applying the Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process, 55*, 616-632. https://doi.org/10.1111/famp.12260.

Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 10*, 979-995. https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-1037-6.

Yuan, Y (2021). Mindfulness training on the resilience of adolescents under the COVID-19 epidemic: A latent growth curve analysis. *Personality and Individual Differences, 172*, 110560. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110560.

Zarifi, M., Honari, H., & Bahrololom, H. (2016). Psychometrics properties and normalization of persian version of resiliency questionnaire among athletes and non-athletes students. Sport Psychol Stud, 5(15), 131-50. [in Persian] https://doi.org/10.22089/spsyj.2016.604

Zipfel, S., Lutz, W., Schneider, S., Schramm, E., Delgadillo, J., & Giel, K. E (2024). The future of enhanced psychotherapy: towards precision psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 93*(4), 230-236. https://doi.org/10.1159/000539022

© 2021 Iran Counseling Association, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)