

Effectiveness of group counseling using mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on self-compassion and family resilience

Fatahi, Mahmoud ¹. Vaisi, Asadollah ^{*2}. Moradi, Omid ³

1- Mahmoud Fatahi, Ph.D. student in Counseling, Family Counseling Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2- Asadollah Vaisi, Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.

3- Omid Moradi, Associate Professor, Family Counseling Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Abstract

The purpose of this research was to compare the effectiveness of group counseling with cognitive therapy based on mindfulness, self-compassion, and family resilience of mothers of children in education. This research was semi-experimental with a pre-test and post-test with a control group and a follow-up period of 5 months. Sampling was done by simple random sampling. From the list of the statistical population (24) people were selected using random numbers and were placed in two experimental groups of cognitive therapy based on mindfulness, the control group. The educational intervention was conducted using Crane's educational package (2011) in 8- 2-hour sessions for the experimental group. The method of data analysis was multivariate analysis of covariance (ANOVA). The software (SPSS 22) was used for data analysis. Self-compassion, Neff (2003) and Sixby (2005) family resilience questionnaires were used as tools. The results showed that cognitive therapy based on mindfulness in the form of group counseling increases self-compassion and family resilience. Mothers of educated children have an effect and this effect was stable in the 5-month follow-up phase. According to the findings of this research, it is possible to use the cognitive therapy group counseling method based on mindfulness to increase self-compassion and family resilience.

Key words: academic progress, self-regulation, self-motivation, perfectionism

OPEN ACCESS Research Article

*Correspondence: Vaisi, Asadollahi *
vaisi.a1359@gmail.com

Received: 23 Aug 2023
Accepted: 23 Sep 2023
Published: Autumn 2023

Citation: Vaisi, A. (2023). Effectiveness of group counseling using mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on self-compassion and family resilience. *Journal of Psycho Research and Educational Studies*, 1(3): 28 – 45

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

(MBCT) بر شفقت ورزی به خود و تاب آوری^۱

محمود فتاحی^۱، اسدالله ویسی*^۲، امید مرادی^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- دانشیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود، و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با انجام پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و یک دوره پیگیری ۵ ماه بود. نمونه گیری به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انجام شد. جامعه آماری شامل مادران کودکان آموزش پذیر در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در شهرهای ملارد و شهریار بود از میان لیست جامعه آماری (۲۴) نفر با استفاده از اعداد تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گروه گواه، قرار داده شدند. مداخله آموزشی با استفاده از بسته آموزشی کران^۲ ۲۰۰۹ در ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایشی انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کواریانس چند متغیری (آنوا) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار (SPSS 22) استفاده شد. از پرسشنامه های شفقت به خود، نف^۳ ۲۰۰۳ و تاب آوری خانوادگی سیکسی^۴ ۲۰۰۵ به عنوان ابزار استفاده شد نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر افزایش شفقت به خود، و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر تأثیر دارد ($P < 0/001$) و این تأثیر در مرحله پیگیری ۵ ماه دارای ثبات بود. ($P < 0/001$) با توجه به یافته های این پژوهش می توان از روش مشاوره گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی استفاده نمود.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت به خود، تاب آوری، مادران کودکان کم توان.

دسترسی آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول*: اسدالله ویسی

vaisi.a1359@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱

تاریخ انتشار: پاییز ۱۴۰۲

استناد: ویسی، اسدالله. (۱۴۰۲). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر شفقت ورزی به خود و تاب آوری. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری ۱(۳): ۲۸-۴۵.

^۱ این مقاله بخشی از رساله دکتری نویسنده مسئول می باشد

^۲ Crane

^۳ Neff

^۴ Sixbey

بیان مسئله

کم توانی ذهنی یکی از عمده ترین مسائل جوامع بشری و از پیچیده ترین و دشوار ترین مشکلات درحیطه کودکان و نوجوانان است که اثرات فراوانی بر خانواده و جامعه بر جای می گذارد، (پورت ، استرومهر^۱ ۲۰۱۹). وجود کودک کم توان ذهنی علاوه بر مشکل مراقبتی موجب استرس والدین و خانواده می شود به گونه ای که کارکرد خانواده را مختل می سازد. (موریآ و همکاران ۲۰۱۵).

از جمله صفاتی که می تواند به والدین کودکان آموزش پذیر کمک کند تا به بتوانند هم بهیستی خود را حفظ کنند و هم به نیاز های کودکان خود پاسخ دهند، شفقت به خود، می باشد. شفقت به خود این گونه تعریف شده است " پذیرش جنبه هایی از خود و زندگی که خوشایند بوده و از سه رکن ، پذیرش شکست های خود در بعضی جنبه ها ، درک احساس درد و شکست که تمام انسان ها تجربه می کنند ، و درک احساس های خود بصورتی متوازن " (نف ۲۰۲۲ و نف ، گرام^۳ ۲۰۱۳). انسانهایی که شفقت به خود بالایی دارند هنگام تجربه ناکامی ، با خودشان با مهربانی برخورد می کنند، (لوپز^۴ و همکاران ۲۰۱۸). شفقت به خود سازش با محیط را افزایش می دهد و سدی در جهت شکل گیری ناهنجاری هیجانی است، (کوکن^۵ و همکاران ۲۰۱۵). شفقت به خود در ردیف عوامل اجتماعی در پذیرش و تحمل مشکلات است. شفقت به خود همچنین عاملی محافظت کننده است که تاب آوری را افزایش می دهد، (صبری و همکاران ۱۳۹۳ ، نصیری نصب ۱۳۹۸)

صفت دیگری که می تواند به والدین کودکان کم توان ذهنی کمک کند تا به بتوانند هم سلامت روانی و جسمی خود را حفظ کنند و هم نیاز های کودک کم توان ذهنی خود را بر آورده سازند تاب آوری می باشد. در تعریف تاب آوری گفته شده که ، تاب آوری یک فرایند توانایی رسیدن به موفقیت با پیامد سازگارانه موفقیت آمیز علی رغم شرایط تهدید کننده است، (گارمزی ، ماتسن^۶ ۱۹۹۱). همچنین تاب آوری از طریق پذیرش روانشناختی باعث کاهش استرس و افزایش سلامت روانی افرادی می شود که با کم توان های ذهنی در تعامل هستند، (نونه و هستینگ^۷ ۲۰۰۹). همچنین تاب آوری و شفقت به خود بالا باعث بهبود روابط کودک و والد می شود، (کاوه و همکاران ۱۳۹۰). برای افزایش شفقت به خود و تاب آوری از روشهای مختلف در تحقیقات گوناگون استفاده شده است . اما روشهای درمانی مانند رفتار درمانی های موج سوم به لحاظ پرداختن به ریشه ها و استفاده از ذهن آگاهی در این مورد برتری خود را نشان داده است، چنانکه محققان تاثیر مثبت موج سوم درمان رفتاری شناختی بر تعداد زیادی از بیماری های روانی مانند افسردگی ، اضطراب و استرس ، سوء مصرف مواد، اثبات نموده اند، (فراسندوتیر ، دورجی^۸ ۲۰۱۹).

از میان روش های درمانی موج سوم درمان رفتاری شناختی که رکن اساسی در آنها مراقبه و مدیتیشن است. می توان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را نام برد . مدیتیشن پایه این شیوه درمانی موج سوم است .

¹ Prout, H. T., & Strohmer

² Morya

³ Neff & Germer

⁴ López

⁵ Kuyken

⁶ Garmezy and Masten,

⁷ Noone and Hastings

⁸ Frostadottir and, Dorjee

که از آن برای افزایش سلامت افراد استفاده می شود. و ذهن آگاهی یا مدیتیشن به عنوان توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می افتد تعریف می شود، (والاش^۱ و همکاران ۲۰۰۹).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه ای برای درک حوادث گذشته یا جبران راه های غلط در زمان های گذشته نمی باشد و به درمان مستقیم مشکلات روانی دست نمی زند بلکه با آگاهی به واری می محرک های اساسی ذهن، شناخت ها و هیجان ها عنایت دارد و گره های پنهان ذهن انسان را از ناخود آگاه به آگاهی می آورد. با این روش بدون قضاوت کردن یا نکوهش خود می توان آشکار ساخت که، اولاً هیجانات مرکب از افکار، حس های بدنی، احساسات خام و تکانه ها هستند. دوماً هیجانات اغلب اوقات پیش آگهی قوی و وسیعی از ناتوانی ما در برقراری ارتباط با خودمان، دیگران و دنیا هستند. هیجانات اطلاعات درون ذهنی و برون ذهنی را بیان می کنند و نشانه هایی هستند که فقط باید در لحظه و بدون داوری و نکوهش خود بررسی شوند و مورد عنایت قرار گیرند. به این ترتیب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی راهی برای آموزش و تربیت ذهن می باشد و مانند ذره بینی عمل می کند که زیر بنایی ترین الگوهای ذهن را آشکار می کند و وقتی که ذهن به وسیله آن در عمل مورد بررسی قرار می گیرد افکار و هیجانات بالایی خود به خود ناپدید می شود و لایه های زیرین نمایان می شود، (ویلیام، پنمان^۲ ۲۰۱۲).

صد ها پژوهش در سطح دنیا و ایران نقش شیوه های مختلف درمانی را در افزایش بهزیستی افراد مبتلا به بیماری های روانی از جمله اضطراب و ترس را بررسی کرده اند. نتایج این پژوهش ها نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس، (لیانگ^۳ و همکاران ۲۰۲۲)، و کاهش افسردگی، (آشوک^۴ و همکاران ۲۰۲۱)، و افزایش تنظیم هیجانی، (شهسواری و همکاران ۱۴۰۱) تأثیر معنی داری دارد. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش انعطاف پذیری شناختی، (صحرايي ۱۴۰۱)، افزایش تحمل پریشانی، (عباسی ۱۴۰۰)، افزایش تاب آوری و اعتماد بنفس، (هوشمند ۱۴۰۰)، کاهش بحران هویت، (غیور باغبانی ۱۳۹۹) و کاهش نشخوار فکری، (عابدپور ۱۴۰۰) به طور معنی داری تأثیر دارد.

چون دامنه مطالعات مربوط به اثربخشی درمان روانشناختی موج سوم رفتاری بویژه اقسام کوتاه مدت و محدود مثل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتباط با شفقت به خود و تاب آوری و کاهش اضطراب ناشی از وجود کودک کم توان ذهنی، رضایت بخش و کافی نیست و نتایج جستجو در سایت های داخلی و خارجی این موضوع را تأیید می کند. بنابراین، با توجه به سابقه پژوهشی و عدم وجود اطلاعات کافی در مورد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی هدف این تحقیق که اثر بخشی مشاوره گروهی به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود و تاب آوری خانوادگی مادران کودکان کم توان ذهنی می باشد. ارزش صرف هزینه و وقت را دارد. به طور کلی این تحقیق در پی بررسی فرضیه زیر است (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری خانوادگی و شفقت به خود تأثیر دارد) که به دو بخش تقسیم شده است. بخش اول بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود می باشد. بخش دوم بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری خانوادگی می باشد.

¹ Walsh,

² Williams, Penman

³ Liang

⁴ Ashok

روش اجرای پژوهش

این تحقیق از نوع شبه آزمایشی با انجام پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایشی و گروه شاهد، و دارای پیگیری در بازه زمانی ۵ ماهه بوده است. شیوه نمونه گیری با استفاده از اعداد تصادفی و نمونه گیری تصادفی ساده بود. جامعه آماری، مادران دانش آموزان کم توان ذهنی دو شهر شهریار و ملارد از شهرستان های استان تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. از میان لیست جامعه آماری، صد نفر بصورت تصادفی با استفاده از اعداد تصادفی ساده انتخاب شدند. در مصاحبه های ابتدایی با این افراد تعداد (۲۴ نفر) که ویژگی های لازم را بر اساس ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و در دو گروه همتا، شامل گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و گروه شاهد (۱۲ نفر) قرار داده شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل (۱) داشتن سن حداقل ۲۵ سال (۲) داشتن یک فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر (۳) داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی (۴) مصرف نکردن داروی بیماری اعصاب و روان (۵) داشتن درآمد متوسط جامعه (کارمند و کارگر) بود. ملاکهای خروج نیز شامل ۱- داشتن ۳ جلسه غیبت از جلسات درمانی ۲- ایجاد اخلاص در جلسات در ۲ جلسه پی در پی. ۳- درخواست خود فرد برای خروج بود. برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار (SPSS 22) استفاده شد و با استفاده از تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا (Repeated Measure ANOVA) داده های تحلیل شد. این پژوهش دارای کد اخلاقی است و ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت شرکت در جلسه، رازداری و عدم افشای اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله در این پژوهش لحاظ شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه شفقت به خود

برای تعیین میزان شفقت به خود از مقیاس شفقت به خود (نف ۲۰۰۳) استفاده شد. این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط (نف) ساخته شده است و دارای (۲۶) ایتیم می باشد و جنبه های منفی و مثبت سه رکن اصلی شفقت به خود، را آزمایش می کند. خرده مقیاس های این پرسشنامه شش بخش است که عبارتند از، مهربانی به خود (۵ ایتیم) در برابر قضاوت نسبت به خود (۵ ایتیم) اشتراکات انسانی (۴ ایتیم) در برابر انزوا (۴ ایتیم) و ذهن آگاهی (۴ ایتیم) در برابر فزون همانند سازی (۴ ایتیم) می باشد. پاسخ به سوالات به صورت مقیاس لیکرتی (۵) درجه ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) است. معدل نمرات پاسخدهی این شش بخش که شامل نمرات معکوس، هم می شود نمره ی کل شفقت به خود، را ایجاد می کند. و برای به دست آوردن نمره ی کل شفقت به خود، باید زیرمقیاس های قضاوت خود، انزوا و فزون همانندسازی آن را که شامل پرسش های ۸-۱-۲۱-۱۶-۱۱-، ۲۵-۴-۱۳-۱۸-، ۲-۶-۲۰-۲۴ می باشد به طور معکوس نمره گذاری کرد. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ می باشد. سازنده این ابزار، ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۳. و همسانی درونی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. یک مطالعه ای ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان، به ترتیب ۰/۸۶. و در ۰/۹۵. گزارش داده است، (نف و همکاران ۲۰۰۸). در ایران نیز ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه مورد تحقیق قرار گرفته است و آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و همسانی درونی آن ۰/۸۹ گزارش شده است، (مؤمنی و همکاران ۱۳۹۲). و آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای شفقت به خود ۰/۸۴. محاسبه شده است. دو نمونه از سوالات پرسشنامه شامل ۱- من نسبت به عیبها و نقص هایم، دیدگاهی انتقادی دارم. ۲- وقتی احساس غمگینی دارم به صورت وسواسی و مدام به اشتباهات خود فکر می کنم، می باشد.

پرسشنامه تاب آوری خانواده

این مقیاس برای ارزیابی تاب آوری خانواده در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد برای سنجش تاب آوری خانواده می باشد که توسط، سیکسبی (۲۰۰۵) بر مبنای نظریه سیستمی تاب آوری خانواده، (والاش ۲۰۰۳) ساخته شده است. نمره گزاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرتی می باشد و شامل (۴) درجه ی، (۱) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً موافقم می شود. ابزار اندازه گیری تاب آوری خانواده مشتمل بر ۶۶ گویه است و یک سوال باز در انتهای پرسشنامه دارد. این مقیاس به سنجش میزان تاب آوری خانواده در شش بخش می پردازد که شامل: ۱- ارتباط خانوادگی و حل مسله، ۲- بهرمندی از منابع اقتصادی واجتماعی، ۳- پیوند خانوادگی، ۴- حفظ یک چشم انداز مثبت ۵- معنویت خانواده، ۶- توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری، است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۶۶، و حداکثر نمره آن ۲۶۴ است.

سیکسبی (۲۰۰۵) پایایی ابزار را با روش آلفای کرنباخ و روایی آنرا با استفاده از روایی سازه و روایی ملاکی پیش بینی و روایی هم زمان بررسی نموده است، (حسینی و حسین چاری ۱۳۹۰). همچنین بوچانان (۲۰۰۸) پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرنباخ ۰/۹۶ گزارش میدهد و روایی ملاکی همزمان آن را از طریق بررسی همبستگی نمرات مقیاس اندازه گیری تاب آوری خانواده با ابزار اندازه گیری (خانواده ۱) و ابزار اندازه گیری (خانواده ۲)، بالا و مطلوب گزارش میدهد، (حسینی و حسین چاری ۱۳۹۰). درایران نیز تحقیقی در رابطه با کارایی این مقیاس صورت گرفته است و پایایی کل با استفاده از ضریب تنصیف (۰/۹۱) و آلفای کرنباخ برابر با (۰/۹۳) گزارش شده است، (حسینی و حسین چاری ۱۳۹۰). و آلفای کرنباخ در پژوهش حاضر برای تاب آوری خانوادگی ۰/۹۸ محاسبه شده است.

در جدول ۱ خلاصه جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) آورده شده است.

جدول (۲) خلاصه جلسات آموزش MBCT :

۱	۱-انجام پیش آزمون ۲- آموزش MBCT ، ۳- آموزش مراقبه مقدماتی، ۴- تکلیف انجام مراقبه
۲	۱-ادامه آموزش MBCT و پایش جسمانی ۲- تعیین منابع اضطراب اعضاء ۳- - مراقبه کوتاه سه دقیقه ای و کنترل هیجان ۴- تکلیف خارج از جلسه، تعیین و یادداشت منابع اضطراب خود
۳	۱-تعیین روشهای خود ارزیابی اعضاء ۲- حل مسئله ۳- تعیین افکار خودکار ۴- تکلیف خارج از جلسه، بکارانجام روشهای خود ارزیابی در حوادث
۴	۱- آموزش روشهای خود ارزیابی مثبت و امنیت روانی از دیدگاه MBCT ۲- بیان نظر در مورد عکس العمل در مقابل حوادث ۳- آموزش ، مراقبه کوتاه ، ۴- تکلیف خارج از جلسه، ۴۵، دقیقه مدیتیشن نشسته
۵	۱-ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه MBCT ۲- آموزش ایجاد نگرش نسبی بودن موفقیتها ، ۳- آموزش مراقبه و حواس پنجگانه ۴- - تکلیف خارج از جلسه، بیان و یادداشت تجربه خود از گروه
۶	۱- دوره کار های انجام شده در گروه ، ۲ - یادگیری های خود را از گروه را بیان کنند ۴- تکلیف نمونه موفقیت خود را گزارش کنند
۷	۱- آموزش بازگشت پذیری در بحران و غلبه بر مشلات از دیدگاه MBCT ۲- آموزش مراقبه قصد ، رابطه، توجه ۳- تکلیف خارج از جلسه، مدت ۴۵ دقیقه مدیتیشن نشسته
۸	۱- بیان تجربه - ۲- آموزش مدیتیشن شناخت خود فکری و خود مشاهده گر ، ۳- تکلیف خارج از جلسه، مدت ۴۵ دقیقه مراقبه
۹	۱- آموزش دید مثبت. ۲- آموزش حل مسأله از دیدگاه MBCT ۳- آموزش مراقبه کوتاه تغییر از حالت اتوماتیک ، به توجه خود آگاه ، ۴- تکلیف خارج از جلسه، یادداشت تجربه از گروه و داشتن دید مثبت .
۱۰	۱-ادامه آموزش داشتن دید مثبت و داشتن معنویت از دیدگاه MBCT ۲- بیان تجربه از اثر داشتن دید مثبت ، ۳- تکلیف، خارج از جلسه، یادداشت تجربه موفقیت ها وشکستها اساسی در زندگی
۱۱	۱- بحث در مورد شکستها وموفقیتها. ۲- آموزش مدیتیشن کنترل هیجان و تنش . ۴- تکلیف، خارج از جلسه، یادداشت تجربه یادگیری از گروه .
۱۲	۱- انجام پس آزمون . ۲- مرور جلسات ۱ تا ۱۱. ۳- آموزش مدیتیشن بلند مدت به عنوان برنامه ای برای زندگی در طولانی مدت

جدول(ران)

روش اجرا

این تحقیق در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۱ در مدرسه استثنایی زنده یاد تاجیک شهریار، و توسط نویسنده انجام شد. رویکرد درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به صورت آموزش در قالب مشاوره گروهی به گروه آزمایشی آموزش داده شد. برای گروه شاهد یا گواه هیچ کار انجام نشد. پیش آزمون و پس آزمون، تاب آوری خانواده و شفقت به خود برای گروه آزمایشی و گروه گواه ۱ انجام شد و بعد از ۵ ماه مجدداً آزمونهای تاب آوری و شفقت به خود، برای تعیین میزان اثر ماندگاری آموزش، در گروه آزمایشی و گروه گواه انجام شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا (Repeated Measure ANOVA) مورد تحلیل قرار گرفت تا تاثیر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته مورد مطالعه

مشخص شود. مداخله آموزشی با استفاده از بسته آموزشی کران^۱ (۲۰۰۹). در ۸ جلسه ۲ ساعته توسط نویسنده مقاله فقط بر روی گروه آزمایشی انجام شد.

یافته ها

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر از کارهای سگال^۲ (۲۰۰۲) بر روی شناختها بوجود آمده است، (مقتدایی ۱۳۹۵). در این شیوه به افراد جهت بهبود مسائل روانشناختی آموزش داده می شود و آنها را توانا می سازد تا از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی داشته باشند و به افراد در جهت پاسخ سازگارانه نسبت به نشانه های خطر عود و بازگشت افسردگی و مشکلات، کمک می کند این روش سه پایه اساسی دارد ۱- رشد آگاهی از طریق تمرین ذهن آگاهی ۲- تغییر چارچوب نگرشی که با پذیرش و میل واقعی به تجربه مشخص می شود و ۳- فرایند ترکیب یادگیری با فهم فعالیت همراه با آسیب پذیری، (کران ۲۰۰۹).

داده های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر آنوا (Repeated Measure ANOVA) با استفاده از نرم افزار (SPSS 22) مورد تحلیل قرار گرفت مفروضات روش تحلیل کوواریانس یعنی استقلال مشاهدات، همگنی واریانس ها، و همگنی شیب های رگرسیون در گروه های مختلف مورد تأیید قرار گرفت. از آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس گروه ها، آزمون تحلیل واریانس برای بررسی یکسانی ضرایب رگرسیون در متغیرهای پژوهش، و آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد.

پیش از ارائه یافته خلاصه اطلاعات جمعیت شناختی به اطلاع می رسد.

جدول ۲ اطلاعات جمعیت شناختی گروه های آزمایش و گواه

سن	فراوانی	درصد فراوانی	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
۳۰ سال و پایین تر	۳	۱۳,۹	دیپلم و پایین تر	۲۱	۸۸,۹
۳۱-۳۵ سال	۷	۲۷,۸	فوق دیپلم	۲	۸,۳
بالای ۳۵ سال	۱۴	۵۸,۳	لیسانس و بالاتر	۱	۲,۸
تعداد کل	۲۴	۱۰۰	تعداد کل	۲۴	۱۰۰

در اینجا، میانگین و انحراف معیار گروه های کنترل و آزمایش، قبل از مداخله و بعد از مداخله در شفقت ورزی به خود و تاب آوری در جداول مربوطه ارائه شده است.

¹ Crane

² Segal

جدول (۳) شاخص‌های مرکزی نمره‌های گروه‌های کنترل و آزمایش در شفقت به خود و تاب آوری

متغیرها	تعداد	مراحل	گروه کنترل	گروه آزمایش
			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
شفقت به خود	۱۲	پیش آزمون	۸۱/۸۳ \pm ۱۳/۸۸	۸۲/۶۷ \pm ۱۰/۰۵
	۱۲	پس آزمون	۸۵/۹۲ \pm ۱۱/۷۹	۹۳/۳۳ \pm ۵/۳۷
	۱۲	پیگیری	۸۷/۱۷ \pm ۱۱/۰۱	۹۴/۳۳ \pm ۹/۲۲
تاب آوری	۱۲	پیش آزمون	۱۶۶/۱۷ \pm ۳۲/۳۵	۱۷۹/۸۳ \pm ۵۵/۲۱
	۱۲	پس آزمون	۱۷۰/۹۲ \pm ۳۰/۳۷	۲۲۲/۸۳ \pm ۴۸/۱۷
	۱۲	پیگیری	۱۷۵/۱۷ \pm ۲۷/۰۱	۲۲۴/۱۷ \pm ۴۲/۰۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بیشترین میانگین‌ها متعلق به گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری است.

میانگین شفقت به خود گروه آزمایشی در مرحله پیگیری ۹۴/۳۳ و پس آزمون ۹۳/۳۳ می‌باشد و تفاوت آن نسبت به میانگین پیش آزمون ۸۲/۶۷ مشهود است در حالیکه میانگین شفقت به خود در گروه کنترل در پیش آزمون ۸۱/۸۳ پس آزمون ۸۵/۹۲ و پیگیری ۸۷/۱۷ است و این اختلاف، میزان تأثیر مداخله آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود، را نشان می‌دهد. میانگین تاب آوری خانوادگی گروه آزمایشی در مرحله پیگیری ۲۲۴/۱۷ و پس آزمون ۲۲۲/۸۳ می‌باشد و تفاوت آن نسبت به میانگین پیش آزمون که ۱۷۹/۸۳، مشهود است در حالیکه میانگین تاب آوری در گروه کنترل در پیش آزمون ۱۶۶/۱۷ پس آزمون ۱۷۰/۹۲ و پیگیری ۱۷۵/۱۷ است و این اختلاف میزان تأثیر مداخله آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری خانوادگی را نشان می‌دهد.

نتایج مستخرج از ۱- نمودارها پراکنندگی جهت فقدان نمرات پرت معنی دار، ۲- آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت (آزمون نرمال بودن داده‌ها)، ۳- آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته، ۴- آزمون کرویت ماوچلی جهت همگنی واریانسها، ۵- آزمون آماری ام باکس جهت همگنی ماتریس کواریانس، که همگی از مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته (آنوا) بود، ادامه این آزمون را مورد تأیید قرار دادند، به گونه‌ای که نمره آزمون کولموگروف اسمیرنوف در تاب آوری مقدار $K-s=106$ و $P=200>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $K-s=114$ و $P=200>/05$ در مرحله پس آزمون و مقدار $K-s=124$ و $P=200>/05$ در مرحله پیگیری بود. نمره آزمون کولموگروف اسمیرنوف در شفقت به خود، مقدار $K-s=101$ و $P=200>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $K-s=100$ و $P=200>/05$ در مرحله پس آزمون، و مقدار $K-s=105$ و $P=200>/05$ در مرحله پیگیری بود و تفاوت معنی داری میان تابع توزیع تراکمی مشاهده شده با تابع توزیع تراکمی نرمال مشاهده نشد.

نمره آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس در شفقت به خود مقدار $F=927$ و $P=41>/05$ در مرحله پیش آزمون و مقدار $F=2/86$ و $P=071>/05$ در مرحله پس آزمون، و مقدار $F=022$ و $P=98>/05$ در مرحله پیگیری بود. نمره آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانسها در تاب آوری مقدار $F=1/49$ و $P=24>/05$ در مرحله پیش آزمون، و مقدار $F=1/19$ و $P=31>/05$ در مرحله پس آزمون و مقدار $F=052$ و $P=82>/05$ در مرحله پیگیری بود و تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود نداشت.

تحلیل داده های بخش اول فرضیه بررسی تأثیر روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس مکرر در مراحل درمان

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۸۵	۳۸/۳۴۴	۲	۱۰	۰/۰۰۱	
زمان (مراحل درمان)	۰/۱۱۵	۳۸/۳۴۴	۲	۱۰	۰/۰۰۱	
اثر هاتلینگ	۷/۶۶۹	۳۸/۳۴۴	۲	۱۰	۰/۰۰۱	
بزرگترین ریشه روی	۷/۶۶۹	۳۸/۳۴۴	۲	۱۰	۰/۰۰۱	

جدول ۴ آزمون آماری تحلیل واریانس مکرر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، سهم زمان (مراحل درمان) را در متغیر شفقت به خود نشان می دهند.

همانطور که مشاهده می شود ارزش لامبدای ویلکز برای اثر اصلی زمان (مراحل درمان) نشان می دهد که عامل زمان بر روی مدل چند متغیری اثر داشته است به این معنی که شفقت به خود در طول درمان در حال تغییر بوده است ($F= ۳۸/۳۴۴$ و $P<۰/۰۰۱$).

جدول (۵) اثرات درون گروهی با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در شفقت به خود

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
شفقت به خود	عامل درون گروهی (زمان)	۱۰۰۳/۵۵۶	۲	۵۰۱/۷۷۸	۲۵/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۶

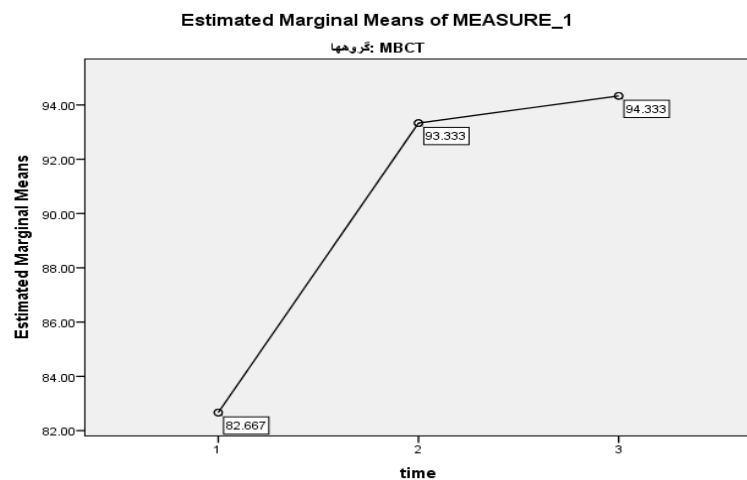
با توجه به تایید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانسها در متغیر شفقت به خود سطرهای مربوط به آزمون اسپرسیتی اسومد گزارش می شود و همانطور که نتایج جدول ۵ نشان می دهد شفقت به خود در طول زمان تغییراتی معنی داری داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر شفقت به خود حدوداً برابر با ۰/۷۰ است. ولی جهت بررسی اینکه در کدام مراحل خاص تغییرات معنادار است باید از آزمونهای تعقیبی استفاده شود.

به منظور مقایسه های زوجی بین نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای شفقت به خود را نشان می دهد.

جدول (۶) نتایج مقایسه زوجی سیداک در مراحل درمان برای شفقت به خود

متغیر	مراحل مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش آزمون-پس آزمون	-۱۰,۶۶۷	۲,۲۶۷	۰/۰۰۲
شفقت به خود	پیش آزمون-پیگیری	-۱۱,۶۶۷	۱,۲۸۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون-پیگیری	-۱	۱,۷۸۴	۰/۹۲۹

با توجه به جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای اثر زمان در متغیر شفقت به خود نشان داد که میانگین نمرات شفقت به خود مادران در مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، تفاوت معنی داری داشت ($P < ۰/۰۰۱$) و نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری دارند. ولی بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، تغییر چندانی وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). این موارد در نمودار ۱ نیز قابل مشاهده است.



نمودار (۱) اثر درمان (MBCT) در طول زمان بر متغیر شفقت به خود

همانطور که در نمودار ۱ مشاهده می شود روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به شیوه مشاوره گروهی بر شفقت به خود مادران از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش معنی داری داشت ولی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تغییر چندانی نداشته است .

در ادامه تحلیل داده های بخش دوم فرضیه بررسی تأثیر روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری خانوادگی ارائه می شود .

جدول (۷) نتایج تحلیل واریانس مکرر در مراحل درمان

متغیر	آزمون	ارزش	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی		۰/۶۵۸	۹/۶۱۷	۲	۱۰	۰/۰۰۵
زمان (مراحل درمان)	لامبدا ویکلز	۰/۳۴۲	۹/۶۱۷	۲	۱۰	۰/۰۰۵
اثر هاتلینگ		۱/۹۲۳	۹/۶۱۷	۲	۱۰	۰/۰۰۵
بزرگترین ریشه روی		۱/۹۲۳	۹/۶۱۷	۲	۱۰	۰/۰۰۵

جدول ۷ آزمون آماری تحلیل واریانس مکرر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، سهم زمان (مراحل درمان) را در متغیر تاب آوری نشان می دهند. همانطور که مشاهده می شود ارزش لامبدای ویکلز برای اثر اصلی زمان (مراحل درمان) نشان می دهد که عامل زمان بر روی مدل چند متغیری اثر داشته است؛ به این معنی که تاب آوری در طول درمان در حال تغییر بوده است ($F=9/617$ و $P<0/005$).

جدول (۸) اثرات درون گروهی با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در تاب آوری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
شفقت به خود	عامل درون گروهی (زمان)	۱۵۲۶۴/۸۸۹	۱/۰۸۱	۱۴۱۱۸/۹۸۰	۱۷/۱۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹

با توجه به عدم تایید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانسها در متغیر تاب آوری در جدول ۸، سطرهای مربوط به آزمون گرینهاوس-گایسر گزارش می شود و همانطور که نتایج جدول ۸ نشان می دهد تاب آوری در طول زمان تغییراتی معنی داری داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر تاب آوری حدوداً برابر با ۰/۶۱ است. ولی جهت بررسی اینکه در کدام مراحل خاص تغییرات معنادار است باید از آزمونهای تعقیبی استفاده شود.

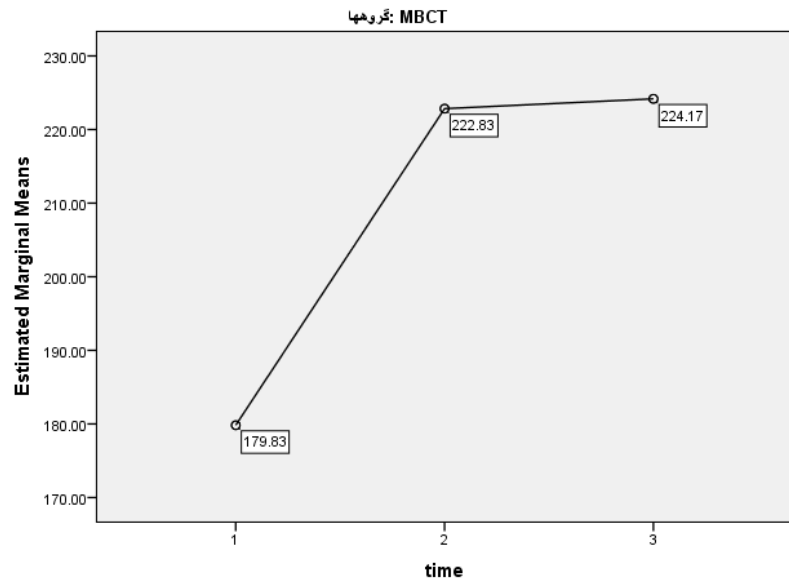
به منظور مقایسه های زوجی بین نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی سیداک استفاده شد. جدول ۹ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای تاب آوری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را نشان می دهد.

جدول (۹) نتایج مقایسه زوجی سیداک در مراحل درمان برای تاب آوری

متغیر	مراحل مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
	پیش آزمون-پس آزمون	-۴۳,۰۰	۱۰,۷۶۳	۰/۰۰۶
تاب آوری	پیش آزمون-پیگیری	-۴۴,۳۳۳	۱۰,۰۴۵	۰/۰۰۳
	پس آزمون-پیگیری	-۱,۳۳۳	۲,۵۲۱	۰/۹۳۹

با توجه به جدول ۹ نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای اثر زمان در متغیر تاب آوری نشان داد که میانگین نمرات تاب آوری مادران در مرحله پیش آزمون با مرحله پیش آزمون با پس آزمون ($P < 0/01$) و پیگیری ($P < 0/005$) در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) تفاوت معنی داری داشت و نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری دارند. ولی بین میانگین نمرات مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) تغییر چندانی وجود ندارد ($P > 0/05$). این موارد در نمودار ۲ نیز قابل مشاهده است.

Estimated Marginal Means of MEASURE_1



نمودار (۲) اثر درمان (MBCT) در طول زمان بر متغیر تاب آوری

همانطور که در نمودار ۲ مشاهده می شود گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) به شیوه مشاوره گروهی بر تاب آوری مادران از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون و پیگیری افزایش معنی داری داشت ولی از مرحله پس آزمون به مرحله پیگیری تغییر چندانی ندارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری خانوادگی و شفقت به خود، تأثیر دارد، گرچه تحقیقی مشابه این پژوهش صورت نگرفته است اما تحقیقاتی با مؤلفه های مشابه انجام شده که در اینجا اهم آنها ذکر می شود. نتایج این پژوهش در بخش تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری با پژوهش، صحرایی (۱۴۰۱) یکسان است صحرایی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی تأثیر معنی داری دارد، (صحرایی ۱۴۰۱). به همین صورت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش، عباسی (۱۴۰۰). یکسان است عباسی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی تأثیر معنی داری دارد، (عباسی ۱۴۰۰). در همین راستا نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش، عسگری نژاد (۱۳۹۵) یکسان است. عسگری نژاد در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم تأثیر معنی داری دارد، (عسگری نژاد ۱۳۹۵).

همچنین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری با نتایج پژوهش، غیور باغبانی (۱۳۹۹) یکسان است. غیور باغبانی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و کاهش بحران هویت تأثیر معنی داری دارد، (غیور باغبانی ۱۳۹۹). در همین جهت نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش، عابدپور (۱۴۰۰) یکسان است. عابدپور در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و کاهش نشخوار فکری تأثیر معنی داری دارد، (عابدپور ۱۴۰۰). همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش، هوشمند (۱۴۰۰) یکسان است. هوشمند در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و اعنماد بنفس مادران تأثیر معنی داری دارد، (هوشمند ۱۴۰۰). همچنین نتایج پژوهش، عرفانی (۱۳۹۵) نیز بیان کننده همین مطلب است. عرفانی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و راهبرد های مقابله با استرس تأثیر معنی داری دارد، (عرفانی ۱۳۹۵). نتایج پژوهش، وفایی (۱۳۹۷) نیز بیان کننده همین مطلب است. وفایی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و خود تنظیمی هیجانی تأثیر معنی داری دارد، (وفایی ۱۳۹۷). به همین صورت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش، آقایی (۱۴۰۰) یکسان است. آقایی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و کاهش فرسودگی هیجانی تأثیر معنی داری دارد، (آقایی ۱۴۰۰). همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش، رنگانی (۱۴۰۰) یکسان است. رنگانی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و تحمل پریشانی کاهش استرس تأثیر معنی داری دارد، (رنگانی ۱۴۰۰). در همین راستا، اوحدی (۱۴۰۱) به همین نتیجه رسیده است. اوحدی در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری و صمیمیت زوجی تأثیر معنی داری دارد، (اوحدی ۱۴۰۱).

در خصوص علت اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری خانوادگی مادران کودکان آموزش پذیر می توان گفت از آنجا که تاب آوری به میزان توانایی فرد در سازگاری با موقعیت های سخت تعریف می شود که بر طبق آن اعتماد به نیروهای درونی، شایستگی فردی، و پذیرش تغییرات به عنوان عامل مثبت تلقی می شوند، (کانر، ۲۰۰۳). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آرام سازی و انعطاف پذیری روانی، (صحرائی، ۱۴۰۱)، و افزایش خود آگاهی، تنظیم هیجان، (عباسی، ۱۴۰۰)، و کاهش رفتار اجتنابی و استرس، (عرفانی، ۱۳۹۵)، تأثیر داشته است و در این روش درمانی به افراد جهت بهبود مسائل روانشناختی آموزش داده می شود و آنها را قادر می سازد که یاد بگیرند چگونه به صورت ذهنی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجانات آگاهی داشته باشند، (کران، ۲۰۰۹)، در افزایش تاب آوری خانوادگی مادران مؤثر بوده است.

همچنین نتایج این پژوهش در بخش تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود، با نتایج پژوهش، افتخاری و ایزدی (۱۴۰۰) یکسان است. افتخاری و ایزدی، در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود، و کاهش ناگویی هیجانی تأثیر معنی داری دارد، (افتخاری و ایزدی ۱۴۰۰). همچنین نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش، قربانی (۱۳۹۷) یکسان است. قربانی، در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود و عزت نفس تأثیر معنی داری دارد، (قربانی ۱۳۹۷). به همین ترتیب نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش، پاسدار (۱۳۹۲) یکسان است. پاسدار، در پژوهش خود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود و کاهش افسردگی تأثیر معنی داری دارد، (پاسدار، ۱۳۹۲). به همین صورت نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش،

فروغی و همکاران (۱۴۰۰)، یکسان است. فروغی و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود و کاهش افسردگی تاثیر معنی داری دارد، (فروغی و همکاران، ۱۴۰۰).

در خصوص علت اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش شفقت به خود مادران کودکان آموزش پذیر می توان گفت به دلیل اینکه شفقت به خود، عاملی است که افراد را کمک می کند تا بتوانند مشکلات زندگی را بدون آسیب به خود بپذیرند (صبری و همکاران، ۱۳۹۴)، و شفقت به خود، از جمله عوامل اجتماعی در تحمل مشکلات است، (نصیری نصب، ۱۳۹۸)، همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس، (قربانی، ۱۳۹۷)، به همین ترتیب در افزایش اعتماد به نفس، (هوشمند، ۱۴۰۱)، و کاهش رفتار اجتنابی و افسردگی، (فروغی و همکاران، ۱۴۰۰). نقش معنی داری دارد و یکی از اصول شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بودن در لحظه، به شیوه های آگاهانه است، (کرانی و فریدلند، ۲۰۰۹)، در افزایش شفقت به خود به طور معنی داری مؤثر است

این کار پژوهشی با محدودیت هایی هم مواجه بود که اهم آنها ۱- اجرای پژوهش به وسیله خود محقق ۲- عدم کنترل عامل جنسیت ۳- کار فقط بر روی یک گروه از والدین کودکان انجام شد.

پیشنهاد می گردد که محققین ۱- موضوع این تحقیق را روی هر دو جنس مرد و زن انجام دهند و مقایسه کنند ۲- پیشنهاد می گردد برای دیگر گروه های والدین کودکان موضوع این تحقیق را انجام دهند و با هم مقایسه کنند ۳- پیشنهاد می گردد این تحقیق را با کنترل اثر هاله ای انجام دهند ۴- پیشنهاد می گردد نتایج این تحقیق را که کارایی خود را در این پژوهش و تحقیقات مشابه نشان داده است در مراکز آموزش استثنایی برای والدین کودکان آموزش پذیر بکار گیرند.

سپاسگزاری

در این مجال فرصت را غنیمت می شمارم و از تمام کسانی که من را در این تحقیق یاری دادند بخصوص والدین کودکان کم توان ذهنی شهر های شهریار و ملارد سپاسگزاری می کنم .

تعارض منافع

نویسنده مقاله کسب منافع مثل دریافت وجه یا بدست آوردن سهم در هر سازمانی در قبال نوشتن این مقاله را انکار می نماید و در مراجع قانونی پاسخگو می باشد .

منابع

- آقایی، هادی. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرسودگی شغلی و تاب آوری تحصیلی پسران دبیرستانی. پایان نامه ارشد. مؤسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری، آذربایجان.
- افتخاری، امیر رضا؛ ایزدی، فاطمه؛ (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود و آتاکسی هیجانی و تحریف شناختی دانش آموزان مبتلا به سندرم ترومای عشق. مجله تحقیقات علوم رفتاری شناختی (۲۱) ۷۲-۶۱.

اوحدی، مرضیه. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و صمیمیت زوجین و امید به زندگی در زنان نابارور. پایان نامه ارشد. موسسه آموزش عالی سپاهان.

پاسدار، کتابون. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت برای بیماران خود مبتلا به اضطراب، افسردگی و اختلالات مختلط. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم تهران.

حسینی. فریده.، حسین چاری. مسعود. (۱۳۹۰). بررسی شواهد مربوط به روایی و پایایی مقیاس تاب آوری خانواده: فصلنامه مشاوره خانواده و روان درمانی ۲، تابستان.

رنگانی، فاطمه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس بر تحمل پریشانی و تاب آوری در مادران کودکان ناشنوا. پایان نامه ارشد موسسه آموزش عالی تابران.

شهسواری، زهره؛ حافظی، فریبا؛ عسگری، پرویز؛ حیدری، علیرضا. (۱۴۰۱). مقایسه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش سلامت روانی و تنظیم هیجانی. مجله مطالعات روانی دانشگاه شهر کرد ۲۴(۱) ۳۵-۴۱.

صبری، مصطفی؛ فولاد چنگ، محبوبه؛ محمدی دهاقانی، مریم گلزار. (۱۳۹۳). رابطه بین ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده در دانش آموزان با نقش میانجیگری هوش هیجانی روش ها و مدل های روانشناختی. وصال ۵ (۱۸) ۱۰۹-۱۲۸.

صحرایی، عامر. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری شناختی و انعطاف پذیری زندانیان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بهشهر.

عابدپور، سحر. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و نشخوار فکری و نگرش های ناکارآمد در زوج های نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران جنوب.

عباسی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه بهشهر.

عرفانی، برجیان. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و راهبردهای مقابله با استرس خانواده های بیماران روان پریشی بستری در مراکز بهزیستی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد، واحد خمینی شهر.

عسگری نژاد، فاطمه. (۱۳۹۵). رابطه بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.

غیور باغبانی، سید احمد. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بحران هویت و تاب آوری دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان تربت جام. پایان نامه ارشد موسسه آموزش عالی حکمت رضوی.

فروغی، علی اکبر؛ صادقی، خیرالله؛ پرویزی فرد، علی اکبر؛ پارسا مقدم، آرش؛ داوری نژاد، عمران؛ فرانی، وحید؛ آذر، غزل. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش نشخوار فکری و بهبود ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان روانپزشکی. مجله روانپزشکی، ۴۲(۲)، ۱۴۶-۱۳۸.

قربانی، آمنه. (۱۳۹۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت درمانی بر پایبندی به درمان، عزت نفس و خطاهای شناختی در بیماران لوپوس سیستمیک در شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد ارسنجان.

کاوه منیره، علیزاده حمید، دلاور علی، برجعلی احمد. (۱۳۹۰). تدوین برنامه پرورش تاب آوری در برابر استرس و تأثیر آن بر مؤلفه های کیفیت زندگی در والدین کودکان دارای کم توانی ذهنی خفیف ایرانی. مجله کودکان استثنایی (۲) ۱۴۰-۱۱۹.

مقتدایی کمال. (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر علائم روانی و جسمی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. پایان نامه ارشد دانشگاه گیلان.

مؤتمنی، فرشته؛ شهیدی، شریار؛ موتابی، فرشته؛ حیدری، محمود؛ ۱۳۹۳ ویژگی های روانسنجی مقیاس شفقت به خود نف. مجله روانشناسی معاصر ۸ (۲) ۲۷-۴۰.

نصیری نصب، سعید. (۱۳۹۸). تأثیر شفقت درمانی بر تاب آوری، امید و بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند فنیل کتونوری.. پایان نامه ارشد دانشگاه اردبیل.

وفایی، پانته آ. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی والدین بر تاب آوری و خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوان بیش فعال. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور هرمزگان.

هوشمند، حسن. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اعتماد به نفس و تاب آوری مادران دانش آموزان آهسته گام. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اردکان.

Ashok.S, Scott.S, Orth.A, Adaji.B, Singh. M. (2021). Comparison of the effectiveness Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT and Positive psychology Therapy (PPT) on depression .American journal Psyotherapy4(1) 4-12.

Carney, R, M., Freedland, K. E. (2009). Treatment- resistant depression and mortality after acute coronary syndrome. Am, J Psychiatry, 166, 410-417.

Conner .M. Davidson .J.R.T.(2003). Development of a new Resilience scale The conner .D. Resilience scale (CD.RISC) . J Depression and Axity . 18. 76- 82.

Crane.R. (2009). Mindfulness –Based Cognitive Therapy. United State of America New York Routledge.pp. 3-15.

Frostadottir, A. D. Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Journal Frontiers in Psychology*, 10, 1-11.

Garmezy N, Masten, A. .(1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In: Cummings EM, Green AL, Karraki KH, editors. Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale N .J: Lawrence; P.147-151.

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalglish, T. , Kessler, D., ... & Causley, A. (2015). Effectiveness and cost- effectiveness of mindfulness based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT). *a randomised controlled trial The Lancet*. 386 (9988) 63-73.

- Liang.M , Yanjie. W , Lapan. Z .(2022). Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety. *journal of Behavioral and cognitive therapy* , 320(4): 271-289.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological wellbeing. *Mindfulness*. 9 (1), 325-331.
- Morya, M., Agrawal, A., Upadhyaya, S. K., & Sharma, D. K. (2015). Stress & coping strategies in families of mentally retarded children. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 4 (52) 8977-8985.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2),85-101.
- Neff, K.D. & Germer, C.K. .(2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 69(3): 28-44.
- Neff, K.D. (2022). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu. Rev. Psychol*, 74, 193–218. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed].
- Noone SJ, Hastings RP. (2009) . Building psychological resilience in support staff caring for people with intellectual disabilities pilot evaluation of an acceptance based intervention. *J Intellect Disabil*, (13)1 .43-51.
- Prout, H. T., & Strohmer, D. C. (2019). Counseling with persons with mental retardation Issues and considerations. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 26(3), 49-54.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press: 121-145.
- Sixbey, M. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Doctoral dissertation, School of Counselor Education, University of Florida.
- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D. R.; Fredericksen, L. K. & Madsen,S. (2009). "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety attachment anxiety and attentional control" . *J.Personality and Individual differences*46 94-99.
- Williams, M., Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Piatkus.