



مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با واقعیت درمانی بر خودپنداره و سرزندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی

محمد رضا بافقی زاده^۱، سپیده پور حیدری^{۲*} و محسن دوستکام^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲- استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران

۳- استادیار گروه مشاوره، موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی بر خودپنداره و سرزندگی مادران دارای فرزند کم توان ذهنی انجام شد.

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی شهر مشهد بود که تعداد ۴۵ نفر از آن ها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه خودپنداره بک (۱۹۹۰) و پرسشنامه سرزندگی ذهنی (رایان و فردریک، ۱۹۹۷) استفاده شد. پس از اجرای پیش آزمون و جایگزینی اعضا در گروه ها، مداخله آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه آزمایش اول و واقعیت درمانی در گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا گردید و در پایان، از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد. برای تحلیل داده ها نیز، از روش تحلیل کواریانس تک متغیره، آزمون تحلیل واریانس و آزمون بن فرونی استفاده گردید.

یافته ها

نتایج نشان داد که هر دو درمان ارائه شده، خودپنداره مثبت و سرزندگی مادران دارای فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی را افزایش داده و بین این دو مداخله درمانی از نظر میزان تاثیر بر این دو متغیر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p \leq 0/05$).

نتیجه گیری

بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت، که هر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی روش های موثری جهت بهبود خودپنداره و سرزندگی در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی می باشد.

واژه های کلیدی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، واقعیت درمانی، خودپنداره، سرزندگی

پژوهشی اصیل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۴

نویسنده مسئول: سپیده پور حیدری .

موسسه آموزش عالی عطار، مشهد، ایران

تلفن: 09151042795

پست الکترونیک:

spourheydari@yahoo.com



مقدمه

دیگر نیز، مشخص شده است که ناتوانی در مقابله با تنش‌ها و وجود نگرش منفی نسبت به خود نقش موثری در ضعف روابط عاطفی افراد با محیط خواهد داشت (۶). مادران کودکان دچار مشکلات اختلال ذهنی-رشدی به علت داشتن نقش سنتی مراقبت، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند کم‌توان خود به عهده می‌گیرند و در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. پژوهش‌های مختلف نشان دادند که مادران این کودکان سلامت جسمانی و روانی پایین‌تری دارند، احساس فشار و استرس بیشتری را تجربه کرده و افسردگی بالاتر و در نتیجه سرزندگی کمتری دارند (۷).

سرزندگی، به حالت بهزیستی روانی-هیجانی و تجربه عواطف مثبت، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت روان‌شناختی و عملکرد روانی-اجتماعی سالم اشاره دارد. تعاریف، مفهوم‌سازی و طبقه‌بندی‌های متعددی، تاکنون در مورد سرزندگی ارائه شده است (۸). اما در یک تعریف نسبتاً ساده و روان می‌توان گفت، سرزندگی عبارت است از توانایی فرد برای تحمل حالت‌های درونی ناخوشایند و ناراحت کننده. از دیدگاه روانشناسان شناختی نیز، سرزندگی؛ تحمل انواع مختلف حالت‌های درونی منفی مانند هیجان منفی، ابهام، بلاتکلیفی، ناامیدی و ناراحتی جسمانی را شامل می‌شود (۹). افراد با سطوح کمتر سرزندگی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به تنش و وضعیت‌های برانگیزاننده تنش‌زا باشند. در نتیجه این افراد کمتر ممکن است برای اجتناب از هیجان‌های منفی و یا وضعیت‌های آزارنده مربوط بکوشند. در مقابل، افراد با سطوح بالاتر سرزندگی ممکن است بیشتر قادر باشند به وضعیت‌های برانگیزاننده و تنش‌زا پاسخ انطباقی بدهند (۱۰). افراد با سرزندگی کم در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی خود دچار بی‌نظمی شناختی می‌شوند و با پرداختن به برخی افکار و نگرش‌های ناسازگار مانند اجتناب و انزوای طلبی در صدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند (۱۱).

تولد یک کودک معمولاً رویدادی شادی‌آور و هیجان‌بخش است و در کنار این ویژگی مثبت چالش‌ها و مسئولیت‌های جدیدی برای والدین به همراه آورده و آن‌ها را ملزم به سازگاری با عضو جدید خانواده می‌کند (۱). اما تولد کودک کم‌توان ذهنی می‌تواند به همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی وصف‌ناپذیری را برای والدین این کودکان به دنبال داشته باشد. در چنین خانواده‌هایی درخواست‌های جدیدی برای والدین به واسطه نیاز به بستری شدن، مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی کودکان‌شان ایجاد شده و این عوامل به نوبه خود می‌تواند فرایند سازگاری در اعضای چنین خانواده‌هایی را به شکل فزاینده‌ای تحت‌تأثیر قرار دهد (۲). این قبیل تأثیرات کودکان کم‌توان ذهنی بر روی واحدهای خانوادگی می‌تواند دارای پیامدهای مهمی باشد و ماهیتا باعث محدود شدن و آشوب در وضعیت اقتصادی، اجتماعی و هیجانی این خانواده‌ها گردد (۳). والدین و افراد حاضر در خانواده به صورت بسیار جدی تحت تأثیر آگاهی از کم‌توانی ذهنی کودک خود قرار گرفته و در مدت‌زمان کوتاهی بعد از این آگاهی باید برای این عضو تازه‌وارد تغییرات ذاتی و واقعی در ساختار و کارکرد خانواده به وجود آورند و هم‌زمان با این تغییرات به پخش و توزیع دوباره نقش‌ها و مسئولیت‌ها در محیط خانوادگی دست زنند که این چنین تغییرات ساختاری و کارکردی می‌تواند در زمانی طولانی تأثیرات منفی خود را بر سلامت روان هر دو والد و به‌خصوص مادر برجا گذارد (۴). یافته‌های پژوهشی نیز، نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند مبتلا به معلولیت (چه معلولیت کودک‌شان وراثتی باشد و چه اکتسابی) خود را مقصر دانسته و با ایجاد یک نگرش منفی نسبت به خود، خود را سرزنش می‌کنند. هم‌چنین، در کنار این خود سرزنش‌گری، نگرانی در مورد سلامت و آینده فرزند معلول‌شان در آنان شدیداً اضطراب ایجاد کرده و منجر به کاهش سلامت روانی و جسمانی‌شان می‌شود (۵). از سوی



شناختی و رفتاری، روش‌هایی هستند که توانایی افراد را برای کاهش تنش و افزایش سازگاری مناسب با موقعیت‌های ناگوار زندگی افزایش می‌دهد (۱۶). از جمله مداخلات درمانی که بر پایه رویکردهای شناختی و رفتاری بنا شده است، و به نظر می‌رسد بتوانند نقش موثری در افزایش خودمتمایزسازی، خودپنداره و سرزندگی داشته باشند، واقعیت درمانی ۲ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۳ می‌باشد.

به عقیده گلاسر ۴ (۱۷) بنیان‌گذار واقعیت درمانی، مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود. وی معتقد است که واقعیت درمانی بر اساس نظریه انتخاب بنا نهاده شده است. گلاسر رفتار را شامل چهار مولفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مولفه تفکر و عملکرد به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل داریم. تاکید اساسی نظریه انتخاب بر دو مولفه تفکر و عملکرد می‌باشد. در این شیوه درمان، مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه، نیل به هویت و توفیق که ارتباط مستقیمی با عزت نفس دارد، مورد تاکید می‌باشد (۱۸). درمان مبتنی بر تئوری انتخاب دیدگاهی است درباره زندگی و برای فرد و جامعه که می‌تواند منافع بسیار زیادی را در بر داشته باشد (۱۹). پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا، نشان از اثربخش بودن درمان مبتنی بر تئوری انتخاب بر انواع مؤلفه‌ها، مشکلات و اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی بزرگسالان (۲۰) انعطاف‌پذیری شناختی-هیجانی زنان (۲۱)، کاهش افسردگی و خودپنداره مادران دارای کودک مبتلا به سندروم دوان (۱۵) دارد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن کودک کم‌توان ذهنی، موجب آسیب به کیفیت زندگی و روابط بین فردی مادران و همچنین تضعیف خودپنداره و کاهش احساس ارزشمندی در آنها شده و منجر به افزایش ناامیدی و کاهش سرزندگی در آنها می‌شود که همه این موارد نیز، موجب می‌شود که فرد دچار یک نگرش منفی نسبت به خود شده و به خودپنداره منفی وضعیفی از خود دست یابد (۱۲).

خودپنداره که اصطلاحاً تصویر خود نیز، نامیده می‌شود از اساسی‌ترین عوامل رشد شخصیت سالم در انسان محسوب می‌شود و شامل نگرش‌ها، احساسات و دانش فرد در خصوص توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی می‌باشد. خودپنداره تمام ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و شیوه‌های ارزیابی را در بر می‌گیرد. از این رو، مجموعه نگرش‌های شخص نسبت به خود را خودپنداره می‌نامند (۱۳). راجرز ۱ (۱۴) نخستین کسی بود که با مطرح نمودن خودپنداره، این مفهوم را عملاً وارد حوزه‌های پژوهشی روان‌شناسی کرد و اساسی‌ترین مفهوم ساختاری در نظریه او می‌باشد. پژوهش‌های انجام شده در خصوص زنان نیز، نشان داده است، آنان که از خودپنداره منفی وضعیفی برخوردارند نسبت به دیگران به میزان بیشتری در تعاملات بین فردی شکست می‌خورند و به دلیل عزت نفس پایین، قادر به ارائه احساسات، هیجانات، تفکرات و در نتیجه اخذ تصمیمات درست و حل تعارضات زندگی نیستند (۱۵). رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان‌ها را به دنبال دارند. از این رو، عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردند، بنیادی‌ترین سازه‌های این رویکرد می‌باشند. در این میان درمان‌های مبتنی بر علوم

2- reality therapy

3- MBCT

4- Glasser

1- Rogers



گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توانمندی‌های شناختی و رفتاری افراد دارد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین میزان اثربخشی واقعیت درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره و سرزندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ بود که فرزندشان تحت حمایت اداره بهزیستی این شهر بودند که پس از تمایل به شرکت در پژوهش به موسسه معلولین امام جواد مشهد ارجاع داده شدند. از آنجایی که برخی پژوهشگران حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی را برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه کرده‌اند (۳۰). بدین ترتیب از بین این افراد، تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و پس از اجرای پیش‌آزمون، به صورت کاملاً تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. یک گروه به عنوان گروه آزمایش اول تحت مداخله شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت، یک گروه به عنوان گروه آزمایش دوم تحت مداخله واقعیت درمانی قرار گرفت و گروه سوم به عنوان گروه کنترل هیچ مداخله روان درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از یک ماه جلسات پیگیری برای دو گروه آزمایش ارائه گردید و همچنین گروه کنترل نیز تحت درمان قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، سن ۲۱ تا ۴۵ سال، امضای فرم رضایت برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت مداخله روانشناختی در طی دوره. ملاک‌های خروج نیز شامل تحت درمان نبودن برای اختلالات روانپزشکی، تحت درمان بودن

از سوی دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز، ترکیبی از تمرین‌های مراقبه، یوگا و شناخت درمانی است که توسط سگال ۱ (۲۲) پدید آمده است. به عقیده آنان، ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند (۲۳). هم‌چنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد. علاوه بر این، فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی یا غم کیفیت‌هایی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند و زمانی اتفاق می‌افتند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه، رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به رهایی برسد (۲۴). در واقع، ماهیت افکار هرچقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود، این شیوه واکنش دهی به آن‌ها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود (۲۵). در پژوهش‌هایی که توسط محققین مختلف انجام شد، نتایج نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مثبتی بر افزایش سلامت روان و نیز، کاهش مشکلات خلقی-هیجانی، نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی دارد (۲۶). از طرفی پژوهش‌های دیگر نیز از تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره و پریشانی روانی والدین نوجوانان (۲۷) و تاب‌آوری مادران دارای کودک اتیسم (۲۸) (۲۹) نیز خبر می‌دهند.

لذا، با توجه به اهمیت و توجه به سلامت روانی مادران دارای فرزند معلول و نیز عدم وجود پژوهشی منسجم در خصوص مقایسه دو روش درمانی واقعیت درمانی و شناخت درمانی

1- Segal



همگرایی مقیاس‌ها در ارتباط با ابعاد شادکامی به تایید رسید. به نظر می‌رسد، مقیاس سرزندگی ذهنی در دانشجویان از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است، همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش قنبری و همکاران ۰/۸۱ بدست آمده است (۳۲). لازم به ذکر است پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

۲- پرسشنامه خودپنداره بک (SCT): این مقیاس را نخستین بار بک در سال ۱۹۹۰ به منظور بررسی خودپنداره افراد ارائه نمود. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و هر گویه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد و نمرات بالاتر بیانگر خودپنداره مثبت‌تر است. در پژوهشی که بک و همکارانش در سال ۱۹۹۰ انجام دادند پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ و روایی سازه آن را برابر با ۰/۸۰ به دست آوردند (۳۳). در ایران نیز، پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ و روایی همزمان آن را برابر با ۰/۸۶ به دست آوردند (۳۴).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نسخه ۲۸ نرم‌افزار SPSS نیز، از آزمون‌های تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس استفاده شد.

برای سایر بیماری‌های مزمن و جدی (مانند قلبی عروقی، سرطان، فشار خون)، مصرف مواد و مواد مخدر و بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمان بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از دو پرسشنامه استفاده شده که عبارت بود از:

۱- مقیاس سرزندگی ذهنی: این پرسشنامه دارای ۷ سوال بوده که توسط رایان و فردریک در سال ۱۹۹۷ طراحی و تنظیم شده است و هدف از این پرسشنامه سنجش میزان انرژی و شور و اشتیاق برای زندگی به منزله یک صفت می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای از (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. نمرات بالاتر در هر مقیاس به معنای سرزندگی ذهنی بالاتر است و بالعکس. اعتبار و روایی این ابزار در مطالعه اصلی و سایر مطالعات خارجی به تایید رسیده است (۳۱). در این مطالعه، از فرم سطح تفاوت فردی مقیاس سرزندگی ذهنی استفاده شده است. برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سرزندگی ذهنی، نتایج نشان داد که مقیاس سرزندگی ذهنی، ساختاری یک عاملی با واریانس تبیین شده ۵۹/۴۷ درصد دارد. روایی عاملی تاییدی و تغییرناپذیری جنسیتی نیز به تایید رسید. ضرایب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن ۰/۸۸ و ۰/۸۵ بود. برحسب سن، وضعیت تاهل، مقطع و گروه تحصیلی تفاوت معناداری در مقیاس‌ها به دست نیامد. روایی



جدول ۱: خلاصه اقدامات جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۵)

جلسه	شرح اقدامات
جلسه اول	معرفی دقیق و علمی کم توانی ذهنی، توضیح در مورد مشکلات و بحران های روانشناختی ناشی از این اختلال برای والدین، بررسی شناخت های معیوب مرتبط با آن، آموزش حضور ذهن و تمرین تنفس. توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا و یاد گرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه کردن به آن ها.
جلسه دوم	ادامه بررسی شناخت های معیوب مرتبط با داشتن فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی. تمرین واریسی بدن به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه. رویارویی با موانع، تمرین بر روی حس های ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تعریف ابعاد مختلف شناخت و آموزش روش های کنترل و انسجام شناختی هیجان.
جلسه سوم	معرفی تمرین مراقبه نشسته و اجرای آن به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه، مرور تکالیف جلسه گذشته. صحبت در مورد استرس های ناشی از حضور فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی، آسیب های روانشناختی احتمالی برای والدین و به خصوص مادران، بررسی راهبردهای مقابله ای مناسب برای مواجهه با این آسیب ها و آموزش روش های توقف فکر و برگرداندن توجه جهت افزایش توانایی سرزندگی و بهبود خودپنداره اعضا و انعطاف پذیری شناختی آنان.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال. یاد گرفتن این که بدون فرار و دوری کردن، در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم (سرزندگی را افزایش دهیم). تکنیک سه دقیقه تنفس و استفاده از ژست های یوگا و معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که شرایط موجود احساسات مختل کننده ای را بر می انگیزد و فرد قادر به بیان هیجانات و افکار خود نمی باشد (با هدف افزایش سرزندگی و خودمتمایزسازی).
جلسه پنجم	آموزش به ذهن آوری عمدی مشکلات (از اعضا خواسته می شود در جریان مراقبه نشسته تجربه ناخوشایندی را که هنوز آثار روانی آن دامنگیر اوست را به ذهن آورد و به تجربه این افکار با همراه شدن با حس های بدنی بنشیند) آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، ارائه تکلیف خانگی روزانه استفاده از تنفس و مراقبه نشسته و ژست های یوگا به عنوان عملی برای کنترل توجه و آگاهی کامل از افکار و پذیرفتن آن ها به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه.
جلسه ششم	تغییر خلق و افکار منفی در مورد خود، دنیا و آینده، روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی از طریق تلقین افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت. گفت و گو در خصوص اهداف اعضا در زندگی و بررسی میزان انگیزش و اشتیاق نسبت به کارآمدی خود. ارائه آگاهی در مورد توانایی ها و کارآمد بودن انسان ها با وجود محدودیت های مختلفی ناشی از داشتن فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی که به وی تحمیل می شود. ارائه تکلیف خانگی روزانه استفاده از تنفس و مراقبه نشسته به عنوان عملی برای کنترل توجه و آگاهی کامل از افکار و پذیرفتن آن ها به عنوان فقط فکر و نه واقعیت به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه.
جلسه هفتم	شناسایی نشانگان هشدار دهنده عود و توسعه و تنظیم برنامه های عملی برای مقابله با این وضعیت (چگونه می توان با وجود محدودیت های ناشی از داشتن فرزند معلول، انسانی توانمند و کارآمد بود و در جهت رسیدن به اهداف تلاش نمود). ارائه تکلیف خانگی ماندن در زمان حال و استفاده از تکنیک ها به صورت ترکیبی: ۱۰ دقیقه تنفس، ۱۵ دقیقه تمرین اسکن بدن و ۱۵ دقیقه مراقبه نشسته.
جلسه هشتم	برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن به کل جریان زندگی. بازنگری بر آنچه انجام گرفت و بحث در مورد تکنیک و تمرین هایی که افراد در نظر ندارند آن ها را دنبال کنند و ترغیب آنان برای انجام دادن آن ها با یافتن دلایل مثبت برای این کار. آماده سازی اعضا برای خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون.



جدول ۲: خلاصه اقدامات جلسات واقعیت درمانی (۱۷)

جلسه	شرح جلسات واقعیت درمانی
جلسه اول	بیان اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد میان اعضا و درمانگر و ارائه قوانین گروه. تعریف علمی کم توانی ذهنی، افکار، هیجانات و رفتارها.
جلسه دوم	شناخت پنج نیاز اساسی انسان، فهرست بندی نیازهای اساسی اعضا با تلاش خود آن‌ها و کمک درمانگر و بررسی اهمیت شناخت خویشتن و برآوردن این نیازها با وجود محدودیت‌های ناشی از داشتن فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی.
جلسه سوم	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بیان دیدگاه کلی اعضا در مورد وضعیت زندگی فعلی‌شان و بررسی نگرش اعضا در مورد این وضعیت. بررسی افکار خودآیند منفی اعضای گروه. آموزش روش‌های توقف فکر و برگرداندن توجه جهت کاهش افکار خودآیند منفی در مورد خود (با هدف افزایش خودپنداره مثبت و سرزندگی).
جلسه چهارم	توضیح درمورد رفتار کلی و چهار مولفه آن (عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی) و آموزش این موضوع که انسان قادر به کنترل مستقیم عمل و فکر است و دو مولفه دیگر رفتار را فقط به طور غیرمستقیم و با کنترل عمل و فکر می‌توان کنترل کرد. آموزش این که بدون فرار و دوری کردن، می‌توان در لحظه حاضر باقی ماند و تلاطم افکار را نظاره کرد (افکار منفی را کاهش داد و سرزندگی را ارتقا بخشید).
جلسه پنجم	تعریف باورها، شناخت‌ها و باورهای فراشناختی در مورد خود، نحوه تاثیر این باورها بر افکار و رفتارها و اینکه باورهای شناختی مثبت در مورد خود چه کمکی می‌توانند برای رسیدن به اهداف نمایند.
جلسه ششم	دریافت بازخورد از جلسات قبل، کمک به اعضا برای شناختن و پذیرش خود با تمام ویژگی‌های وجودی خود و احساس کنونی و کم اهمیت جلوه دادن گذشته در رفتار کنونی و تاکید بر کنترل درونی با هدف افزایش خودمتمایزسازی اعضای گروه.
جلسه هفتم	ارائه بازخورد درمورد جلسات قبل، تعیین اهمیت برنامه ریزی جهت کنترل و بهبود سرزندگی و رسیدن به افکار مثبت کنترل شده.
جلسه هشتم	آشنایی با مسائل تغییر و تعهد و ارائه تکالیفی هرچند کوچک بر مبنای افزایش شادکامی و امیدواری. تاکید بر قبول مسئولیت و مسئولیت پذیری، مواجهه با واقعیت زندگی، جمع بندی، خاتمه جلسات و اجرای پس آزمون.



یافته‌ها

در جداول زیر، به بررسی توصیفی و استنباطی داده‌ها پرداخته می‌شود.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	فراوانی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره	آزمایش اول	۱۵	۶۲/۵۳	۸/۴۲	۷۰/۸۶	۹/۸۸	۷۰/۵۲	۹/۶۳
	آزمایش دوم	۱۵	۵۹/۱۳	۱۲/۰۷	۷۰/۰۸	۱۲/۱۲	۷۰/۱۶	۱۱/۰۵
	کنترل	۱۵	۶۱/۸۰	۸/۰۵	۶۰/۳۲	۸/۰۱	۵۹/۵۸	۷/۲۰
سرزندگی	آزمایش اول	۱۵	۴۶/۲۰	۹/۲۹	۵۳/۰۶	۸/۳۸	۵۲/۶۳	۷/۵۹
	آزمایش دوم	۱۵	۴۷/۵۳	۹/۷۱	۵۲/۸۶	۹/۷۶	۵۲/۵۱	۱۰/۰۶
	کنترل	۱۵	۴۶/۰۶	۸/۸۴	۴۵/۷۲	۱۰/۰۳	۴۵/۶۲	۹/۳۳

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، متغیرهای پژوهش برای سه گروه کنترل، ذهن آگاهی و واقعیت‌درمانی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد، در گروه گواه میانگین متغیر خودپنداره و سرزندگی در پس-آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های ذهن آگاهی و واقعیت‌درمانی افزایش قابل توجه خودپنداره و سرزندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون قابل مشاهده است.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس مکرر، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خودپنداره و سرزندگی در مراحل سه گانه اندازه‌گیری

($p < 0.005$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خودپنداره بدنی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F = 0.186$ ، $P = 0.20$) و پس‌آزمون ($F = 0.105$)، پیگیری ($F = 1.133$ ، $P = 0.263$) و متغیر سرزندگی اندازه‌گیری ($F = 0.174$ ، $P = 0.271$) و پس-آزمون ($F = 1.254$ ، $P = 0.252$) و پیگیری ($F = 1.346$)، همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون امباکس در متغیر خودپنداره ($MBOX = 27.75$)، $F = 1.34$ ، $P = 0.32$ و متغیر سرزندگی ($F = 1.74$ ، $P = 0.35$) استفاده شد. نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز نشان دهنده آن بود که میان خودپنداره و سرزندگی همبستگی معناداری وجود دارد ($r^2 = 0.129/939$ ، $p < 0.01$). همچنین مفروضه کرویت در خصوص متغیرها محقق نشده است ($p < 0.05$) و باید از



اصلاح اپسیلن گرینهاوس گیر برای برآورد تفاوت‌ها در این متغیرها استفاده شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری (اندازه‌گیری مکرر) برای خودپنداره و سرزندگی در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیرها	منبع	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح	مجذور
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتای
خودپنداره	زمان	۴۱۰/۸۸۹	۱	۴۱۰/۸۸۹	۴۷۷/۹۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۴
	زمان+گروه	۱۵۳/۷۵۷	۲	۷۶/۸۷۸	۸۹/۴۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۹
	خطا (زمان)	۳۸/۶۸۷	۴۵	۰/۸۶۰			
بین گروهی	گروه	۴۰۸/۷۲۲	۲	۲۰۴/۳۶۱	۳/۷۳۹	۰/۰۳۱	۰/۱۴۳
	خطا	۲۴۵۹/۵۰۰	۴۵	۵۴/۵۶۵			
سرزندگی	زمان	۱۳۲۷/۵۹۴	۱	۱۳۲۷/۵۹۴	۴۶/۷۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۰
	زمان+گروه	۶۴۰/۷۷۱	۲	۳۲۰/۳۸۵	۳۳/۸۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۱
	خطا (زمان)	۴۲۵/۸۶۵	۴۵	۹/۴۶۴			
بین گروهی	گروه	۲۲۰۹/۵۴۲	۲	۱۱۰۴/۷۷۱	۳/۲۸۸	۰/۰۴۶	۰/۱۲۷
	خطا	۱۵۱۲۴/۷۲۹	۴۵	۳۳۶/۰۳۸			

جدول ۴ نشان می‌دهد نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای متغیرهای خودپنداره و سرزندگی در عامل زمان عامل گروه معنادار هستند ($P < 0.01$). این نتایج حاکی از آن است که بین گروه‌های آزمایش (دو گروه درمان) و گروه کنترل، تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به به نتایج بدست آمده در مقایسه میان دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با واقعیت درمانی بر حسب آزمون و اثر تعامل زمان، در متغیرهای

خودپنداره و سرزندگی بر حسب عضویت بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). مجذور اتا برای متغیره مورد بررسی بیشتر از ۰/۱۰ می باشد که نشان می دهد تفاوت بین گروه ها قابل توجه است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون و گروه‌ها در ۳ آورده شده است و در ادامه نتایج مقایسه میانگین ها بر اساس عامل زمان قابل مشاهده می باشد.

جدول ۵: مقایسه میانگین خودپنداره و سرزندگی بر حسب مراحل پژوهش

متغیرها	پیش آزمون - پس آزمون	پیش آزمون - پیگیری	پیش آزمون - پیگیری	پس آزمون - پیگیری
	اختلاف	سطح	اختلاف	سطح
	میانگین	معناداری	میانگین	معناداری
خودپنداره	-۶/۳۷۵	۰/۰۰۰۱	-۵/۵۸۳	۰/۰۰۰۱
سرزندگی	-۷/۴۳۸	۰/۰۰۰۱	-۷/۴۳۸	۰/۰۰۰۱

جدول ۵ نشان می‌دهد که در متغیرهای خودپنداره و سرزندگی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). اما از پس آزمون به پیگیری، تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0.05$).



بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و واقعیت درمانی هر کدام به طور معناداری موجب افزایش میزان خودپنداره مثبت و سرزندگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی شده‌اند. اما با وجود معنادار بودن تاثیر هر دو مداخله درمانی، بین آن‌ها از نظر میزان تاثیرگذاری تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان ارائه شده به یک میزان بر افزایش خودپنداره مثبت و سرزندگی تاثیر داشته‌اند.

پژوهش‌های مختلفی همچون تحقیق علی‌عیسی (۲۹)، ابرون و همکاران (۳۶) و خلیفا و همکاران (۳۷) همسو با نتایج این پژوهش بوده است که نشان از تاثیر هر دو روش درمانی در جهت کاهش مشکلات روانشناختی مادران این کودکان بودند. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن کل نظام را مختل کرده و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تاثیر گذاشته و خلل ایجاد می‌کند، تولد فرزند دارای معلولیت است و یکی از انواع معلولیت‌ها، کم‌توانی ذهنی است که نسبت به سایر معلولیت‌ها تاثیرات منفی بیشتری بر سلامت عمومی و بروز مشکلات روانی- خلقی در والدین (به خصوص مادر) می‌شود و استرس و فشار روانی بسیاری برای خانواده وی به همراه دارد (۳۸). بر اساس دیدگاه‌های مبتنی بر رویکرد شناختی در روانشناسی، وجود چنین استرس شدید و مداومی در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی، نه تنها به لحاظ روانی بلکه به لحاظ جسمانی نیز سبب آسیب شدید می‌شود. به طوری که وجود انواع نشانه‌های روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، رفتارهای خودتخریبی (خودکشی)، استرس، احساس گناه، خودتحقیری، انزواطلبی، عزت نفس پایین و نیز، وجود مشکلات جسمی مانند مشکلات قلبی- عروقی، تنفسی، مشکلات خواب، درد

عضلانی، مشکلات معده و تنفس در این افراد بسیار گزارش شده است (۳۹). بنابراین درمان‌هایی که اهداف عمده‌ای بر تغییر و اصلاح شناخت‌ها دارند، همچون واقعیت‌درمانی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند این آسیب‌ها را کاهش دهند. باید بیان نمود، استفاده از واقعیت درمانی گروهی برای مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به دلیل اینکه مسبب توان‌مندساختن آنان در ابعاد ذهنی خود شد و به دلیل اینکه، شناخت‌های‌شان به کمک خود اعضا مجدداً مورد بازشناسی قرار گرفت، سبب توقف الگوی قدیمی رفتاری تشدید کننده خودپنداره و ضعف سرزندگی مادران گردید و شروع رفتار جدید، بر پایه انگیزش برای تغییر آنان را با توجه به مسئولیت‌پذیری و قدرت انتخاب را فراهم نمود. استفاده از تکنیک‌های مختلف در این واقعیت درمانی، به خصوص تکنیک توجه انتخابی باعث شد تا در این مادران حس مبارزه‌جویی، مسئولیت‌پذیری و هدفمندی افزایش و حالت انزوا و درماندگی در مقابل مشکلات کاهش یابد. چرا که آنان در پایان درمان آموختند که مسبب وقایع موجود (معلولیت فرزند) نیستند اما مسئول همه رفتارها و انتخاب-های خود در برابر این رویداد ناگوار می‌باشند و هر رفتاری که انجام می‌دهند (مانند افسرده شدن، خودکشی، انزواطلبی و ...) محصول انتخاب خودشان است (۱۵). گلاس (۴۰) بیان کرد که انتخاب می‌تواند به عنوان شکلی از ارتباط با خود، رضایت‌مندی فرد در ابعاد مختلفی را افزایش دهد. در نتیجه، واقعیت درمانی (درمان مبتنی بر تئوری انتخاب) با ارائه تکنیک نقش‌پذیری خود، باعث شد تا مادران دارای فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی با تغییر شناخت خود در خصوص مسئولیت‌پذیری و درک نقش خود در زندگی بتوانند در برابر مشکلات سرزندگی بیشتری داشته باشند. در کل، می‌توان گفت، پروتکل واقعیت درمانی در این مادران کانون توجه را بر افزایش خودیاری و آرامش در موقعیت‌های گوناگون



عهده می گیرند و فعالانه به اجرای نقش خود می پردازند و تقویت و پسخوراند دریافت می کنند و تمرین های مناسب به آنان ارائه می شود، باعث شد تا اعضا مشکل خود در شناسایی، درک و مدیریت افکار و رفتار را اصلاح کنند و در نتیجه نگرش مثبت تری نسبت به خود کسب نموده و در برابر استرس ها از سرزندگی بیشتری برخوردار شوند.

پژوهش مورد نظر با محدودیت هایی روبه رو بود، از جمله محدود بودن نمونه پژوهش به مادران دارای فرزند کم توان ذهنی تحت حمایت بهزیستی در شهر مشهد بود که امکان تعمیم نتایج به سایر افراد و سایر مکان ها با مشکل روبه رو می کند. سایر محدودیت ها نیز شامل: محدودیت در انتخاب گروه نمونه با توجه به برخی از متغیرهای روانشناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روانشناختی آنها) و جمعیت شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر محسوب می شود، لذا پیشنهاد می گردد که دیگر افراد در جامعه مانند پدران دارای فرزند کم توان ذهنی، بیماران جسمی و زوجین نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می دانند که از تمامی همکاران و شرکت کنندگان که ما را در انجام پژوهش یاری کردند سپاس و قدردانی کنند.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به آزمودنی ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن

فراهم آورده و در این نوع درمان به دلیل اینکه مادران با ارائه تمرین های مناسب بر مشکل خود فائق آمدند، موجب شد آنان در برابر چالش ها سرسختانه تر به ساخت و ترمیم نگرش در مورد خویشتن (خودپنداره) بپردازند.

از سوی دیگر، گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز در مورد این مادران، پیامدهای شناختی- عاطفی منفی در مورد خود آنان را با ارائه تکنیک های مربوط به افکار مزاحم، ارائه تکنیک های حل مسئله، ارائه تمرین و هم چنین، ارائه تکنیک آرام سازی کاهش داد؛ کانون توجه آنان نسبت به شناخت ها و عواطف منفی خود را تغییر داد و با برقراری آرامش فردی در موقعیت تنش زا که بر انگیزاننده هیجانات منفی است سبب شد که این افراد با توجه به وضعیت نامناسبی عاطفی، شناختی و روانی که دارند نگرش ها، احساسات مثبت و آگاهی بالاتری از وضعیت هیجانی- عاطفی کنونی خود کسب نمایند، توانایی بهره گیری از دنیای احساسی- شناختی خود را پیدا کنند و تجربه احساسات مثبت در آن ها افزایش یابد. به دلیل اجرای گروهی درمان، بازخوردهای مشابه اعضای گروه نسبت به یکدیگر باعث شد تا مادران دارای فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی تصویر ذهنی مناسب تری از وضعیت شناختی و هیجانات خود در جامعه ادراک کنند و به دلیل اینکه در پروتکل درمانی تکنیک احساسات و بازگویی روان شناختی هیجانات و کشف افکار منفی و آموزش اعضا درباره شناسایی وضعیت شناختی هیجانات ارائه شد سبب شد تا در اعضای گروه ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی افکار و هیجان های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین، احساس، تمایل و سایق ها محدود شود و ناتوانی در به کارگیری احساسات، دشواری در تمایز بین حالت های هیجانی و حس های بدنی و فقدان جلوه های عاطفی چهره کاهش یابد (۴۱). در این مداخله درمانی به دلیل اینکه اعضای گروه نقشی را که در آن مشکل دارند، بر



مشارکت افراد در مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد شرکت کننده.
تضاد منافع: هیچگونه تضاد منفعی بین نویسندگان وجود ندارد.

لازم به ذکر است کد اخلاق پژوهش به شناسه
IR.IAU.BOJNOURD.REC.1404.018 می باشد.

References

1. Tarleton B, MacIntyre G, Turney D, Fawcett R. Unseen and Invisible? Issues of Recognition for Parents With Intellectual Disabilities Accessing Social Work and Social Care Services for Adults in England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2025;38(4):e70075.
2. Kong P, Collings S, Spencer M. Assessments, assumptions and ableism: examining court-ordered parenting capacity assessments of parents with intellectual disability and cognitive difficulties. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2025;50(2):196-210.
3. Wang Q, Zhao K, Long J, Chen X, Wang T. Impact of Parent-Child Paired Reading on Reading Fluency in Children with Intellectual Disabilities: A Single-Subject Study. *Reading & Writing Quarterly*. 2025;41(3):236-50.
4. Guinness KE, Diercks C, Vaughn K, Davis B, Landry S, Feil EG. Adapting an Internet-Based Parenting Intervention for Parents With Intellectual Disabilities: Preliminary Data and Lessons Learned. *Infants & Young Children*. 2025;38(2):107-26.
5. Li X, Einfeld S, Stancliffe R, Hodge A. Executive function is associated with behaviour problems in children and adolescents with cerebral palsy and intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2025:1-14.
6. Moshtaghi S. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy in Reducing Feelings of Loneliness and Rumination in Mothers with Mentally Retarded Children. *Journal of Family Relations Studies*. 2025;5(1):27-33.
7. Mohammadi A, Hayati M, Yari L. The effectiveness of emotion regulation techniques on reducing conflicts and the possibility of divorce in couples with mentally retarded children. *Journal of Psychological Science*. 2025:0-.
8. Ryff CD. Contributions of eudaimonic well-being to mental health practice. *Mental health and social inclusion*. 2023;27(4):276-93.
9. Ryan RM, Deci EL, Vansteenkiste M, Soenens B. Building a science of motivated persons: Self-determination theory's empirical approach to human experience and the regulation of behavior. *Motivation science*. 2021;7(2).۹۷:
10. Gu Y, Xiang Y, Chen X, Wang L, Shan C, Ji M. Evaluating and predicting exclusive breastfeeding behaviour based on an energy vitality model during women's lactation: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025;25(1):768.
11. Rozanski A. The pursuit of health: A vitality based perspective. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2023;77:14-24.
12. Bagherpoor M, Shahriari-Ahmadi M, Afrooz GA, Sharifi HP. The Predictive Role of Parental Popularity and Spiritual Vitality from Self-Worth in Adolescents with Visual Impairment Parents Families Supported by the Welfare Organization. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2023;9(2):7-22.
13. Sapmaz F. Predictors of subjective well-being: interpersonal sensitivity, close relationship experiences and academic self-concept. *The Universal Academic Research Journal*. 2023;5(4):390-405.
14. Ray PK, Mridula K. A Comparative Study of Self-Esteem of the Students of Govt. and Private Secondary Schools of Siliguri Area, in West Bengal. *Building Self Concept with the Learners*.227.



15. Shojaeinejad M, Ganji K. The Effectiveness of Reality Therapy on Depression and Self-efficacy in Mothers of Children with Down syndrome (Tehran). *International Journal of Social Sciences & Humanities (IJSSH)*. 2025;10(1):9-21.
16. van Zyl LE, Gaffaney J, van der Vaart L, Dik BJ, Donaldson SI. The critiques and criticisms of positive psychology: A systematic review. *The Journal of Positive Psychology*. 2024;19(2):206-35.
17. Glasser W, editor Reality therapy. The evolution of psychotherapy: The second conference; 2014: Routledge.
18. Esmaili S, Khayyer M, Mehryar AH. Comparison the Effectiveness of Psychological Empowerment Package Based on Experiences of Divorced Women and Reality Therapy on Sexual Self-Esteem in Women Seeking Divorce. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2025;7(1):275-90.
19. Graham W, Drinkwater R, Kelson J, Kabir MA. Self-guided virtual reality therapy for anxiety: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*. 2025:105902.
20. Zhai K, Dilawar A, Yousef MS, Holroyd S, El-Hammali H, Abdelmonem M. Virtual reality therapy for depression and mood in long-term care facilities. *Geriatrics*. 2021;6(2):58.
21. Asani S, Panahali A, Abdi R, Gargari RB. Effectiveness of Reality Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Academic Meaning and Academic Emotions of Procrastinating Students. *Modern Care Journal*. 2023;21(2).
22. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness: Guilford Publications; 2024.
23. Li J, Li C, Puts M, Wu Y-c, Lyu M-m, Yuan B, Zhang J-p. Effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and fatigue in people with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2023;140:104447.
24. Garland EL, Farb NA, R. Goldin P, Fredrickson BL. Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological inquiry*. 2015;26(4):293-314.
25. Sun Y, Lv K, Xie W, Wang Y. The effectiveness of brief mindfulness training in reducing test anxiety among high school students. *BMC psychology*. 2025;13(1):1-9.
26. Zhu T, Zhang L, Weng W, Gan R, Sun L, Wei Y, et al. Effectiveness of an Internet-Based, Self-Guided, Short-Term Mindfulness Training (ISSMT) Program for Relieving Depressive Symptoms in the Adult Population in China: Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2025;27:e55583.
27. Mujahid A, Tanvir S. Self-Concept Clarity, Mindfulness Psychological Distress and Parental Psychological Control among Adolescents. *The Critical Review of Social Sciences Studies*. 2025;3(3):980-7.
28. Kiani M, Mojahedi M, Salehiniya H, Sahranavard S. The Effect of Acceptance and Commitment-Based Group Training on Self-Esteem and Perceived Stress in Mothers of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2025;43(2):1-15.
29. Ali Eissa M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience of mothers of children with autism spectrum disorder and symptoms reduction in children. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2025:1-10.
30. VanVoorhis CW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in quantitative methods for psychology*. 2007;3(2):43-50.
31. Yoon SI, Park HY, Chung SY, Kim JW. Development and validation of the integrative vitality scale. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1452068.
32. Saffari Bidhendi S, Asadzadeh H, Farokhi N, Dortaj F. Efficacy of Self-Compassion Training on Educational Resilience and Mental Vitality in High School Students. *Journal of Applied Psychological Research*. 2022;12(4):327-43.



33. Ding W-E, Tan K-A, Fam J-Y, Mukhtar F, Lye M-S, Awang H, Munawar K. Psychometric evaluation of the Malay version of the multidimensional Beck Youth Inventories-2 (BYI-2 Malay): Measuring self-concept, anxiety, depression, anger, and disruptive behaviour among adolescents in sheltered homes. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*. 2021;29(1):249-65.
34. Tutunchian S, Shafiee-Kandjani AR, Malek A, Shalchi B. Assessing the validity and reliability of the persian version of Self-concept and Identity Measure in an Iranian population. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2025;46(6):604-16.
35. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. 2004.
36. Abron E, Ziabari LSA, Khosheli AK. Effectiveness of Online Reality Therapy on Exam Anxiety and Academic Procrastination among Male High School Students: A Quasi-experimental Study.
37. Khalifa SM, Abu Almakarem AS, Elnabawey MGAE, Salama ESS. Effectiveness of Mindfulness Program on Anxiety, Anger, and Self-Esteem among Academic Nursing Student. *Sohag Journal of Nursing Science*. 2024;3(4):42-52.
38. Sharifi H, Norouzi G, Ashori M. Lived experiences of mothers of children with mild intellectual disabilities: A phenomenological study. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2025:17446295251321043.
39. Jalil-Abkenar SS. Effect of emotion regulation strategies training on resilience and cognitive flexibility in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2025;19(76):74-83.
40. Gholami S, Massoumi A. Effectiveness of Reality Therapy Intervention on Reducing Depression and Anxiety of Mothers with Children with Special Needs. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*. ۳۶-۴۳:(۴)۱;۲۰۲۲
41. Yang T, Wang Y, Xu P, Tao Y. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in Improving the Mental Health of Parents of Children with Intellectual or Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2025:1-15.



Comparative effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy on self-confidence, self-image and vitality among mothers have children with mental retarded Disorder

mohammadreza bafghizadeh¹, sepideh pourheydari^{*2}, mohsen doostkam³

1-Department of Psychology, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2- Department of Psychology, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

3-Department of Psychology, Attar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

Type of Article Original Research

Received: 31/12/2025

Accepted: 05/08/2026

***Corresponding Author:**

sepideh pourheydari

Address: Department of
Psychology, Attar Institute
of Higher Education,
Mashhad, Iran

Tel: 09151042795

Email:

spourheydari@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction

The aim of this study was Comparative effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy on self-confidence, self-image and vitality among mothers have children with mental retarded disorder.

Method

this study was a semi-experimental (pretest-posttest plan the two experimental groups and one control group). the population was consisted of all mothers have children with mental retarded disorder in Mashhad, that 45 of them were selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in each group). in this study, used Beck self- image questionnaire (1990) and Simons & Gaher vitality questionnaire (2005). after the during the pretest and replacement of members in groups, was hurt the MBCT in first experimental group and reality therapy in second experimental group in 8 sessions of 90 minutes. upon completion of the training programs, from three groups were post test. data for the analysis of covariance was used.

Findings

data analysis showed that MBCT and reality therapy increased self-image and vitality among mothers have children with mental retarded disorder and there is no difference between the effectiveness of these two interventions on self-image and vitality ($p \leq 0.05$).

Conclusion: Therefore, it can be concluded that both mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy are effective methods for improving self-concept and increasing vitality in mothers of children with intellectual disabilities.

Keywords

mindfulness-based cognitive therapy. reality therapy. self-image. vitality.

► Please cite this article as: bafghizadeh MR, Pourheydari S, doostkamM. Comparative effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and reality therapy on self-confidence, self-image and vitality among mothers have children with mental retarded Disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2026;13(3)