



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

محدثه رستم‌پور برنجستانی^۱، قدرت‌اله عباسی^۲، بهرام میرزائی‌ان^۳

۱. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

mohadese.rostampour.mam@gmail.com

چکیده

تولد کودکی با کم‌توانی ذهنی در هر خانواده‌ای با نوعی تنش همراه است و در چنین موقعیتی مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند کم‌توان ذهنی، والدین، به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به آسیب‌روانی قرار می‌دهد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی شهرستان قائمشهر انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائمشهر در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند که از بین آنها ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند و به روش تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل (هر یک ۱۵ نفر) جای‌دهی شدند، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش تحت روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شفقت به خود قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده شامل فشار مراقبتی (نواک و گوست، ۱۹۸۹) و نارسایی هیجانی تورنتو (تیلور، بگی و پارکر، ۱۹۹۴) بود. داده‌ها توسط نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا توانسته‌اند به یک اندازه بر کاهش فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری موثر باشند. بر این اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا روش مناسبی برای کاهش فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی، فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی می‌باشد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، روان‌درمانی مثبت‌گرا، فشار مراقبتی، نارسایی هیجانی، کودکان کم‌توان ذهنی

۱- مقدمه

اصولاً تولد فرزند سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند. پیدایش غریبه سوم به نام نوزاد علاوه بر مشکلات ویژه‌ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن فشارهای روانی بسیاری را بر والدین تحمیل می‌کند. حال اگر نوزادی با اختلال ذهنی جسمی، رفتاری و یا ترکیبی از آن‌ها متولد شود فشار روانی حاصل از وجود چنین فرزند بر اعضای خانواده چندین برابر می‌شود (کم‌جانی، ۱۳۹۱). کم‌توانی ذهنی اختلال رشدی و هوشی است که در دوره رشد شروع می‌شود و در برگیرنده نقصان



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

کارکرد انطباقی و هوشی فرد در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی است و قبل از ۱۸ سالگی بروز می‌کند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، ۲۰۱۳). کودکان با ناتوانی‌های ذهنی رفتارهای چالش‌برانگیزتر (بیکر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳) اختلالات خواب بیشتر (ریچاردیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۰) و آسیب‌های روانی بیشتری نسبت به کودکان معمولی (امرسون^۴، ۲۰۰۳) دارند (فایردون، جاکوبی، بورک، کلرک و لئونارد^۵، ۲۰۱۵)؛ در چنین موقعیتی اگر چه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می‌بینند (هرنینگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۶)، اما مادران به علت نقش سنتی مراقبت مسؤولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان ذهنی خود به عهده می‌گیرند (تمنایی و قیاسی، ۱۳۹۷)؛ که در نتیجه مادران نسبت به دیگر مادران هزینه‌های بیشتری دارند (پریش و کلود^۷، ۲۰۰۶)؛ برچسب ننگ بیشتر علیه خود و کودکشان دریافت می‌کنند (گرین^۸، ۲۰۰۷)؛ سطوح پایین استفاده را دارند و حمایت رسمی و خانوادگی کمتری دریافت می‌کنند (شیرن و تود^۹، ۲۰۰۳). بنابراین عجیب نیست که تحقیقات، سلامت روانی ضعیفی در مادران با کودکان مبتلا به ناتوانی ذهنی نسبت به والدین کودکان فاقد ناتوانی ذهنی نشان می‌دهد (فایردون، جاکوب، بورک، کلرک و لئونارد، ۲۰۱۵). مطالعات مختلفی در مورد تأثیر تولد یک کودک مبتلا به کم‌توان ذهنی بر بهزیستی روانی خانواده انجام گرفته شده است که نتایج اختلال روانی پزشکی بیشتر، سطوح بالای فشار روانی، نشانگان افسردگی و همچنین سلامت جسمی و خلقیات سطح پایین این مادران را نشان می‌دهد (کوهسالی، میرزمانی، کریملو و میرزمانی، ۱۳۸۷؛ پوپا^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ گوگوی، کوهار و دوری^{۱۱}، ۲۰۱۷؛ یاماکا، تومیا، ایزومیدا و کامامورا^{۱۲}، ۲۰۱۶ و فایردون، جاکوب، بورک، کلرک و لئونارد، ۲۰۱۵). علاوه بر این مراقبت از یک کودک کم‌توان ذهنی برای بسیاری از اعضای خانواده سنگین و استرس‌زا است و به عوارض بیماری شدت می‌بخشد (ستینری، ریزو، لیوتا و منتو^{۱۳}، ۲۰۱۴). فشار مراقبتی یک اصطلاح کلی است که توصیف‌کننده فشار روانی جسمی و مالی ناشی از مراقبت است که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود. در حقیقت فشار مراقبتی در مراقبت‌کنندگان به سطح بالایی از استرس اشاره می‌کند که توسط مراقبت‌کنندگان تجربه می‌شود (اسمیت، ویلیامسون، میلر و اسکالز^{۱۴}، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نسبت به مادران دارای فرزند عادی (ملک‌پور، ۱۳۸۹؛ خواجه‌وند و امیری، ۱۳۹۷ و حسن‌زاده و حجتی، ۱۳۹۵)؛ مادران دارای کودک مبتلا به سرطان (رسولی، عباس‌زاده، کریمی و پورمنصور، ۱۳۹۷) و مادران دارای فرزند تالاسمی ماژور (مشایخی، رفعتی، پیلهور و حمدی، ۱۳۹۲) فشار مراقبتی به مراتب بیشتری را متحمل می‌شوند. والدین کودکان کم‌توان ذهنی به دلیل مشکل فرزندانشان نارسایی هیجانی بیشتری دارند (محمودی، جلالی و احمدی سلیمانی، ۱۳۹۷). نارسایی هیجانی یا الکیستیما به طور لغوی به معنای کمبود واژه برای بیان احساسات است (سیفونس^{۱۴}، ۱۹۶۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان کم‌توان ذهنی به خصوص اوتیسم و کودکان دارای اختلال رشدی از نارسایی

^۱. DSM

^۲. Baker

^۳. Richdal

^۴. Emerson

^۵. Foirthorne, Jacoby, Bourke, Klerk & Leonard

^۶. Herring

^۷. Parish & Cloud

^۸. Green

^۹. Shearn & Todd

^{۱۰}. popa

^{۱۱}. Gogoi, Kumar & Deuri

^{۱۲}. Settineri, Rizzo, Liotta & Mento

^{۱۳}. Smith, Williamson, Miller & Schulz

^{۱۴}. Sifneos



خلقی و هیجانی رنج می برند (آیدان، ۲۰۱۴؛ سزماری، دوکو، جورجیناها، دوکو، زایگبوم، گلدبرگ، بنت^۱، ۲۰۰۸؛ دی سوسا^۲، ۲۰۱۰؛ نف و ونک^۳، ۲۰۰۹؛ وساراک^۴، ۲۰۱۳ و محمودی، جلالی و احمدی سلیمانیه، ۱۳۹۷).

تاکنون روش‌های مداخلات متنوعی در این زمینه به کار رفته است که از میان آن‌ها می‌توان به رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی و رفتاری بر روی کاهش افسردگی (زمانی، حبیبی، درویشی، ۱۳۹۴)، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی (حجت‌خواه و مصلح، ۱۳۹۵)؛ درمان تاب‌آوری بر شادکامی (مریمی و احمدیان، ۱۳۹۴)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خودشفقتی (حسین‌زاده، فتح‌اله‌زاده، سعادت‌ی و رستمی، ۱۳۹۵)؛ درمان مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی (ملک‌پور و همکاران، ۱۳۸۵)؛ روش درمان عقلانی و هیجانی (RET) برای عقاید مناسب مادران (گرایورز^۵، ۱۹۹۷)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار مراقبتی و استرس زناشویی مادران (سرحدی و درگامی، ۱۳۹۷) و آرامش آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی (محمدی و جوانمرد، ۱۳۹۲) اشاره کرد.

در کنار همه درمان‌های ذکر شده درمان جدیدی به نام درمان متمرکز بر شفقت وجود دارد که برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشته و اغلب بیشتر زندگی دشواری را تجربه کرده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت درباره اجتناب از درد و رنج یا تلاش برای «تسکین آن» نیست بلکه روشی برای روبه‌رو شدن با درد و رنج است (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ به نقل از اثباتی و فیضی، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش شفقت به خود در کاهش خود سرزنشی و کاهش مشکلات روان‌شناختی (جانگ و ترنر^۶، ۲۰۱۵؛ یاماگوچی، کیم و آکوتسو^۷، ۲۰۱۴؛ بویرسما، سالامونسون، جوهانسون و هکانسون^۸، ۲۰۱۵)؛ افزایش شادکامی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند اوتیسم (درویشی و خیاطان، ۱۳۹۶؛ نوری و شهبابی، ۱۳۹۶)؛ بهبود سلامت بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷) و کاهش استرس ادراک شده دانشجویان فارغ‌التحصیل حرفه یاورانه (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۹) موثر است.

از طرفی در سال‌های گذشته شاهد رشدی در تحقیقات انجام شده در زمینه مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بودیم و شواهد فراتحلیلی نشان می‌دهد این مداخلات در بالا بردن شادی و تخفیف افسردگی مؤثر است (ولن زون، پرویر و راج^۹، ۲۰۱۶). رویکرد روان‌شناسی مثبت حوزه روان‌شناسی بالینی را از تمرکز صرف بر علائم ناخوشایند و تسکین مستقیم آن‌ها تغییر داده است و هدف روان‌درمانی را چیزی بیشتر از کاهش علائم اختلال می‌داند (رشید و سلیگمن^{۱۰}، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که روان‌شناسی مثبت بر روی جمعیت‌های پزشکی مانند افراد دارای دیابت، سرطان پستان و اختلالات عصبی مانند صرع، ضربه مغزی و میگرن و بیماران دارای بیماری عصبی- ماهیچه‌ای (لای^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸)؛ و بر کاهش تنیدگی و افزایش شادکامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، بهبود سلامت روانی افراد دارای صرع، افزایش شادی و کاهش افسردگی و امید به بهبودی افراد مبتلا به ناراحتی قلبی، بهبود حال سرطانی‌های پریشان نجات یافته (علمی منش، ۱۳۹۷؛ خدادی، تولائی‌ان و بلقان آبادی، ۱۳۹۳؛ آقاجانی، موسوی و اسدی ۱۳۹۷؛ لای و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیکراهان و همکاران، ۲۰۱۶؛ جیمینز و مونتوریو، ۲۰۱۶ و آکوا و

۱. Szatmari, georgiades, duku, , zwaigenbaum, goldberg, & benet

۲. Desousa

۳. Neff & Ronk

۴. Sarac

۱. Greaves

۲. Joeng & Turner

۳. Yamaguchi, Kim, & Akutsu

۴. Boersma, Håkanson, Salomonsson, & Johansson

۵. Wellen Zohn, Proyer & Ruch

۶. Rashid & Seligman

۷. Lai



همکارانش، ۲۰۱۶) موثر است. با توجه به مطالب ذکر شده این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی شهرستان قائم‌شهر (امام رضا(ع)، جوادالائمه(ع) و حاج ناصر مهدوی)، در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷، که تعداد آن ۱۴۰ نفر بوده است، می‌باشد. در این مطالعه به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند، از بین ۱۴۰ مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی مشغول به تحصیل در مدارس استثنایی قائم‌شهر، تعداد ۴۵ نفر که در پرسشنامه فشار مراقبتی (نواک و گوست، ۱۹۸۹) و نارسایی هیجانی تورنتو (تیلور، بگی و پارکر، ۱۹۹۴) نمره بالا کسب کردند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی یکی به گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۵ نفر)، یکی به گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا (۱۵ نفر) و یکی به گروه کنترل واگذار شدند. هریک از گروه‌های آموزش جداگانه ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، دو بار در هفته تحت آموزش‌های مربوط قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل هیچ آموزشی ندیدند. پس از اتمام دوره آموزشی مجدداً پرسشنامه‌ها در هر ۳ گروه در مرحله پس‌آزمون و بعد از ۴۵ روز در مرحله پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود شامل توانایی حضور در ۸ جلسه آموزش، داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله کم‌توان ذهنی، داوطلب شرکت در دوره درمانی، رضایت مکتوب برای شرکت در طرح، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی و کسب حد نصاب نمره در مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودانتقادی بود. عدم توانایی حضور در ۸ جلسه آموزش، داشتن کودک چند معلولیتی (علاوه بر کم‌توانی ذهنی کودک اختلالات دیگری مثل بینایی، شنوایی، جسمی حرکتی و ... را دارا باشد) و شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی از ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

جدول شماره ۱: پروتکل درمانی آموزش مبتنی بر شفقت با اقتباس از نظریه گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسه	اهداف	خلاصه جلسات
اول	-آشنایی با اهداف و فرایند گروه درمانی -آشنایی با هنجارها و قواعدگروه، وظایف و نقش‌ها -آشنایی با مفهوم شفقت به خود	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساعت کلی بررسی انتظارات از برنامه‌درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت. تشخیص تفاوت میان چگونگی رفتار با خود و چگونگی رفتار با فردی که او را دوست دارند در هنگام دشواری‌های زندگی، تمایز شفقت تا تاسف برای خود، توضیح و تشریح شفقت و مهربانی با خود
دوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی	گفتگو در خصوص جلسه قبل و دریافت پس خواند، ارائه اطلاعات کلی در خصوص ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت تمرین ذهن آگاهی در خانه و در دنیای واقعی و تعیین تکلیف
سوم	تمرین مهربانی و مهرورزیدن	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت و آشنایی با ۶ مولفه ملاحظت و توانمندسازی برای شفقت- ورزشی، شفقت ورزشی برای دیگران - پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود - پرورش و درک اینکه دیگران نیز مشکلاتی دارند - پرورش حس اشتراکات انسانی
چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خودتان	- توانمندسازی فرد در توجه به رنج خود و دیگران بدون روگرداندن و یا اجتناب از آن - همدلی و همدردی کردن با رنج و دیگران و توجه و تجربه هیجانات بدون سرزنش - قضاوت و شرم و رسیدن به این شناخت که ارزیابی‌های گزنده و خش و خودانتقادگر منجر به دردهای هیجانی و تشدید رنج می‌گردد. ترغیب شرکت‌کننده به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فردارای (شفقت‌ورز) یا (غیر شفقت‌ورز) با توجه به مباحث آموزشی



- شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش استعاره فیزوتراپی، آموزش بخشایش	پنجم	روبارویی با هیجانانگیز مشکل
آموزش پذیرش مسائل، پذیرفتن تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی شناختی و شناخت مسیرهای مهم زندگی بالابردن انگیزه مراقبت و تلاش برای اتهام بخشیدن و پیشگیری از رنج خود و دیگران آموزش فرصت‌های ابراز شفقت از جمله (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کارگیری در زندگی روزمره	ششم	آموزش مهارت‌های شفقت
آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، تصویرسازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بعدی وجودی خودانتقادگر، خود انتقادشونده و خودشفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت پیدا کردن لحن و صدای خودانتقادگر و خودشفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی	هفتم	تمرین‌های مشفقانه
پراکردن جدول هفنگی افکار خودانتقادگر و افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی شفقت‌ورز می‌توانند باشد کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه آموزش تکنیک‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز تنفس تسکین بخش ریتیمیک، نوشتن نامه مشفقانه برای خود و دیگران، ثبت یادداشت روزانه موقعیت واقعی مبنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت	هشتم	جمع‌بندی و مرور مطالب گذشته و در آغوش گرفتن زندگی
جمع‌بندی و مرور تمرین‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به شرکت‌کننده‌ها تا بتوانند باروش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و جمع‌بندی و ارائه راهکار برای حفظ و بکارگیری این راهکارها در زندگی روزمره پاسخگویی به سئوالات اعضا تشکر و قدردانی از حضور شرکت‌کننده‌ها قبول و پذیرش زندگی، تعصبات منفی زندگی مورد هدف قرار می‌گیرد		

جدول شماره ۲: پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرا با اقتباس از نظریه سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)

خلاصه جلسات	اهداف	جلسه
- تشریح چگونگی انجام کار در گروه درمانی‌ها، علت انتخاب افراد معارفه اعضای با یکدیگر و درمانگر، تبیین اهداف گروه درمانی مثبت‌نگر، آگاهی با مفهوم مثبت‌اندیشی و شناسایی - علایم و نشانه‌های مثبت‌اندیشی و جمع‌بندی و تعیین تکلیف برای جلسه بعدی	- آماده‌سازی و آشنایی با اهداف و فرایند مطالعه - آشنایی با هنجارها و قواعد گروه، - آشنایی با اعضای گروه، وظایف و نقش‌ها	اول
- ترغیب اعضا به صحبت درمورد خود و فرزندانشان، تشویق آن‌ها به بیان احساسات خود در نقش‌ها برای کاهش ناگویی هیجانی و شکل‌گیری اعتماد - ارائه توضیحات درباره افکار، احساسات و نقش آن‌ها در رفتار - یادداشت ۳ رویداد مثبت در زندگی و بیان دلایل آن - جمع‌بندی و ارائه تکلیف	- تشکیل همبستگی گروهی و اعتماد اعضا به یکدیگر و گروه - آشنایی چگونگی شکل‌گیری تفکر و نگرش - ایجاد هیجانانگیز مثبت با ذکر نعمت و لذت - بردن از زمان حال و وقایع	دوم
- کاهش خود انتقادی از خود، دیگران و دنیا، عدم تمرین و تکرار از حد موارد منفی - تشویق اعضا به بحث در رابطه با ناتوانی فرزندشان به عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیرقابل باور در جهت کاهش خود انتقادی - کسب عادت مثبت قدردانی و سپاسگزاری، آموزش به فرزندان - جمع بندی و تعیین تکلیف	- آشنایی با افکار منفی و راههای تعدیل آن - بحث معنا در زندگی و چارچوب‌دهی مجدد وجود فرزند کم‌توان ذهنی به عنوان یکی از مشکلاتی که جزئی از زندگی دنیوی	سوم



<p>- آموزش تکنیک سپاسگزاری به منظور ارتقای افکار، احساسات و رفتارهای مثبت و تاثیر آن بر روی فرد و روابط اجتماعی</p>	<p>- آموزش نظریه A-B-C آلبرت آلیس و بحث درباره آن - ترغیب اعضا به بیان تجربیات خود در رابطه با امید و شاد بودن و تاثیر آن بر زندگی و نگرش آن‌ها و کاهش میزان اضطراب و استرس و افزایش بهزیستی روانی و شناختی - جمع بندی و تعیین تکلیف</p>	<p>چهارم</p>
<p>- آموزش مثبت‌بودن از طریق چالش کشیدن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از رمان سازنده و تجدید نظر در باورها - آشنایی با نقش مثبت‌نگری به فعالیتهای فرزندان در سلامت روانی، رفتاری و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مادران و تبیین رابطه شادکامی و امید با افزایش انعطاف و بهزیستی روانی</p>	<p>- استمرار دز تمرین افکار مثبت، فرصت‌های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلات در رابطه با فرزند کم توان ذهنی - تشویق اعضا به بحث گروهی در مورد نمونه‌هایی که با داشتن امید و شاد بودن در زندگی در کنار فرزندان کم‌توان ذهنی خود تغییرات خوب و مثبتی در زندگی ایجاد کردند.</p>	<p>پنجم</p>
<p>-آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی - ارائه الگوهای شاد و مثبت‌نگر در افزایش معنا به زندگی</p>	<p>-تشویق اعضا به بیان احساسات در رابطه با پذیرفتن مسولیت فرزند کم توان ذهنی، تحلیل رابطه عدم مسولیت‌پذیری با احساس گناه و سرخوردگی و افزایش فشار مراقبتی - استفاده از روشهای مختلف لذت از زندگی: تامل و لذت بردن از کارهای روزانه، ذهن آگاهی، رفتن به جشن‌ها، یادآوری خاطرات خوب، برقراری رابطه صمیمی، اتخاذ نگرش عاری از سرزنش</p>	<p>ششم</p>
<p>-درک اهمیت کمک کردن به فرزند کم توان ذهنی و پذیرفتن مسولیت و نقش مادری به عنوان یکی از مثبت‌ترین نقش‌ها در زندگی فرد - امتحان مثبت زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت</p>	<p>-ارغیب اعضا به بیان احساسات و افکار خود در پذیرفتن مشکل و تمرکز بر هدف و آگاهی از نقش انعطاف‌پذیری در بهزیستی روانی مادران - ایجاد عادات مطلوب ورزشی - مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف افکار، آرام سازی و تغییر نگرش‌ها شامل احرام، جهاد کردن، مبارزه طلبی، وارد کردن خنده به زندگی و ایجاد اعتماد به نفس</p>	<p>هفتم</p>
<p>-تمرکز بر هدف به جای اجتناب از شکل و پذیرفتن مشکل و افزایش شادی و بهزیستی روانی مادران - سلامتی پیش نیاز مثبت‌گرایی - تمرین مثبت بودن و افزایش هیجانات مثبت در زندگی</p>	<p>- مرور مطالب قبل و فرایند گروه -تبیین چالش آینده اعضا و یازخورد عاطفی و فکری اعضا درباره آن - بحث درباره نظرات اعضا درباره گروه درمانی مثبت‌گرا - ایفای نقش در یک موقعیت چالش‌زا با توجه به آموخته‌ها در گروه - نوشتن تجربه گروه درمانی و تاثیر آن بر روی زندگی و ایجاد معنای جدید و بهزیستی روانی والدین و روابط با کودک</p>	<p>هشتم</p>
<p>یکپارچه سازی مطالب و فرایند جلسات قبل، تبیین گروه درمانی و اثرات آن گرفتن بازخورد از اعضای درباره احساس و نظرانشان نسبت به گروه آماده سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردها برای زندگی با فرزند کم توان ذهنی اختتام گروه درمانی</p>	<p>- نوشتن تجربه گروه درمانی و تاثیر آن بر روی زندگی و ایجاد معنای جدید و بهزیستی روانی والدین و روابط با کودک</p>	<p>هشتم</p>

ابزار اندازه‌گیری داده‌های پژوهش به شرح ذیل بود:

پرسش‌نامه فشار مراقبتی نواک و گوست^۱ (۱۹۸۹): این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گوست با هدف اندازه‌گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده و فشار مراقبتی ذهنی را تأکید بیشتری می‌سازد. این ابزار شامل پنج خرده مقیاس است که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی. این ابزار دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت ۵ از تقریباً همیشه=۵ تا هرگز=۱ نمره گذاری می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۱۲۰ و پایین ترین نمره ۲۴ می‌باشد. این ابزار دارای قابلیت اعتماد خوبی است و نواک و

۱. Novak & Guest



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

گوست (۱۹۸۹) همسانی درونی زیرمقیاس فشار زمانی ۰/۸۵، فشار تکاملی، ۸۵، فشار جسمانی ۰/۸۶، فشار اجتماعی ۰/۷۳ و فشار عاطفی، ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. عباسی و همکاران ضریب آلفای کل مقیاس را ۹۰ درصد و ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها را از ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ محاسبه کرده بودند (سلمانی، اشکتراب و حسونوند، ۱۳۹۳). مقادیر پایایی ابزار در آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر در مقیاس فشار مراقبتی ۰/۸۷۷ و در زیرمقیاس فشار مراقبتی وابسته به زمان، ۰/۸۴۱، فشار مراقبتی تکاملی، ۰/۷۵۲، فشار مراقبتی جسمی، ۰/۷۰۸، فشار مراقبتی اجتماعی، ۰/۸۴۵ و فشار مراقبتی عاطفی، ۰/۸۱۴ می‌باشد.

پرسش‌نامه ناگویی خلقی تورنتو ۱۹۹۴ (TAS-۲۰): ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سوالی که توسط تیلور، بگی و پارکر (۱۹۹۴) ساخته شده و ۳ زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (گزینه‌های ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) دشواری در توصیف احساسات (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و تفکر عینی (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. سوالات ۲۰ تا ۴۰ نشان می‌دهد مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات کم، نمره ۴۰ تا ۶۰ نشان می‌دهد ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. در نسخه‌های فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل را در نسخه‌های فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ تأیید کردند (محمودی، جلالی و احمدی سلیمانیه، ۱۳۹۷). مقادیر پایایی ابزار در آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر در مقیاس نارسایی هیجانی ۰/۷۸۰ و در مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۱۶، دشواری در توصیف احساسات، ۰/۸۱۱ و در تفکر عینی، ۰/۸۹۰ می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد ضمناً تحلیل داده‌ها با استفاده از برنامه نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS-۲۲) انجام شد.

یافته ها

یافته های حاصل از آمار جمعیت شناختی تحقیق نشان داد که در بررسی توزیع سنی در هر سه گروه، بیشترین درصد فراوانی مربوط به محدوده سنی ۴۰-۳۱ سال و کمترین درصد فراوانی مربوط به محدوده ی سنی ۶۰-۵۱ سال می‌باشد. همچنین بررسی وضعیت تحصیلی مادران در سه گروه نشان می‌دهد که بیشتر مادران دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم هستند و از نظر اشتغال ۸۰ تا ۹۰ درصد آنها خانه دار می‌باشند.

جدول شماره ۳- بررسی فشارمراقبتی و نارسایی هیجانی در گروه‌های پژوهش در طی مطالعه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
فشار مراقبتی	درمان مبتنی بر شفقت	۷۲/۴۷	۴/۵۳	۵۴/۶۷	۴/۹۵	۵۵/۸۰
	روان درمان مثبت گرا	۷۲/۰۰	۴/۰۷	۵۵/۸۰	۵/۲۰	۵۵/۳۳
	کنترل	۷۳/۷۱	۷/۲۶	۷۱/۲۰	۸/۱۶	۷۲/۲۷
نارسایی هیجانی	درمان مبتنی بر شفقت	۶۸/۲۷	۶/۹۶	۴۹/۷۳	۷/۸۰	۴۹/۱۳
	روان درمان مثبت گرا	۷۰/۷۳	۷/۵۳	۴۶/۰۷	۸/۹۳	۴۶/۵۷
	کنترل	۶۹/۲۷	۳/۴۵	۶۹/۸۷	۵/۱۰	۶۹/۰۷



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

فشار مراقبتی در طی مطالعه در گروه درمان مبتنی بر شفقت از ۷۲/۴۷ در مرحله پیش آزمون به ۵۴/۶۷ در مرحله پس آزمون و ۵۵/۸۰ در مرحله پیگیری تغییر کرد. بررسی روی گروه روان درمان مثبت گرا نشان داد، میانگین فشار مراقبتی از ۷۲/۰۰ به ۵۵/۸۰ در مرحله پس آزمون و به ۵۵/۳۳ در مرحله پیگیری تغییر کرد. در بررسی گروه کنترل نیز ملاحظه شد میانگین فشار مراقبتی از ۷۳/۷۱ به ۷۱/۲۰ در مرحله پس آزمون و به ۷۲/۲۷ در مرحله پیگیری تغییر کرد.

متغیر نارسایی هیجانی در طی مطالعه در گروه درمان مبتنی بر شفقت از ۶۸/۲۷ در مرحله پیش آزمون به ۴۹/۷۳ در مرحله پس آزمون و ۴۹/۱۳ در مرحله پیگیری تغییر کرد. بررسی مشابه روی گروه روان درمان مثبت نگر نشان داد میانگین نارسایی هیجانی از ۷۰/۷۳ به ۴۶/۰۷ در مرحله پس آزمون تغییر کرد و در نهایت در مرحله پیگیری ۴۶/۵۷ تغییر کرد. در بررسی گروه کنترل نیز ملاحظه شد میانگین نارسایی هیجانی از ۶۹/۲۷ به ۶۹/۸۷ در مرحله پس آزمون و به ۶۹/۰۷ در مرحله پیگیری تغییر کرد.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل واریانس و اندازه گیری مکرر در مراحل سه گانه مداخله های درمانی در متغیر فشار مراقبتی

منبع اثر	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر	توان
بین آزمودنی: گروه	۳۶۶۶/۸۵۹	۲	۱۸۳۳/۴۳۰	۱۹/۴۷۰	۰/۰۰۰	۰/۴۸۱	۱/۰۰۰
خطای (گروه)	۳۹۵۵/۰۲۲	۴۲	۹۴/۱۶۷				
درون آزمودنی ها: مراحل مداخله آموزشی	۳۶۶۸/۱۰۴	۱/۴۲۱	۲۵۸۱/۲۱۴	۲۴۵/۹۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۴	۱/۰۰۰
گروه* مراحل مداخله آموزشی	۲۰۱۶/۱۱۹	۲/۸۴۲	۷۰۹/۳۶۳	۶۷/۵۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۶۳	۱/۰۰۰
خطا(مراحل مداخله)	۶۲۶/۴۴۴	۵۹/۶۸۵	۱۰/۴۹۶				

نتایج از جدول شماره ۴ نشان داد نسبت F بدست آمده در عامل گروه ها در متغیر فشار مراقبتی برابر با $(P < ۰/۰۰۱) ۱۹/۴۷۰$ معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت و روان درمان مثبت گرا در کاهش فشار مراقبتی با توجه به گزارش میانگین از جدول شماره ۳ در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

همچنین، از سطر سوم جدول شماره ۴ ملاحظه می شود نسبت F مشاهده شده در مراحل مداخله آموزشی بر کاهش فشار مراقبتی برابر $(P < ۰/۰۰۱) ۲۴۵/۹۲۸$ در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این نتیجه نشان می دهد که بین مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر فشار مراقبتی تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه با توجه اینکه اثر گروه ها معنی دار شد از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه بین گروه ها استفاده شد تا تعیین شود بین کدام یک از گروه های درمان اختلاف وجود دارد.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی بین گروهی در متغیر فشار مراقبتی

گروه ها	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
شفقت- مثبت گرا	-۰/۰۶۷	۲/۰۴۶	۱/۰۰۰
شفقت- کنترل	۱۱/۰۸۹	۲/۰۴۶	۰/۰۰۰
مثبت گرا- کنترل	-۱۱/۰۲۲	۰/۰۴۶	۰/۰۰۰

بررسی آزمون تعقیبی بنفرونی از جدول شماره ۵ نشان داد در متغیر فشار مراقبتی بین گروه شفقت و مثبت گرا تفاوت معنی داری در طی مطالعه مشاهده نشد، ولی تفاوت در گروه کنترل با گروه درمان مبتنی بر شفقت $(P < ۰/۰۰۱)$ و نیز تفاوت بین گروه کنترل با گروه روان درمان مثبت گرا $(P < ۰/۰۰۱)$ معنی دار بود.



جدول شماره ۶. نتایج تحلیل واریانس و اندازه‌گیری مکرر در مراحل سه‌گانه مداخله‌های درمانی در متغیر نارسایی هیجانی

منبع اثر	SS	df	MS	F	sig	اندازه اثر	توان
بین آزمودنی: گروه	۶۱۶۸/۳۱۱	۲	۳۰۸۴/۱۵۶	۲۲/۰۷۵	۰/۰۰۰	۰/۵۱۲	۱/۰۰۰
خطای (گروه)	۵۸۶۷/۹۵۶	۴۲	۱۳۹/۷۱۳				
درون آزمودنی‌ها: مراحل مداخله آموزشی	۶۱۶۴/۹۳۳	۱/۵۶۹	۳۹۲۸/۰۰۲	۲۴۱/۱۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲۸	۱/۰۰۰
گروه* مراحل مداخله آموزشی	۳۳۲۹/۹۵۶	۳/۱۳۹	۱۰۶۰/۸۴۵	۱۴۶/۱۵۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۴	۱/۰۰۰
خطا(مراحل مداخله)	۴۷۸/۴۴۴	۶۵/۹۱۸	۷/۲۵۸				

نتایج از جدول شماره ۶ نشان داد نسبت F بدست آمده در عامل گروه‌ها در متغیر نارسایی هیجانی برابر با $۲/۰۷۵ (P < ۰/۰۰۱)$ معنادار است. این یافته بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت و روان درمان مثبت‌گرا در کاهش نارسایی هیجانی با توجه به گزارش میانگین از جدول شماره ۳، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است.

همچنین، از سطر سوم جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود نسبت F مشاهده شده در مراحل مداخله آموزشی بر کاهش نارسایی هیجانی برابر $۲۴۱/۱۸۶$ در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر نارسایی هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه با توجه اینکه اثر گروه‌ها معنی‌دار شد از آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه بین گروه‌ها استفاده شد تا تعیین شود بین کدام یک از گروه‌های درمان اختلاف وجود دارد.

جدول شماره ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی بین گروهی در متغیر نارسایی هیجانی

گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای معیار	Sig
شفقت- مثبت‌گرا	۱/۲۲۲	۲/۴۹۲	۱/۰۰۰
شفقت- کنترل	-۱۳/۶۸۹	۲/۴۹۲	۰/۰۰۰
مثبت‌گرا- کنترل	-۱۴/۹۱۱	۲/۴۹۲	۰/۰۰۰

بررسی آزمون تعقیبی بنفرونی از جدول ۷ نشان داد در متغیر نارسایی هیجانی تفاوت معنی‌داری در طی مطالعه مشاهده نشد، ولی تفاوت در گروه کنترل با شفقت ($P < ۰/۰۰۱$) و نیز کنترل با روان درمان مثبت‌گرا ($P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار بود.

بحث

یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر کاهش فشار مراقبتی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر هستند و در این زمینه، درمان مبتنی بر شفقت نسبت به روان‌درمانی مثبت‌گرا مؤثرتر بود ولی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا منجر به کاهش فشار مراقبتی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی در بستر درمان مبتنی بر شفقت به مهارت ذهن آگاهی و نگرش دلسوزانه نسبت به خود دست پیدا می‌کنند. آن‌ها در درمان مبتنی بر شفقت می‌آموزند که هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجارب خود داشته باشند. چنین فرایندی به یک تجربه آرامبخش، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات همراه است، چرا که همراه با آن نوعی اعتراف به تجارب دردناک درونی و توانایی در پذیرش آن‌ها نیز ظاهر می‌شود. بنابراین هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی باعث بروز حالت آرامش در فرد می‌شود (نف، ۲۰۱۶). در واقع ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد سیستم‌های فیزیولوژیک



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

بدن از قبیل سیستم ایمنی بدن را شامل می‌شود و بنابراین پیامدهای مثبت حاصل از ذهن آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت تا حد زیادی می‌توانند فشار مراقبتی را در مادران دارای کودک کم توان ذهنی کاهش دهند. همچنین در درمان مبتنی بر شفقت، این مادران می‌آموزند تا با پرورش نگرشی پذیرا، درد و رنج خود را بدون تلاش برای اجتناب از آنها، به عنوان درد مشترک انسانی که در مورد همه انسانها وجود دارد با حالت مشفقانه و دلسوزانه بپذیرند و در حضور رنج خودآگاه، ضمن حفاظت از خود در برابر مشکلات به شکل مشفقانه نه منتقدانه با آن برخورد نمایند (گیلبرت، ۲۰۰۹) که این تغییر دیدگاه و واکنش خود می‌تواند موجب ارتقاء ظرفیتهای درون روانی و در نتیجه کاهش فشار مراقبتی در آنها شود. در همین راستا و به دنبال ایجاد دیدگاه شفقت ورزانه و پذیرا در این مادران، آنها توانستند در روابط بین فردی که مورد انتقاد یا سرزنش دیگران قرار گرفته بودند، به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی مجدد ارتباط بر اساس اعتماد دوباره بدهند و شفقت نسبت به خود و دیگران را در روابط اجتماعی، خانوادگی و روان‌شناختی تقویت کنند (درویشی و خیاطان، ۱۳۹۶) و با ایجاد روابط دوستانه نیرومند از منافع آن بهره مند شده و فشارهای ناشی از نگهداری از فرزند خود را تا حدی به این گونه تخفیف دهند. اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول نسبت به تجارب درونی خود آگاه شوند و در گام بعد نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس آنها یاد می‌گیرند که نگرش شفقت ورزی به خود داشته باشند که مستلزم ذهن آگاهی به عنوان یک چشم انداز روانی متعادل است (گیلبرت، ۲۰۰۹). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد و افراد آموزش می‌بینند بجای تمرکز بر نقاط ضعف و قوت برای ارزیابی خود، با گسترش دیدگاه خود بتوانند همه تجربیات را لحظه به لحظه مشاهده کنند و بدون تلاش برای ارزیابی و قضاوت آنها بتوانند این تجربیات را به عنوان بخشی از وجود انسانی خود در دنیای درون جای دهند و وجودشان را انسجام بخشند (آرک و کراسک، ۲۰۱۰). در تبیین اثربخشی روان درمانی مثبت گرا می‌توان به تغییرات مثبتی اشاره کرد که در طی این درمان برای مادران دارای کودک کم توان ذهنی حاصل شد. خوشبینی از جمله دستاوردهای روان درمانی مثبت گرا است. این مادران در طی روان درمانی مثبت گرا به این توانمندی دست پیدا کردند که با وجود تمام نارسایی‌ها و مشکلاتی که وجود دارد، بتوانند از زوایای خوش بینانه امور و موضوعات مختلف را ببینند تا در چارچوب چنین طرز نگاهی قادر به بازارزیابی امور به گونه‌ای مطلوب و دریافت معنای جدیدی از آنها باشند. در روان درمانی مثبت گرا این مادران قادر به دستیابی به مهارت تفکر مثبت و خوش بینانه نسبت به مسائل مختلف از جمله مشکلات موجود در ارتباط با نگهداری از فرزند خود شدند و توانستند با به اصطلاح دیدن نیمه پر لیوان و تمرکز بیشتر برای شناسایی نقاط قوت خود و فرزندشان، در کنار همه مشکلات موجود، به تقویت این نقاط قوت پرداخته و احساس امید را در خود پرورش دهند (وانگ، ۲۰۱۱) که خود می‌تواند با کاهش فشار مراقبتی همراه باشد. آنها در بستر روان درمانی مثبت گرا مهارت خاصی در تمرکز کمتر بر نقاط ضعف و نارسایی‌ها و تمرکز بیشتر بر نقاط قوت و پتانسیل‌های درونی بیرونی و ایجاد احساس امید در خود از طریق پرورش باور و عقایدی که بر توانستن و موفق شدن تاکید دارند، کسب کردند (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۷) و بدین طریق توانستند تا با شناسایی منابع و ظرفیتهای درونی خود و فرزندشان و قرار دادن آنها در راستای دستیابی به اهداف و خواسته‌هایشان تا حد زیادی از فشار مراقبتی خود بکاهند. انتظارات خوشبینانه مبنی بر یک انتظار کلی که در آینده، بیشتر رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتاد تا رویدادهای بد، موجب می‌شود تا این افراد خوشبین، در رویارویی با دشواریها و سختیها بدون شکست خوردن و عقب کشیدن با قدرت و جسارت بایستند و به دنبال کردن اهداف ارزشمند خود ادامه دهند و با به کارگیری راهبردهای کنار آمدن و مقابله مؤثر، خود و حالات شخصیشان را تنظیم کنند تا اینکه بتوانند به هدفهای خود دست یابند (کار، ۲۰۰۴) و چنین تجاربی در یک مادر دارای کودک کم توان ذهنی می‌تواند با کاهش فشار مراقبت از فرزندش همراه باشد. یک مادر دارای کودک کم توان ذهنی که در چارچوب روان درمانی مثبت گرا یاد گرفته است تا فرد خوشبین و مثبت‌نگری باشد، نسبت به سایر افراد هم‌تای خود نتایج مثبت بیشتری به دست می‌آورد زیرا وی اهداف خود را به صورت یک چیز دست یافتنی تصور می‌کند و در دستیابی به آنها از تلاش دست برنمی‌دارد که این الگوی رفتاری می‌تواند از فشار مراقبتی



وی بکاهد. این مادران که خود را دارای صفات مثبت می‌بینند و نسبت به آینده خوشبین هستند، باور دارند رویدادهای مهم زندگی را می‌توانند کنترل کنند و بیشتر و جدیتر تلاش می‌کنند، زیرا بازده مثبتی را از نتیجه کار خود انتظار دارند و وقتی با مانعی روبرو می‌شوند راه‌های مختلف را به کار می‌گیرند تا زمانی که به موفقیت دست یابند و این روحیه بانشاط و انگیزه سطح بالا و امیدوار در کاهش فشار مراقبتی در آن‌ها نقش دارد (میرمحمدی و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین خوش بینی و مثبت نگری با سلامت جسمی همراه است که افزایش توان تحمل و کاهش احساس فشار را در شرایط پر استرس به همراه دارد. فرد خوشبین و مثبت نگر از سلامت جسمی بیشتر و دستگاه ایمنی کارآمدتر و نیرومندتری برخوردار است، کمتر به بیماریهای عفونی و عوارض جسمی دیگر مبتلا می‌شود و طول عمر بیشتری خواهد داشت (گابل و هیدت، ۲۰۰۵) که این سلامت و بنیه جسمی در یک مادر دارای کودک کم توان ذهنی به ویژه در ظرفیت وی در تحمل سختیها و کاهش احساس فشار از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین مادرانی که در جریان مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت از دیدگاه خوشبینانه برخوردار می‌شوند در مقایسه با سایر افراد و به خصوص افراد بدبین، رضایت از زندگی بیشتری گزارش می‌دهند؛ چرا که افراد خوشبین توانایی مقابله موثر با یک فاجعه و غلبه بر آن را در خود می‌بینند اما افراد بدبین مستعد این هستند که معمولاً در انتظار یک فاجعه بزرگ باشند (کار، ۲۰۰۴). بنابراین در مادران دارای کودک کم توان ذهنی که تحت روان‌درمانی مثبت گرا قرار داشته‌اند با افزایش حس کنترل درونی، توانایی مقابله موثر بر مشکلات و غلبه بر آن‌ها و رضایت کلی از زندگی، فشار مراقبتی می‌تواند تا حد زیادی تخفیف پیدا کند.

همچنین مثبت اندیشی سبب بهبود خودآگاهی، شناسایی درست احساسات، تمایز بین آن‌ها و افزایش تجربه هیجانات مثبت می‌شود. افزایش تجربه هیجانات مثبت با افزایش احساس امید، خوشبینی، یادآوری نعمت‌ها و قدردانی از آنها، افزایش انرژی درونی، مقابله موثر و سازنده با مشکلات و چالشها، احساس صمیمیت با دیگران و تمایل برای برقراری ارتباط اجتماعی همراه است که می‌تواند با افزایش منابع روانی و حمایتی درونی و بیرونی و تقویت سطح انرژی درون روانی تسهیل کننده کاهش فشارهای وارده از جمله فشار مراقبت از یک کودک کم توان ذهنی باشد. رویکرد مثبت گرایی برخلاف سایر رویکردها به جای تمرکز بر مشکلات بر افزایش هیجانات مثبت و ارتقای معنای زندگی و شناسایی و پرورش توانمندی‌ها تأکید دارد (سلیگمن، ۲۰۱۳) و از همین طریق قادر است زمینه ارتقاء سلامت مادران را فراهم کند که خود موجب کاهش فشار مراقبتی در آن‌ها شده است.

همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت گرا بر کاهش نارسایی هیجانی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی موثر هستند. در این زمینه، درمان مبتنی بر شفقت نسبت به روان‌درمانی مثبت‌گرا مؤثرتر بود ولی اختلاف معنی داری وجود نداشت. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت گرا منجر به کاهش نارسایی هیجان در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نارسایی هیجانی به صورت دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی و به عبارت دیگر، به صورت ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجانات ظاهر می‌شود. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجانات با دشواری‌هایی مواجه، و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۴). وقتی یک کودک از پاسخگویی هیجانی مادر خود در مواقع استرس یا بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می‌کند. در مورد یک کودک کم توان ذهنی که به طور کلی به دلیل نارسایی‌های شناختی خود نسبت به کودکان عادی در انتقال اطلاعات ضعیفتر عمل می‌کند، موضوع پردازش اطلاعات هیجانی و احساسات از اهمیت خاصی برخوردار است و این حس ناامنی با تبعات منفی بسیاری در رابطه با مادر همراه است و می‌تواند با انتقال این ناامنی به مادر موجب یک حسی در مادر و فرزند مبنی بر ناتوانی در شناسایی و ابراز و بیان هیجانات شود و لذا مادر و فرزند بجای بیان هیجانی مسیر سرکوب هیجانی را پیش گیرند که این امر خود عاملی از نارسایی هیجانی و تشدید مشکلات در روابط آن‌ها است. در فرایند روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمانگر با تأکید بر



مثبت‌اندیشی و تغییر باورهای ناکارآمد و منفی گرایانه اقدام به ایجاد حسی از خوش بینی و هیجانات مثبت و از بین بردن این احساس ناامنی در مادران می‌کند (سلیگمن و سیک زنتیمهالی، ۲۰۰۰). بنابراین وقتی درمانگر در روان‌درمانی مثبت‌نگر بر حذف افکار منفی و بدبینانه و پرورش افکار خوش بینانه و مثبت تمرکز دارد، در کنار این به شناسایی هیجانات همراه با این افکار هم توسط مادران تأکید دارد تا مادران متوجه هیجانات ناخوشایند خود و منشأ آن‌ها شوند و به اثرات عمیق باورهای ناامید کننده در خود پی ببرند. بنابراین در جریان تأکید بر شناسایی هیجانات مرتبط با افکار مثبت و منفی است که مادران با هیجانات منفی و مثبت خود آشنا شده و ضمن شناسایی آن‌ها توانستند به کمک حس امنیت درونی ناشی از افکار مثبت خود، این هیجانات را به گونه‌ای سالم ابراز کنند. بنابراین در جریان روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر شناسایی افکار مثبت و منفی و هیجانات مرتبط با آنها، تجربه شناسایی و ابراز هیجانات صورت گرفته و به عبارت دیگر، سیستم پردازش اطلاعات هیجانی در مادران فعال شد که این با کاهش نارسای هیجانی در آن‌ها منجر شده است. از سوی دیگر، در برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر یکی از مهم‌ترین اهداف، کمک به ارتقا و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد، افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود. مثبت‌اندیشی شکلی از فکر کردن است که بر حسب عادت در پی به دست آوردن بهترین نتیجه از بدترین شرایط است و نحوه تفکر افراد درباره یک رویداد، تجارب هیجانی آن‌ها و همچنین شیوه برخورد آن‌ها را مشخص می‌کند. تفکر مثبت به عنوان شیوه‌ای از فکر کردن که فرد را قادر می‌سازد نسبت به رفتارها، نگرش‌ها، احساس‌ها، علایق و استعدادهای خود و دیگران برداشت و تلقی مناسبی داشته باشد، در روان‌درمانی مثبت‌گرا مورد تأکید است و بنابراین در سایه این تفکر مثبت و امیدبخش دیگر فرد احساس ناامنی و تهدید نکرده و بنابراین دلیلی برای اجتناب از هیجانات وجود ندارد و در بستر چنین تجارب مثبتی فرد می‌تواند بدون تهدید و نگرانی با هیجانات خود مواجهه شود و آن‌ها را کاملتر تجربه و ابراز کند (کار، ۲۰۰۴) و در نتیجه بر مشکل نارسای هیجانی خود غلبه کند. افراد مبتلا به نارسای هیجانی به جای تجارب روان‌شناختی و عاطفی، بیشتر درگیر تجارب فیزیکی خود هستند و نتیجه آن به صورت ناتوانی در بازشناسی و وصف گفتاری هیجانهای فردی و ضعف در تفکر نمادین است که بروز بازخوردها، هیجانات، احساسات و نمایلات را دچار محدودیت می‌کند (وایس و همکاران، ۱۹۹۰). این افراد در بازشناسی احساس و هیجان مشکل دارند و فقر شدیدی در تجسم سازی دارند که نشان از محدودیت قدرت تخیل در آنهاست و تمام این نارسای‌ها در یک مادر می‌تواند در برقراری رابطه با فرزندش اختلال ایجاد کند و در مادران دارای کودک کم توان ذهنی که برقراری رابطه با فرزند از نظر رشدی و عاطفی اهمیت خاصی دارد، با تبعات منفی بیشتری همراه است. برای تبیین اثربخش بودن درمان مبتنی بر شفقت در بعد هیجانات و ابراز مناسب آن‌ها می‌توان به نتایج اخیر پژوهش‌های علوم اعصاب و تصویربرداری مغزی اشاره کرد که نشانگر این مسئله است که تمرین تصویرسازی شفقت برای دیگران و خود، منجر به تغییراتی در نواحی مغزی مرتبط با پردازش و ابراز اطلاعات هیجانی می‌شود (راکلیف و همکاران، ۲۰۰۸). از یک دیدگاه می‌توان چنین بیان داشت که در مقایسه با افراد عادی، در مادران دارای کودک کم توان ذهنی به دلیل وجود مشکلات و تنگناهای زیاد و تجارب منفی بسیاری که با آن مواجهه بوده‌اند، سطوح بالای استرس و اضطراب و در نتیجه سیستم ترس و تهدید و بازداری به طور بیشینه و غیرعادی فعال است. در واقع از آن جا که استرس و اضطراب با راه اندازی سیستم تهدید و حفاظت از خود در مغز باعث می‌شوند، بدن در یک حالت دفاعی و بازداری قرار می‌گیرد و به طور کلی تمام سیستم‌های بدن بجای فعالیت آزادانه و مناسب دچار حالت تدافعی، سرکوبی و بازنشانی می‌شوند که سیستم مغزی پردازش و ابراز اطلاعات هیجانی نیز از این دست است. در نتیجه همین حالت بازداری و سرکوبی در سیستم پردازش اطلاعات هیجانی است که فرد تحت عنوان نارسای هیجانی نامیده شده و قادر به شناسایی، توصیف و ابراز هیجانات خود نیست. در مقابل در درمان مبتنی بر شفقت با انجام تمریناتی از قبیل شفقت ورزی نسبت به خود و دیگران، توجه ذهن آگاهانه و آگاهی غیرقضاوتی و تهدید کننده نسبت به تجارب درونی، ریتم تنفس تسکین دهنده، تصویرسازی مشفقانه، تمرین صندلی مشفق و به کار بردن خود خردمند و خود قدرتمند و خود ملایم، سیستم‌های سرکوب شده و غیرفعال



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

از جمله سیستم پردازش اطلاعات در مغز اصلاح شده و فعالانه و پویا شروع به کار می‌کند (براون و همکاران، ۲۰۰۷) و بدین طریق با پردازش بهتر هیجانات و توانایی در شناسایی ابعاد و ابراز مناسب آن‌ها نارسایی هیجان در این مادران بهبود می‌یابد. همچنین در طی تمرینات مبتنی بر شفقت، سیستم تهدید و حفاظت از خود که منبع احساسات دشوار و دردناکی نظیر اضطراب، خشم و بی‌زاری است به سیستم تسکین دهنده، رضایت و امید تبدیل شده و فرد را قادر می‌سازد تا تعادل خود را دوباره به دست آورد و آرامش درونی را تجربه کند و وقتی سیستم‌های بدن از حالت واکنش‌های دفاعی رها شده و آرامش و ثبات و امنیت درونی برقرار می‌شود، زمینه مناسبتری برای فرد برای دست کشیدن از سرکوبی احساسات و هیجانات ناراحت کننده و مواجهه با آن‌ها و شناسایی و توصیف آن‌ها فراهم می‌شود. همچنین تمرین ذهن آگاهی در درمان مبتنی بر شفقت به طور خاصی در کاهش مشکل نارسایی هیجانی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی موثر است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل کننده است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که از درون فرد برانگیخته می‌شوند (گیلبرت، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر شفقت و با آموزش ذهن آگاهی این مادران یاد می‌گیرند تا تمام ابعاد رفتاری، شناختی و احساسی پدیده‌های هیجانی و روانی خود را تا جای ممکن به صورت کامل و بدون هرگونه قضاوت مشاهده کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹) که این خود تسهیل کننده شناسایی بهتر هیجانات و توصیف آن‌ها است.

نتیجه گیری

در این پژوهش کارآیی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی پس از جلسات درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران و روان‌درمانگران در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌درمانی مثبت‌گرا بر فشار مراقبتی و نارسایی هیجانی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی فراهم کند. از دست‌آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تایید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اثربخشی دو روش درمانی بر روی مادران کودکان کم توان ذهنی پیشنهاد می‌شود این دو رویکرد درمانی به معلمان، مشاوران و درمانگران کودکان استثنایی آموزش داده شود. با توجه به اینکه وضعیت سلامت روانی والدین بر روی عملکرد و رفتار کودک استثنایی تاثیر بسزایی دارد، پیشنهاد می‌شود بعد از شناسایی کودک (با مشکلات ذهنی و جسمی) قوانین و الزاماتی برای شرکت این مادران در کلاس‌ها و کارگاه‌ها جهت کاهش مشکل روان‌شناختی آن‌ها فراهم گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند

مراجع

- آقاجانی، محمد جواد، موسوی، سیده سمیه، اسدی مجره، سامره. (۱۳۹۷). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان‌شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه. فصلنامه سلامت روان کودک. ۵ (۳): ۳۳-۲۲
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه: رضایی، فرزین، فخرایی، علی، فرمند، اتوسا، نیلوفر، علی، هاشمی آذر، ژانت. و شاملو، فرهاد. (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.
- تمنایی فر، محمد رضا. و قیاسی، الهام. (۱۳۹۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی و مادران دارای فرزند عادی. مجله‌ی پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۱، ۱ صص. ۲۵-۱۸.



ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۴. حجت خواه، سید محسن. و مصلح، ایمان. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس شرم درونی شده و سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک کم توان ذهنی. فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، ۶، ۲۴، صص. ۱۵۳- ۱۸۰.
۵. خدادادی سنگده، جواد،، تولائیان، عبدالحسین. و بلقان آبادی، مصطفی. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر افزایش شادکامی مادران کودکان با نیازهای ویژه. فصلنامه روانشناسی خانواده، ۱، ۱، صص. ۵۳-۶۲.
۶. درویشی، سونیا. و خیاطان، فلور. (۱۳۹۶). اثر آموزش شفقت نسبت به خود بر شادکامی و کیفیت زندگی مادران اتیسم. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷، ۴، صص. ۷۷-۸۶.
۷. زمانی، نرگس، حبیبی، مجتبی. و درویشی، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه اثر بخشی رفتار درمان گروهی دیالکتیکی با گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی مادران کودکان معلول. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۸، ۱، صص. ۳۲-۴۲.
۸. سرحدی، مهدیه. و درگاهی، شهریار. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فشار مراقبتی و استرس زناشویی مادران کودکان استثنایی، مجله مطالعات ناتوانی، ۱۷، ۸، صص. ۱-۶.
۹. سلمانی، نیره، اشکتراب، طاهره. و حسوند، شیرین. (۱۳۹۳). فشارمراقبتی و عوامل مرتبط آن در مراقبین بیماران بخش اکتولوژی بیمارستان شاه ولی یزد. نشریه دانشگاهی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. ۲۳، ۸۴، صص. ۱۱- ۱۷.
۱۰. سلیمی، آرمان، ارسلان ده، فرشته، زهرا کار، کیانوش، داورنیا، رضا. و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. فصلنامه افق دانش ۲۴، ۲، صص. ۱۲۵- ۱۳۱.
۱۱. علمی منش، نیلا. (۱۳۹۷). اثر بخشی روانی درمانی مثبت گرایی تنیدگی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. فصلنامه‌ی کودکان استثنایی، ۱۷- ۴، صص. ۵-۱۴.
۱۲. کار، آلن. (۲۰۰۴). روان شناسی متد علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان. ترجمه حسن پلیفا شریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنائی (۱۳۸۷)، تهران: سخن.
۱۳. کمیجانی، مهرناز. (۱۳۹۱). اختلال دلبستگی در کودکان کم توان ذهنی، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۰۹، ۱-۴، صص. ۱۴-۶.
۱۴. کوهسالی، معصومه، میرزمانی، سید محمود، کریملو، مسعود. و میرزمانی، میر سادات. (۱۳۸۷). مقایسه سازگار اجتماعی مادران فرزند دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر. مجله‌ی علوم رفتاری، ۲، ۲، صص. ۱۶۵- ۱۷۲.
۱۵. محمدی، رقیه. و جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۹۲). تاثیر آرامش آموزی در کاهش اضطراب و افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی. مجله‌ی کودکان استثنایی، ۱۲، ۴، صص. ۲۱- ۳۲.
۱۶. محمودی، هیوا، جلالی، محسن. و احمدی سلیمانی، فائق. (۱۳۹۷). مقایسه نارسایی هیجانی، خوددلسوزی و سبک‌های شوخ طبعی بین والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی. مجله‌ی دانشگاه علامه طباطبایی، ۸، ۱۳، صص. ۵۷- ۷۸.
۱۷. مریمی، نساء. و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۴). اثر بخشی تاب آوری بر شادکامی مادران دارای فرزند معلول ذهنی شهرستان قروه. فصلنامه مطالعات روان شناختی و علوم تربیتی، ۱، ۱، صص. ۳۲-۴۲.
۱۸. ملک پور، مختار،، فراهانی، حجت الله،، آقای، اصغر. و بهرامی، علی. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب مانده ذهنی وعادی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶، ۲، صص. ۶۶۱- ۶۷۶.
۱۹. نایب حسین زاده، سپیده؛ فتح الله زاده، نوشین،، سعادت، نادره. و رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خودشفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر. فصلنامه مطالعات روان شناختی دانشگاه علوم تربیتی و روان شناختی دانشگاه الزهراء، ۱۲، ۳، صص ۱۰۳- ۱۲۲.
۲۰. نوری، حمیدرضا. و شهابی، بهار. (۱۳۹۶). اثر بخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب آوری مادران دارای مبتلا به اتیسم. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۸، ۳، صص. ۱۱۸-۱۲۶.



۲۱. Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J. (۲۰۰۳). Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, ۴۷, ۲۱۷-۲۳۰. ۲۱۷-۲۳۰.
۲۲. Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (۲۰۱۵). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, ۴۵(۲), ۸۹-۹۸.
۲۳. Emerson, E. (۲۰۰۳). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, ۴۷(Pt ۱):۵۱-۸.
۲۴. Fairthorne, J., Jacoby, P., Bour, K. J., deKlerk, M., & Leonard, H. (۲۰۱۵). Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *Journal of psychiatric research*, ۶۱, ۲۲۳-۲۳۰.
۲۵. Gable, S. L., & Haidt, J. (۲۰۰۵). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, ۹(۲), ۱۰۳.
۲۶. Gilbert P. (۲۰۱۰) compassion focused therapy special issue. *Journal of Well-being*, ۱, (۳), ۱۹۷-۲۰۱.
۲۷. Gilbert, P. (۲۰۰۹). An introducing compassion- focused therapy. *Advances on psychiatric treatment*, ۱۵, ۱۹۹-۲۰۸.
۲۸. Gogoi, R. R., Kumar, R. & Peuri, S. D. (۲۰۱۷). Anxiety, depression and quality of life in mothers of children with intellectual disability. *Journal of psychiatry & Allied sciences*, ۸ (۱), ۷۱-۷۵.
۲۹. Greaves, D. (۱۹۹۷). The effect of rational emotive parent education on the stress of mother of young children with down syndrome. *Journal of rational- emotive and cognitive- behavior therapy*, ۱۵, ۲۴, - ۲۶۷.
۳۰. Iancu, L., Bodner, E., & Ben-Zion, I. (۲۰۱۵). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in Social Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. Elsevier, ۵۸, ۱۶۵-۱۷۱.
۳۱. Jimenez, M. G., & Montorio, M. I. (۲۰۱۶). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. *Estudio piloto basado en la psicología positiva*. *SMMA psicología CA*, ۲۳, ۵۱-۵۹.
۳۲. Joeng, J. R., & Turner, S. L. (۲۰۱۵). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*, ۶۲(۳), ۴۵۳.
۳۳. Lai, S., Lim, K.H., Tang, V., & Low, (۲۰۱۸). Positive psychological interventions for people with epilepsy: An assessment on factors related to intervention participation. Elsevier, ۳۰, ۹۰-۹۷.
۳۴. Neff, K. D. (۲۰۱۶). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, ۷(۱), ۲۶۴-۲۷۴.
۳۵. Ninkrahan, G. R., Suarez, L., Asgari, S., Beach, S., Celano, R., Kalantari, M., Abedi, M. R., Etesampour, A., Rezaei, A., & Huffman, J. (۲۰۱۶). Positive psychology interventions for patients with disease: A preliminary randomized trial. *The Academy of Psychosomatic Medicine*. Published Elsevier, ۵۷, ۳۴۸-۳۵۸.
۳۶. Novak, M. & Guest, C. (۱۹۸۹) Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*, ۲۹, ۷۹۸-۸۰۳.
۳۷. Ochoa, C.H., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., Borrás, J. M. (۲۰۱۶). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, ۱۷ (۱), ۲۸-۳۱.
۳۸. Parish, L. & Clod, M. (۲۰۰۶). Financial Well-being of Single, Working-age Mothers of Children with Developmental Disabilities, *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, ۱۱۷(۵):۴۰۰-۴۱۲.
۳۹. Popa, E. (۲۰۲۰). Particularities of Personality and Socio-Affective Behavior in Children with Mental Disabilities. *New Trends in Psychology*, ۲(۱).
۴۰. Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (۲۰۱۴). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.
۴۱. Rockliff, H., Gilbert, P., MCE Wan, K., Lightman, S., & Glover, D. (۲۰۰۸). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Clinical Neuro-psychiatry*, ۵, ۱۳۲-۱۳۹.
۴۲. Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (۲۰۰۹). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, ۳۵ (۳), ۲۹۳-۳۹۱.



۴۳. Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (۲۰۰۰). positive psychology, positive prevention, and positive therapy. Hand book of positive psychology. ۲-۳-۱۲
۴۴. Seligman, M. E. P. (۲۰۱۳). Flourish: a visionary new understanding of happiness and well- being new york: free press .
۴۵. Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (۲۰۰۵). Positive psychology progress: empirical validation of intervention. American psychology, ۶۰ (۵), ۴۱۰- ۴۲۱
۴۶. Shearn, J. & Todd, S. (۲۰۰۳). Maternal employment and family responsibilities: The perspectives of mothers of children with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, ۱۳, ۱۰۹-۱۳۱.
۴۷. Snyder, C. R. & Lopez, S. (۲۰۰۷). Positive psychology. New delhi: lawrence sage .
۴۸. Taylor G.J., Bagby, M.R., & Parker, J. D. A. (۱۹۹۴). Disorders of affect regulation; alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: cambridg university press .
۴۹. Wellenzohn, S., Proyer, R. T., & Ruch, W. (۲۰۱۶). How do positive psychology intervention work? A short- term placebo- controlled humor- based study on the role of time focus. Personality and individual differences, ۹۶, ۱- ۶ .
۵۰. Wong, P. T (۲۰۱۱). Positive psychology ۲. ۰: to ward a balanced ontent active model of the good life. Canadian psychology ۵۲ (۲), ۶۹ .
۵۱. Yamaguchi, A. , Kim, M. S. , & Akutsu, S. (۲۰۱۴). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. Personality and Individual Differences, ۶۸, ۶۵-۷۰ .
۵۲. Yamaoka, Y., Tomiya, N.O., Izumida, N.O., & Kawamura, A (۲۰۱۶). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. SSM- population health ۲, ۵۴۲- ۵۴۸ .