Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No. 4.2025
Page: 1-14

# Comparing the effectiveness of compassion-based parenting and parenting based on acceptance and commitment on post-traumatic growth in mothers of children with physical-mental disabilities

**Sahebeh Barimani[1], Fereshteh Mirzaei[2], Samaneh Farahani[3]**

1- PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. (Corresponding Author) E-mail: sahebehbarimani1361@gmail.com
2-PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran.
3- PhD Student of family & sexual health Psychology, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

**Received:** 05/09/2023 **Accepted:** 29/09/2025

## Abstract

**Introduction:** Caring for a disabled child can have numerous psychological and social consequences for parents.

**Aim:** The present study aimed to compare the effectiveness of compassion-based parenting and parenting based on acceptance and commitment on post-traumatic growth in mothers of children with physical-mental disabilities.

**Method:** This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest–follow-up structure and a control group. The study population consisted of students enrolled at the Imam Javad Educational Center for Children with Special Needs in Sari in 2022. From this population, 45 children were selected, and their mothers were randomly assigned to one of three groups: compassion-based parenting, acceptance and commitment-based parenting, or control. Participants completed the Post-Traumatic Growth Questionnaire, and data were analyzed using repeated-measures analysis of variance.

**Results:** The findings indicated that the effects of time ($F = 21.61$), group ($F = 13.48$), and the interaction between group and time ($F = 7.82$) on post-traumatic growth were statistically significant at the $p < 0.001$ level. Post hoc comparisons further revealed that post-traumatic growth scores at both the posttest and follow-up assessments were significantly higher than those at the pretest ($p < 0.001$).

**Conclusion:** The findings of this study suggest that post-traumatic growth in mothers of children with physical and mental disabilities can be enhanced through compassion-based parenting and acceptance and commitment-based parenting. These approaches may therefore be valuable components of intervention programs designed for families of children with disabilities.

**Keywords:** Physical-mental disability, Compassion-based parenting, Parenting based on acceptance and commitment, Post-traumatic growth

Barimani S, Mirzaei F, Farahani S. Comparing the effectiveness of compassion-based parenting and parenting based on acceptance and commitment on post-traumatic growth in mothers of children with physical-mental disabilities. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (4) : 1-14
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2012-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۴، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۴-۱

# مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی

**صاحبه بریمانی[۱]، فرشته میرزایی[۲]، سمانه فراهانی [۳]**

۱. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، ایران.
۲. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران. (مولف مسئول). ایمیل: sahebehbarimani1361@gmail.com
۳. دانشجوی دکترای روانشناسی خانواده و سلامت جنسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۲/۰۶/۱۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۰۷/۰۷

## چکیده

**مقدمه:** مراقبت از یک کودک معلول می‌تواند با پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی برای والدین همراه باشد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی انجام شد.

**روش:** تحقیق حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که از بین آن‌ها، ۴۵ کودک انتخاب شدند و مادران آن‌ها به طور تصادفی در گروه مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا گروه کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه رشد پس از سانحه را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون واریانس با اندازه‌گیری-های مکرر تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثر زمان (F=۲۱/۶۱)، اثر گروه (F=۱۳/۴۸) و اثر تعامل گروه زمان (F=۷/۸۲) در مورد رشد پس از سانحه در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد، تفاوت نمرات رشد پس از سانحه در پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون از نظر آماری معنادار هستند (P<۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** طبق نتایج حاصل از این مطالعه، رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی از طریق مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل اصلاح است. پیشنهاد می‌شود در مداخلات مربوط به کودکان دچار معلولیت از این رویکردهای فرزندپروری استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** معلولیت جسمی- ذهنی، فرزند پروری مبتنی بر شفقت، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد، رشد پس از سانحه

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

**مقدمه**

مطابق آمارهای سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد دارای معلولیت می‌باشند که بین ۴ تا ۴/۵ درصد افراد مبتلا به ناتوانی شدید هستند (فو و ای[1]، ۲۰۲۱). مشکلات مراقبتی، آموزشی، درمانی و مالی یک کودک معلول استرس زیادی را بر خانواده تحمیل می‌کند (دیویس، راندل-فیلیپس، راسل و دلانی[2]، ۲۰۲۱). بخصوص مادر احساس-هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی‌دفاعی و تنهایی را تجربه می‌کنند و از همین‌رو گفته می‌شود سلامت روان این مادران از سلامت روان مادران با کودک عادی پایین‌تر است (اسماگارزوسکا، زومسکی و گریگل[3]، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، گزارش شده است که برخی افراد در شرایط بحرانی همچون نگهداری از یک کودک معلول از رشد پس از سانحه[4] خبر می‌دهند (کانتز و کارتر[5]، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌ها، برخی موقعیت‌های استرس‌زا و رنج‌آور می‌توانند بستر مناسبی برای پیشرفت افراد فراهم کنند. افراد آسیب‌دیده گاهی به وضعیت قبلی خود و حتی سطح بالاتری از عملکرد روانی خود می‌رسند (سرمیر دسمانتت و بلیس[6]، ۲۰۱۳).

تجربه تغییرات روان‌شناختی مثبت که از آن تحت عنوان رشد پس از سانحه نام می‌برند، به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه آسیب‌زا ایجاد شده و نتیجه آن مبارزه فرد علیه این حادثه استرس‌زا است (جایاویکرمی و همکاران[7]، ۲۰۱۹). رشد پس از سانحه با تغییرات مثبت روان‌شناختی پس از دست‌وپنجه نرم‌کردن با شرایط چالش‌برانگیز شناخته شده است و پنج حیطه دارد (تدسکی و کالهون[8]، ۱۹۹۹)؛ الف) ارتباط با دیگران که به معنای توسعه شبکه روابط و صمیمیت بیشتر با آن‌هاست؛ ب) احتمالات جدید که نشان‌دهنده ایجاد یک مسیر یا فرصت‌های جدید است؛ ج) توان شخصی که اشاره به افزایش قدرت درونی و توانایی اتکا به خود در سختی‌ها دارد؛ ه) تغییر معنوی که به فهم تجارب و تقویت باورهای معنوی اشاره دارد؛ و) قدردانی از زندگی که به معنای پی‌بردن به ارزش زندگی است. افرادی که رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند، تغییرات مثبت و سازنده‌ای را در زندگی شناختی و عاطفی خود نشان می‌دهند (اسلاد و همکاران[9]، ۲۰۱۹؛ یزادنپور، سپاه منصور و حسن زاده، ۱۴۰۳). در راستای شناسایی مداخلات مؤثر بر افزایش رشد پس از سانحه در مادران با کودک معلول، فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر به نظر می-رسند.

شیوه‌های فرزندپروری، روش‌هایی است که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می‌گیرند و بیانگر نگرش و رفتارهایی است که آن‌ها نسبت به فرزندان خود دارند (عباس زاده، موللی، پورمحمدرضای تجریشی و واحدی، ۱۴۰۰). یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با معلولیت جسمی و ذهنی، فرزندپروری مبتنی بر شفقت[10] است. مشاهداتی که منجر به شکل‌گیری

[1] Fu & Ai
[2] Davies, Randle- Phillips, Russell & Delaney
[3] Smogorzewska, Szumski, & Grygiel
[4] post-traumatic growth
[5] Kuntz & Carter
[6] Sermier Dessemontet & Bless
[7] Jayawickreme
[8] Tedeschi & Calhoun
[9] Slade
[10] compassion-based parenting

درمان مبتنی بر شفقت شد، شامل افرادی با سطوح بالای خود انتقادگری بود که مشکلات زیادی در مهربانی با خودشان، احساس گرمی با خود و شفقت نسبت به خود داشتند (واحدی و مهدی‌نیا، ۱۴۰۲). افرادی که تجارب این چنینی دارند، بسیار نسبت به تهدیدهای طرد یا انتقاد از سوی دیگران حساس می‌شوند و به سرعت به خود حمله می‌کنند (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹). هدف درمان متمرکز بر شفقت کمک به مراجعین است تا بتوانند از دیدگاه مشفقانه، نگرانی و تنش خود را درک کنند و به آن‌ها پاسخ دهند (دمهری، رستمی و سعیدمنش، ۱۴۰۰). شفقت به معنای، آگاهی از رنج و حس مشترک انسانی در تجربه رنج و پاسخ به آن با مهربانی است (گیلبرت[1]، ۲۰۱۹). شفقت، سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود؛ اشتراک انسانی در برابر قضاوت خود و ذهن-آگاهی در مقابل انزوا است (نیسمیت، ریپول و پاردو[2]، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر شفقت با هدف کمک به تقویت سلامت روانی و هیجانی شکل گرفته است (پرو، انتون و کنی[3]، ۲۰۲۱). طبق شواهد، والدین با شفقت بالاتر در مقابل فرزندانشان و مشکلاتی که آنان برایشان ایجاد می-کنند، کمتر دفاعی عمل کرده و به دلیل ذهن‌آگاهی بالایی که دارند، راه‌حل‌های خلاقانه‌تری را به کار می-برند (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹).

فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد[4] می‌تواند مداخله مؤثر دیگر بر افزایش رشد پس از سانحه در مادران با کودک معلول باشد. در رویکرد پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار، احساسات و هیجانات و توجه به گفتمان درونی فرد تأکید می‌شود (ما، یون و یانگ[5]، ۲۰۲۳؛ مفهوم، محمدی شیرمحله، دهستانی و پیوندی، ۱۴۰۳)؛ بنابراین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قصد بر کنترل افکار یا احساسات نیست، بلکه مراجعه کنندگان را تشویق می‌کند بدون تلاش برای مقابله و سرکوب حالات و افکار درونی، با ایجاد یک موضع پذیرش و شناسایی ارزش‌های فردی، در جهت یک زندگی هدفمند و مطابق با ارزش‌ها حرکات کنند (چیساری، مک کراکن، کراسیانی، ماس-موریس و اسکات[6]، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والدین کمک می‌کند احساسات، نگرانی‌ها و نارسایی‌های درک شده را بپذیرند و در چالشی‌ترین لحظه‌ها، هدف این است که احساسات و افکار، همان‌گونه که هستند و بدون تغییر پذیرش شوند (لارسون، هارتلی و مکهاگ[7]، ۲۰۲۲).

با توجه مشکلات موجود در پرورش یک کودک معلول و آسیب‌های متعدد روانی و عاطفی که والدین این کودکان مواجهه هستند، رویکردهای مبتنی بر شفقت و همچنین پذیرش و تعهد برای والدین کودکان دچار معلولیت جسمی یا ذهنی، می‌تواند کاربردپذیر و مفید باشد. پژوهش حاضر، در راستای پاسخ به خلأ موجود در این زمینه به دنبال مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود رشد پس از سانحه در مادران با کودک دچار معلولیت جسمی یا ذهنی بود.

[1] Gilbert
[2] Naismith, Ripoll & Pardo
[3] Proeve, M., Anton & Kenny
[4] Therapy Commitment & Acceptance
[5] Ma, Yuen & Yang
[6] Chisari, McCracken, Cruciani, Moss-Morris & Scott
[7] Larsson, Hartley & McHugh

## روش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل دانش‌آموزان مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که از بین آن‌ها، ۴۵ کودک که ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه را دارا بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مادران آن‌ها به طور تصادفی در گروه مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به تحقیق شامل: داشتن کودک معلول جسمی یا ذهنی، رضایت مادر برای شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری طبی جدی و نداشتن اختلال عمده روانپزشکی بود. معیارهای خروج شامل غیبت در جلسات درمان بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بود.

برای اجرای این طرح، پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری، جهت دسترسی به اعضای نمونه اقدام شد و از بین این افراد، نمونه مورد نیاز بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند؛ بنابراین تعداد ۴۵ کودک مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی انتخاب شدند و مادران آن‌ها به صورت تصادفی ساده و با روش قرعه‌کشی در گروه مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا کنترل گمارش شدند. قبل از اجرای جلسات، در قالب یک جلسه معارفه با اعضاء در مورد اهداف و روند پژوهش صحبت و به سؤالات احتمالی آن‌ها پاسخ داده شد. برای گروه‌های آزمایش ۸ جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه‌ای مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت یا فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. در ابتدا و بعد از اتمام جلسات مداخله و همچنین یک ماه بعد از آن، تمام شرکت‌کنندگان ابزار پژوهش را تکمیل کردند. در این پژوهش برای رعایت اخلاق در پژوهش، شرکت در تحقیق اختیاری بود و شرکت‌کنندگان با رضایت خود در جلسات مداخله شرکت کردند. اطلاعات شرکت-کنندگان نزد محقق محرمانه باقی ماند و همچنین، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. در این مطالعه تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

### ابزار

***پرسش‌نامه رشد پس از سانحه[1]:*** این پرسش‌نامه توسط تدسکی و کالون (۱۹۹۶) ساخته شد که متشکل از ۲۱ ماده است و رشد پس از سانحه را در ابعاد پنج‌گانه قدر دانستن زندگی، تنظیم موقعیت‌های جدید، حس قوی‌تر شدن شخصی، ارتباط بهتر با دیگران و تغییرات معنوی ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه یک ابزار خود سنجی است که فرد باید جواب‌های خود را در یک مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (صفر= هیچ تغییری را تجربه نکرده‌ام تا پنج= تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده‌ام) قرار دهد. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۵ است و کسب نمرات بالاتر نشانگر رشد پس از سانحه بالاتر در فرد است. تدسکی و کالون (۱۹۹۶) مقدار همسانی درونی این

[1] Post-traumatic Growth Questionnaire

پرسش‌نامه را ۰/۹۰ گزارش کردند و روایی آن را از طریق تحلیل عاملی و تائید ساختار پنج عاملی آن با شاخص‌های برازش مناسب مورد تائید قرار دادند. همچنین رحیمی، حیدرزاده و حسن زاده (۱۳۹۴) در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۵۷ تا ۰/۷۷ به دست آوردند.

برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی در مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری بر روی ۱۵ مادر دارای کودک مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی اجرا شد. در جدول ۱ شرح جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت که در این مطالعه استفاده گردید گزارش شده است (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹).

**جدول ۱: پروتکل برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت**

| جلسه | تکلیف | هدف |
|---|---|---|
| **جلسه اول** | آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود. | آشنایی اولیه با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت |
| **جلسه دوم** | آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت به خود و تکالیف خانگی | آشنایی با ذهن آگاهی |
| **جلسه سوم** | پرورش احساس مهربانی در افراد آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و ارائه تکلیف خانگی | تقویت حس خود دوستی و شفقت به خود |
| **جلسه چهارم** | پرورش ذهن مشفق و رفتار مشفقانه مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مشفق یا غیرمشفق با توجه به مباحث آموزشی، شنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ و تکالیف خانگی | بهبود خودشناسی با تأکید بر خود شفقتی |
| **جلسه پنجم** | تعمیق ذهن شفقت‌ورز و بدون قضاوت ماندن مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری | آموزش ابعاد شفقت و مهربانی |
| **جلسه ششم** | ایجاد احساسات خوشایند مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان و تکالیف خانگی | تمرکز بر بهبود مهارت شفقت به خود و دیگران |
| **جلسه هفتم** | درک و پذیرش خود و دیگران مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت. | رصد کردن رفتارهای شفقت به خود و دیگران در زندگی |
| **جلسه هشتم** | بندی و ارائه راه‌کارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در مرور مباحث آموزش داده شده جمع زندگی روزمره | جمع بندی و بازخورد دادن |

برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی در مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری بر روی یک گروه ۱۵ نفری دیگر از مادران دارای

**جدول ۲: پروتکل برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد**

| جلسه | تکلیف | هدف |
|---|---|---|
| **جلسه اول** | آشنایی با مادر کودک و برقراری ارتباط درمان، بیان اهمیت دوران کودکی و همچنین نتیجه فرزندپروری در آینده کودک، معرفی رویکرد پذیرش و تعهد و مزایای آن نسبت به رویکردهای قبلی، معرفی انواع خانواده از دیدگاه رویکرد پذیرش و تعهد (خانواده‌های احساسی و منطقی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن و خانواده عاشق تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌ها)، توضیح در مورد خانواده و والدین عاشق و بیان ویژگی‌های والدین عاشق، ترغیب مادر به رفتن به سمت والد عاشق با کمک مثال‌های خود مادر. | آشنایی اولیه با یکدیگر و اصول رویکرد پذیرش و تعهد |
| **جلسه دوم** | با ترسیم جدول مربوط به موقعیت، تولیدات ذهن (فکر، احساس، خاطرات، علائم بدنی و امیال و رفتار) به مادر توضیح داده شد که ذهن وی و تولیدات ذهن چگونه است، با مثال‌هایی بیشتر ذهن به مادر معرفی شد. توضیح این نکته که ذهن ما ناخودآگاه بوده و کنترلی روی آن نیست (ایجاد چالش در خصوص اینکه با این ذهن چه رفتاری باید داشت)، اضافه نمودن ستون‌های رفتار، اثر کوتاه مدت و بلندمدت به جدولی که قبلا ترسیم کرده‌ایم برای نشان دادن این نکته که پیروی از ذهن می‌تواند چه نتایج کوتاه مدت و بلندمدتی داشته باشد و اینکه اکثرا فرمان‌های ذهن ناکارآمد هستند. | آشنایی با تولیدات فکری و تصویری ذهن و اثرات آن |
| **جلسه سوم** | آشنایی با انعطاف‌پذیری شناختی با استفاده از استعاره مهمان و خانه کوچک، آموزش تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی با انتخاب رفتارهای مناسب، ترسیم جدول ذهن و رفتار با ارائه چند مثال و بررسی رفتارهای ممکن دیگر که مادر با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانسته انتخاب نماید. | تمرکز بر انعطاف‌پذیری شناختی |
| **جلسه چهارم** | آموزش ساخت حریم روانشناختی بین فرزند و والدین، معرفی شیوه‌های کنترلی نامناسب مادر ( داد زدن، تسلیم شدن و منصرف شدن)، استفاده از استعاره جزیره و به چالش کشیدن مادر نسبت به فرزندپروری خود که تاکنون داشته است. تکلیف: لیست کردن رفتارهای جزیره‌ای توسط مادر. | آموزش شیوه درست فرزندپرری |
| **جلسه پنجم** | آموزش پیش‌آیند، رفتار، پیامد و زمینه برای نشان دادن چرخه معیوب در صورت انتخاب رفتار نامناسب، استفاده از استعاره کامپیوتر برای آموزش ارتباط با ذهن. | آموزش ارتباط درست با ذهن |
| **جلسه ششم** | آموزش مهربانی با خود (ایجاد همدلی با مادر و تقویت روحیه در وی جهت رسیدگی به خود به عنوان مادر)، معرفی ارزش با استفاده از استعاره تشییع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها در رابطه مادر و فرزندی. | آموزش مهربانی نسبت به خود و یافتن ارزش‌های خود |
| **جلسه هفتم** | استفاده از استعاره برای نشان دادن پابرجا ماندن باورها و اصول ناکارآمد و غیرمنطقی و انتخاب رفتار مناسب، معرفی و آموزش اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت در راستای ارزش‌ها آموزش عمل متعهدانه نسبت به اهداف تعیین شده. | تمرکز بر ارزش‌ها و تعهد نسبت به اهداف خود |
| **جلسه هشتم** | بررسی شیوه‌های ارتباطی والدین شامل: منفعلانه، پرخاشگرانه، مدبرانه، آموزش مراحل ارتباط مدبرانه (مشاهده به جای قضاوت، بیان احساس والد نسبت به چیزی که مشاهده کرده است، بیان نیاز، بیان تقاضا)، آموزش ایجاد هماهنگی با کودک از طریق بازی روزانه با کودک با و مدیریت کودک، آموزش تکنیک-های فرزندپروری و رفتار با کودک در شرایط لج بازی، کج خلقی، نگرانی و نداشتن حرف شنوی. | تمرکز بر روش ارتباطی والد با کودک و اصلاح آن |

کودک مبتلا به معلولیت جسمی یا ذهنی اجرا شد. محتوای جلسات درمانی این برنامه بر اساس محتوای کتاب «لذت فرزندپروری با استفاده از پذیرش و تعهد» نوشته کوین و مورل[1] (۲۰۰۹) است. جلسات آموزشی بدین شرح اجرا خواهد شد:

1 Coyne & Murrell

## یافته‌ها

میانگین سنی مادران در گروه فرزندپروری مبتنی بر شفقت ۳۷/۴۵، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۹/۱۲ و در گروه کنترل ۳۵/۴۴ سال بود. میانگین سنی کودکان در گروه فرزندپروری مبتنی بر شفقت ۱۰/۸۷، فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۱/۰۴ و در گروه کنترل ۱۱/۶۱ سال بود. آماره‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های سه گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل در متغیر رشد پس از سانحه**

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف معیار |
| فرزندپروری مبتنی بر شفقت | ۴۲/۶۴ | ۸/۳۷ | ۵۷/۰۲ | ۹/۱۱ | ۵۸/۲۳ | ۹/۷۶ |
| فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۴۰/۹۳ | ۸/۰۶ | ۵۵/۶۸ | ۵/۱۴ | ۵۶/۹۱ | ۸/۴۸ |
| کنترل | ۴۳/۲۹ | ۹/۱۴ | ۴۴/۸۳ | ۷/۵۸ | ۴۱/۷۰ | ۸/۶۹ |

در ادامه با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به مقایسه تفاوت نمرات رشد پس از سانحه بر حسب موقعیت بین گروهی و درون‌گروهی پرداخته شد. قبل از آن پیش فرض نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن توزیع فراوانی داده‌ها بود (P>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P<۰/۰۵). نتایج بررسی مفروضه آزمون کرویت موخلی برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا نشان داد که این فرض در مورد رشد پس از سانحه رعایت نشده است (P<۰/۰۵) و بر این اساس از آزمون گرین هاوس گیزر استفاده شد. نتایج آزمون لوین بیانگر برقراری پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیر رشد پس از سانحه بود (F=۰/۵۴، p=۰/۴۲). طبق نتایج آزمون چندمتغیره، مقدار لامبدای ویلکز برای ترکیب خطی نمره رشد پس از سانحه بر حسب زمان ۰/۳۹ و F= ۱۸/۳۷ و برای اثرات تعاملی گروه و زمان ۰/۴۴ و F= ۱۰/۸۴ بود. بعد از اینکه مشخص شد بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

**جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر نمره رشد پس از سانحه**

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | $\eta^2$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **اثر درون‌گروهی زمان** | ۵۴۱۱/۰۴ | ۱/۵۱ | ۳۵۸۳/۴۷ | ۲۱/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲ |
| **اثر برون‌گروهی گروه** | ۴۲۷۲/۵۷ | ۲ | ۲۱۳۶/۲۸ | ۱۳/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۰ |
| **اثر متقابل گروه× زمان** | ۱۹۸۴/۱۸ | ۳/۰۲ | ۶۵۷/۰۱ | ۷/۸۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۹ |

طبق نتایج جدول ۴، اثر زمان (P=۰/۰۰۱، F=۲۱/۶۱) معنادار است و بین سطح رشد پس از سانحه در زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نمره رشد پس از سانحه با سطوح گروه‌ها تعامل دارد؛ یعنی میزان رشد پس از سانحه در سطوح مختلف گروه‌ها تفاوت معناداری دارد (P=۰/۰۰۱، F=۱۳/۴۸). در این جدول اثر تعاملی بین زمان و گروه نیز نشان داده شده است که این اثر (P=۰/۰۰۱، F=۷/۸۲) نیز معنادار است. به منظور تفسیر اثر معنادار متقابل زمان و گروه، از اثرات اصلی ساده استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

**جدول ۵: نتایج اثرات اصلی ساده به تفکیک گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری**

| گروه (متغیر مستقل) | زمان اول | زمان دوم | تفاوت میانگین | انحراف استاندارد | معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| **فرزندپروری مبتنی بر شفقت** | پیش‌آزمون | پس آزمون | -۱۴/۳۸ | ۲/۶۲ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۱۵/۵۹ | ۱/۷۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | -۱/۲۱ | ۰/۸۴ | ۰/۱۵۳ |
| **فرزندپروری پذیرش و تعهد** | پیش آزمون | پس‌آزمون | -۱۴/۷۵ | ۱/۵۸ | ۰/۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | -۱۵/۹۸ | ۲/۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۱/۲۳ | ۰/۵۶ | ۰/۳۶۰ |
| **کنترل** | پیش آزمون | پس آزمون | -۱/۵۴ | ۰/۴۹ | ۰/۵۰۲ |
| | پیش آزمون | پیگیری | ۱/۵۹ | ۰/۳۷ | ۰/۷۱۳ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۳/۱۳ | ۰/۸۵ | ۰/۱۱۶ |

بر اساس نتایج جدول ۵، در نمرات رشد پس از سانحه در هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری یافت نشد است (P>۰/۰۵) که این بیانگر این است که نمرات گروه کنترل در مقایسه

با سطح پیش‌آزمون تغییر نکرده است؛ اما در دو گروه فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معنادار قابل مشاهده است (P<۰/۰۰۱). همین الگوی افزایشی برای هر دو گروه در مرحله پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). در مرحله پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون، تغییر معناداری در فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری پذیرش و تعهد یافت نشد (P>۰/۰۵). این نتایج اثربخشی هر دو مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری پذیرش و تعهد را بر متغیر رشد پس از سانحه و همچنین ماندگاری اثربخشی آن‌ها در مرحله پیگیری تائید کرد.

## بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی انجام شد. طبق نتایج، فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی شد و تفاوتی بین دو مداخله از نظر میزان اثربخشی در بهبود رشد پس از سانحه نبود.

یافته مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر بهبود رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی با نتایج مطالعات قبلی همسو است. پرو و همکاران (۲۰۲۱) در یک مطالعه در یک نمونه بالینی نشان دادند که مداخله مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی موجب بهبود شرم درونی و بیرونی، نشخوار فکری و شفقت به خود شد. دمهری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که شفقت درمانی بر احساس گناه، کمالگرایی و طرحواره شرم تأثیر دارد. مدحی و قمرانی (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند فرزندپروری مبتنی بر شفقت، می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی را کاهش و خودپنداره آنان را بهبود بخشد. محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساس گناه و افزایش تحمل پریشانی مادران دارای کودک معلول جسمی-حرکتی اثرگذار است. در تبیین این یافته باید بیان داشت به طور کلی مداخلات مبتنی بر شفقت با ارتقای سطح خوددلسوزی و مهربانی نسبت به خود و دیگران و در نتیجه تسهیل فرایند تنظیم هیجان به افزایش تجربیات مثبت و کاهش شدت عواطف منفی در افراد کمک می‌کنند. مداخلات مبتنی بر شفقت از طریق افزایش سطح آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مثبت بر احساسات درونی به بهبود آسیب‌های روانشناختی و کاهش تجارب منفی درونی کمک می‌کند (نف، ۲۰۰۱). در فرایند مداخلات مبتنی بر شفقت، افراد به این توانایی دست پیدا می‌کنند تا با ایجاد نگرشی جدید و دلسوزانه نسبت به خود و دیگران، نارسایی را بخشی جداناپذیر از زندگی هر انسانی تلقی کنند و با این تغییر نگرش، موقعیت‌های پریشان کننده را فرصتی برای رشد و تحول در نظر بگیرند. از همین‌رو مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی در جریان مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت به این نگرش و دیدگاه دست می‌یابند که نواقص و نارسایی و بیماری ممکن است برای هر فردی رخ دهد و این پدیده‌ای عمومی و همه‌گیر و جزء لاینفک زندگی است و مهم

نوع مقابله فرد با این رخدادها است؛ بنابراین بهتر قادر خواهند بود تا بیماری و ناتوانی فرزند خود را بپذیرند و با آن کنار بیایند (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹). ذهن آگاهی از فنون اساسی مداخلات مبتنی بر شفقت است که در طی آن فرد با تمرین فن گسلش، آموزش می‌بینند تا افکار و احساس خود را به عنوان رویدادهای ذهنی و نه حقایق کلامی و واقعی در نظر بگیرد و از این طریق خود را از افکار پریشان کننده و استرس‌زا رها سازند و به جای غرق شدن در الگوهای خودکار فکری و احساسی بر اساس ارزش‌ها و امکانات فعلی خود عمل کند و به رشد توان روانی خود کمک کند. تمرین گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند تا تسلیم افکار کلیشه‌ای ذهن خود نشوند و با غیرواقعی دانستن آن‌ها به عبور سریع‌تر از آن‌ها و دیدگاهی منعطف‌تر در خود نسبت به دنیا کمک کنند.

یافته مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی با نتایج مطالعات قبلی همسو است. حدادی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی بر بیماران تحت همودیالیز نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افسردگی و رشد پس از سانحه اثربخشی معنادار دارد. فقیهی و کجباف (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این دست یافتند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران بر افسردگی کودکان مبتلا به شکاف لب و کام اثربخش است. تردست و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب کودکان و استرس فرزندپروری مادران مؤثر است. گراهام و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه به بررسی اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد در افراد با بیماری مزمن پرداختند و نشان دادند این رویکرد بر بهبود کیفیت زندگی و کنترل علائم و کاهش پریشانی در مورد بسیاری از بیماری‌ها اثربخش است. در تبیین این یافته باید بیان داشت در رویکرد پذیرش و تعهد هدف تغییر رابطه فرد با افکار و احساساتش است. تا زمانی ما که فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برچسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد که این باعث منازعه با ما این افکار و احساسات می‌شود، منازعه‌ای که معمولا نتیجه خوبی ندارد. اجتناب تجربه‌ای و شناختی نیز منجر به عدم انعطاف‌پذیری روانشناختی و فعالیت ارزشمند می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه، به فرد کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند. ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعه کنندگان، باعث کاهش اجتناب شناختی و تجربه‌ای و رشد زندگی مبتنی بر ارزش و بهبود عملکرد فرد در ابعاد مختلف زندگی می‌شود. وقتی فرد با افکار و احساساتش مقابله نکند و بجای مبارزه با افکار وسواسی، اضطراب، نشخوارهای فکری، خشم، غم و دیگر تجارب درونی، به اهداف شخصی و ارزشمند خود بپردازد و در جهت ارزشمند زندگی حرکت کند، بهبود عملکرد و تغییر نگرش ظاهر می‌شود. هدف نهایی رویکرد پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، ارتباط با زمان حال و جهت‌دهی رفتار در خدمت اهداف ارزشمند است. این پذیرش و انعطاف‌پذیری نشانگر مرحله‌ای است که فرد چالش‌های زندگی را پشت سر می‌گذارد و خود را در معرض فرصت‌های آینده و رشد و تحول درونی قرار

می‌دهد (امیدبیگی، حسن آبادی، حاتمی و اعظی، ۱۳۹۹).

## نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی- ذهنی مؤثر است و تفاوتی بین دو مداخله از نظر میزان اثربخشی نیست. اصول مورد کاربرد در فرزندپروری مبتنی بر شفقت و فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و تعهد با اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی و ارتباطی ناکارآمد و ایجاد دیدگاه غیر قضاوتی این افراد را در بهبود رشد پس از سانحه یاری رساند. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن مطالعه به دانش آموزان معلول جسمی یا ذهنی مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر صورت پذیرد. همچنین به دلیل اینکه ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودگزارشی بود، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی وجود دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دیگری همچون مصاحبه نیز استفاده شود.

## سپاسگزاری

این مقاله حاصل یک طرح پژوهشی مربوط به دانشگاه آزاد واحد ساری است که با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.142 در کمیته اخلاق این دانشگاه به ثبت رسیده است. بدین وسیله از مسئولین مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری و همه شرکت‌کنندگانی که در این مطالعه شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

## References

Abbaszadeh, A., Movallali, G., Pourmohamadreza-Tajrishi, M., & Vahedi, M. (2021). Effect of baby triple P or positive parenting program on mental health and mother-child relationship in mothers of hearing-impaired children. *Archives of Rehabilitation, 22*(2), 210-227. (In Persian)

Chisari, C., McCracken, L. M., Cruciani, F., Moss-Morris, R., & Scott, W. (2022). Acceptance and commitment therapy for women living with vulvodynia: a single-case experimental design study of a treatment delivered online. *Journal of Contextual Behavioral Science, 23*, 15-30.

Coyne, L., & Murrell, A. (2009). *The joy of parenting: An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. New Harbinger Publications.

Davies, L., Randle- Phillips, C., Russell, A., & Delaney, C. (2021). The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self- compassion and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 34*(4), 1037-1047.

Demehri, F., Rostami, M., & Saeidmanesh, M. S. (2021). The effectiveness of compassion therapy on guilt, perfectionism and imperfection schema in the children of law enforcement unit. *Military Psychology, 12*(48), 59-74. (In Persian)

Faghihi, M. S., & Kajbaf, M. B. (2017). Effectiveness of ACT-Based parenting training to mothers on the depression of children with cleft Lip and palate: a single subject study. *Journal of Family Research, 13*(1), 67-89.

Fu, W., & Ai, J. (2021). The mediating role of social support in the relationship between parenting stress and resilience among Chinese parents of children with disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(10), 3412-3422.

Gilbert, P. (2019). Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. In *The bright side of shame* (pp. 413-431). Springer, Cham.

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical psychology review, 46*, 46-58.

Haddadi, S., Malihi, A. S., Tajbakhsh, R., Tajvidi, M., & Kakavand, A. (2021). Effectiveness of Commitment and Acceptance Therapy on Depression and Post Traumatic Growth in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial Study. 518-527. (In Persian)

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., ... & Zonneveld, R. (2021). Post- traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality, 89*(1), 145-165.

Kuntz, E. M., & Carter, E. W. (2019). Review of interventions supporting secondary students with intellectual disability in general education classes. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 44*(2), 103-121.

Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science, 24*, 10-17.

Ma, T. W., Yuen, A. S. K., & Yang, Z. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain, 39*(3), 147-157.

Madhi, M., & Ghamarani, A. (2020). The effectiveness of self-compassion-based parenting training on behavioral problems and self-concept in children with intellectual and developmental disability. *Journal of Applied Psychological Research, 11*(3), 1-18.

Mafhoom, S., Mohammadi Shirmahaleh, F., Dehesttani, M., & Peivandi, P. (2024). Comparison of the effectiveness of commitment and acceptance therapy and self-compassion therapy on distress tolerance and eating behavior in patients with type 2 diabetes. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 11*(4), 1-17. (In Persian)

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*. (In Persian)

Naismith, I., Ripoll, K., & Pardo, V. M. (2021). Group compassion-based therapy for female survivors of intimate-partner violence and gender-based violence: A pilot study. *Journal of Family Violence, 36*(2), 175-182.

Omidbeygi, M., Hassanabadi, H., Hatami, M., & Vaezi, A. A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, post traumatic growth and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Clinical Psychology, 12*(3), 47-58. (In Persian)

Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness- based cognitive therapy on shame, self- compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A

pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *91*(4), 434-449.

Sermier Dessemontet, R., & Bless, G. (2013). The impact of including children with intellectual disability in general education classrooms on the academic achievement of their low-, average-, and high-achieving peers. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *38*(1), 23-30.

Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Blackie, L., Llewellyn-Beardsley, J., Franklin, D., Hui, A., ... & Deakin, E. (2019). Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ open*, *9*(6), 132-45.

Smogorzewska, J., Szumski, G., & Grygiel, P. (2019). Theory of mind development in school environment: A case of children with mild intellectual disability learning in inclusive and special education classrooms. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *32*(5), 1241-1254.

Tardast, K., Amanelahi, A., Rajabi, G., Aslani, K., & Shiralinia, K. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based parenting education on children's anxiety and the parenting stress of mothers. *Payesh (Health Monitor)*, *20*(1), 91-107. (In Persian)

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of traumatic stress, 9(3), 455-471.

Vahedi, R., & Mahdinya, S. (2024). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Compassion and Distress Tolerance in Women with Cardiovascular Diseases. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *11*(5), 62-75. (In Persian)

Yazdanpour, M., Sepahmansour, M., & Hassanzadeh, R. (2024). Comparing the effectiveness of mindfulness parenting training and compassion-based parenting on the affective control of mothers with children with learning disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, *11*(5), 1-16. (In Persian)