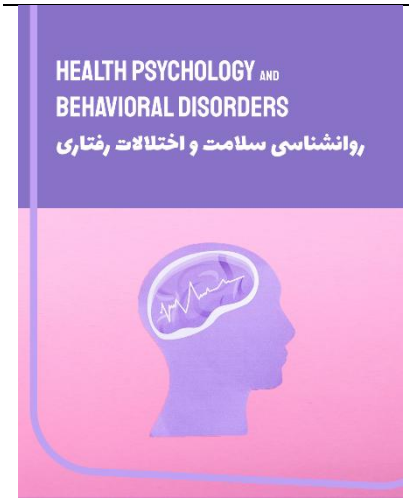
مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار با ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر احساس گناه و احساس شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۳/۱۷ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۸ تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۰۵ تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۶/۰۳/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر احساس گناه و احساس شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. این پژوهش کاربردی با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان تربت‌حیدریه بود. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل جایگزین شدند. گروه‌های آزمایشی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از مقیاس شرم درونی‌شده کوک و پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز در سه مرحله گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و مقایسه‌های زوجی تحلیل شدند. نتایج نشان داد تفاوت بین سه گروه از نظر احساس گناه معنادار بود ($F(2,42)=8.14$, $p=.001$, partial $\eta^2=.279$). مقایسه‌های زوجی نشان داد احساس گناه در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p=.001$)، اما تفاوت بین ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار معنادار نبود. همچنین، تفاوت بین‌گروهی در احساس شرم معنادار بود ($F(2,42)=4.40$, $p=.018$, partial $\eta^2=.173$) و گروه ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل شرم کمتری نشان داد ($p=.016$). با این حال، تفاوت مستقیم بین دو مداخله در کاهش شرم معنادار نبود. اثر متقابل زمان و گروه برای احساس گناه کلی نیز به سطح معناداری نرسید ($p=.056$). ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در مقایسه با عدم مداخله در کاهش احساس گناه و شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی اثربخش بود، اما شواهد آماری کافی برای برتری آن نسبت به درمان هیجان‌مدار مشاهده نشد؛ بنابراین، هر دو رویکرد می‌توانند بر اساس ویژگی‌ها و نیازهای درمانی مادران مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژگان: *درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، احساس گناه، احساس شرم، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی.*



تکتم یعقوبی[۱]، محمد رجبی[۱*]، علی اکبر صارمی[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:
mohammad.rajabi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: یعقوبی، تکتم.، رجبی، محمد.، و صارمی، علی اکبر. (۱۴۰۶). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار با ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر احساس گناه و احساس شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۵(۲)، ۱۹-۱.

© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

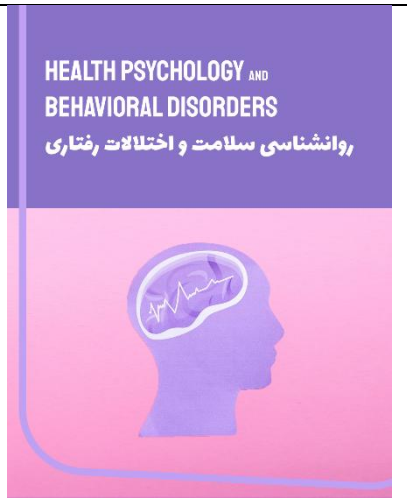
Comparison of the Effectiveness of Group Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on Guilt and Shame Among Mothers of Children with Intellectual Disabilities

Submit Date:	Revise Date:	Accept Date:	Initial Publish Date:	Final Publish Date:
2026-06-07	2026-09-04	2026-09-09	2026-09-27	2027-05-22

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of group emotion-focused therapy (EFT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in reducing guilt and shame among mothers of children with intellectual disabilities. This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a two-month follow-up and a control group. The study population consisted of mothers of educable children with intellectual disabilities covered by the Welfare Organization in Torbat-e Heydarieh. Forty-five eligible mothers were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants: EFT, MBSR, and control. The experimental groups received their respective interventions in eight 90-minute sessions, whereas the control group received no intervention. Data were collected at pretest, posttest, and follow-up using Cook's Internalized Shame Scale and the Kugler and Jones Guilt Inventory. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance, followed by pairwise comparisons. A significant between-group difference was found for guilt ($F(2,42)=8.14$, $p=.001$, partial $\eta^2=.279$). Pairwise comparisons indicated significantly lower guilt in the MBSR group than in the control group ($p=.001$), whereas the difference between MBSR and EFT was not statistically significant. A significant between-group effect was also observed for shame ($F(2,42)=4.40$, $p=.018$, partial $\eta^2=.173$). Participants receiving MBSR reported significantly lower shame than those in the control group ($p=.016$); however, the direct difference between MBSR and EFT was not significant. Furthermore, the group-by-time interaction for total guilt did not reach statistical significance ($p=.056$), indicating no statistically reliable difference between the groups in their overall pattern of change across measurement occasions. MBSR was effective in reducing guilt and shame compared with no intervention among mothers of children with intellectual disabilities; nevertheless, no statistically significant superiority of MBSR over EFT was demonstrated. Accordingly, both interventions may be considered clinically applicable, with treatment selection guided by individual needs and therapeutic characteristics.

Keywords: *Emotion-focused therapy, mindfulness-based stress reduction, guilt, shame, mothers of children with intellectual disabilities.*



Toktam Yaghoubi[1], Mohammad Rajabi[1]*, AliAkbar Saremi[1]

1. Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

*Corresponding Author's Email: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

How to cite: Yaghoubi, T., Rajabi, M., & Saremi, A.A. (2027). Comparison of the Effectiveness of Group Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on Guilt and Shame Among Mothers of Children with Intellectual Disabilities. *Health Psychology and Behavioral Disorders, 5*(2), 1-19.

© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

تولد و پرورش کودک، در کنار جنبه‌های مثبت و معنادار آن، مجموعه‌ای از مسئولیت‌ها، فشارها و الزامات روان‌شناختی را برای والدین به همراه دارد؛ بااین‌حال، هنگامی که کودک با ناتوانی‌های رشدی و شناختی، به‌ویژه کم‌توانی ذهنی، مواجه است، ماهیت و شدت این فشارها می‌تواند به‌طور محسوسی افزایش یابد. کم‌توانی ذهنی از جمله اختلالات عصب‌رشدی مهم است که با محدودیت‌هایی در کارکردهای ذهنی و رفتارهای انطباقی همراه بوده و می‌تواند ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. شواهد همه‌گیرشناختی نیز نشان می‌دهد که کم‌توانی ذهنی همچنان یکی از مسائل مهم سلامت روان و سلامت عمومی در گروه‌های سنی مختلف است و پیامدهای آن صرفاً به فرد مبتلا محدود نمی‌شود، بلکه نظام خانواده، نقش‌های مراقبتی و کیفیت تعاملات والد–کودک را نیز درگیر می‌کند (Deserza et al., 2023). در بسیاری از خانواده‌ها، مادران سهم عمده‌ای از مراقبت روزمره، پیگیری درمان، آموزش، هماهنگی خدمات توان‌بخشی و پاسخ‌گویی به نیازهای عاطفی و رفتاری کودک را بر عهده دارند؛ ازاین‌رو، آنان در مقایسه با سایر اعضای خانواده بیشتر در معرض فشار مراقبتی مداوم، خستگی روانی، خودانتقادی و کاهش منابع سازگاری قرار می‌گیرند. در پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده شده است که مادران دارای کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی ممکن است درجات قابل‌توجهی از فشار مراقبتی و خودانتقادی را تجربه کنند و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در تعدیل بخشی از این مشکلات مؤثر باشند (Rostampour Berenjestanki et al., 2022).

فراتر از فشارهای آشکار ناشی از مراقبت، مادران کودکان دارای ناتوانی‌های شناختی و رشدی ممکن است با مجموعه‌ای از تجربه‌های هیجانی خودآگاه، از جمله شرم و احساس گناه، مواجه شوند. این تجربه‌ها می‌توانند تحت تأثیر انتظارات اجتماعی، نگرش‌های فرهنگی نسبت به مادری، قضاوت اطرافیان، انگ اجتماعی، مقایسه فرزند با کودکان دارای رشد معمول و ارزیابی مادر از کفایت عملکرد خود شکل گیرند یا تشدید شوند. یافته‌های مربوط به سلامت روان و عملکرد اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان نیز نشان می‌دهد که شرایط مراقبتی مزمن می‌تواند با افت سلامت روانی و اختلال در برخی جنبه‌های عملکرد اجتماعی همراه باشد (Zafarani, 2023). در چنین شرایطی، مادر ممکن است نه‌تنها نسبت به دشواری‌های واقعی مراقبت واکنش نشان دهد، بلکه خود را مسئول شرایط کودک بداند، عملکرد مادری خود را زیر سؤال ببرد یا در مواجهه با قضاوت‌های اجتماعی، تصویر منفی‌تری از خود شکل دهد. از این منظر، شرم و گناه صرفاً واکنش‌هایی گذرا نیستند، بلکه می‌توانند به بخشی پایدار از تجربه هیجانی مادر تبدیل شوند و کیفیت زندگی، روابط خانوادگی و ظرفیت وی برای مراقبت مؤثر را تحت تأثیر قرار دهند. شرم و گناه، هرچند در زبان روزمره گاه به‌جای یکدیگر به کار می‌روند، از نظر روان‌شناختی دو هیجان خودآگاه متمایز محسوب می‌شوند. شرم عمدتاً با ارزیابی منفی کلی از خود ارتباط دارد؛ به‌گونه‌ای که فرد به‌جای تمرکز صرف بر یک رفتار یا اشتباه خاص، کل خویشتن را ناکافی، معیوب یا غیرقابل‌قبول ارزیابی می‌کند. در مقابل، احساس گناه بیشتر به ارزیابی منفی یک رفتار، تصمیم یا قصور مشخص مربوط می‌شود و ممکن است با تمایل به جبران، اصلاح یا پذیرش مسئولیت همراه باشد (Tangney & Dearing, 2024). این تمایز در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا تداوم فشارهای مراقبتی و بازخوردهای اجتماعی ممکن است موجب شود احساس گناه ناشی از برخی تصمیم‌ها یا کاستی‌های ادراک‌شده، به تدریج به شرمی فراگیر و معطوف به کل هویت مادری تبدیل شود. پژوهش‌های انجام‌شده درباره روابط میان هیجان‌های خودآگاه و ارزیابی منفی رفتار در مادران نیز بر پیوند میان شرم، گناه و نحوه ارزیابی فرد از رفتار و عملکرد خود تأکید کرده‌اند (Shirani Bidabadi et al., 2021). بنابراین، بررسی همزمان این دو سازه می‌تواند تصویری جامع‌تر از آسیب‌پذیری هیجانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی فراهم سازد.

شرم مزمن می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت روان و روابط بین‌فردی داشته باشد. هنگامی که فرد به‌طور مستمر خود را ناکافی یا فاقد ارزش تلقی می‌کند، احتمال کناره‌گیری اجتماعی، اجتناب از درخواست کمک، افزایش خودانتقادی و کاهش احساس تعلق افزایش می‌یابد. دیدگاه‌های مبتنی بر شفقت نیز شرم و خودانتقادی شدید را در ارتباط با فعال شدن نظام تهدید و دشواری در تجربه احساس امنیت و آرامش تبیین می‌کنند و بر نقش ایجاد نگرشی شفقت‌آمیز نسبت به خویشتن در کاهش این چرخه تأکید دارند (Gilbert, 2024). همچنین،

خودشفقتی به‌عنوان سازه‌ای شامل مهربانی با خود، احساس انسانیت مشترک و مواجهه متعادل با تجارب دردناک، می‌تواند در کاهش خودداوری و واکنش‌های هیجانی ناسازگار نقش داشته باشد (Neff, 2023). این ملاحظات برای مادرانی که ممکن است خود را مسئول ناتوانی کودک، کاستی‌های رشد وی یا مشکلات روزمره او بدانند، اهمیت خاصی دارد؛ زیرا کاهش خودسرزنشگری و افزایش پذیرش خود می‌تواند یکی از مسیرهای اصلی تعدیل احساس شرم و گناه باشد.

از سوی دیگر، شرم و انگ اجتماعی می‌توانند کیفیت روابط خانوادگی را نیز تحت تأثیر قرار دهند. احساس شرمندگی از وضعیت کودک یا ترس از قضاوت دیگران ممکن است موجب محدود شدن تعاملات اجتماعی خانواده، کاهش مشارکت در فعالیت‌های جمعی و افزایش فاصله عاطفی در روابط شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شرم و انگ اجتماعی می‌توانند با اختلال در تعاملات خانوادگی و کاهش کیفیت روابط ارتباط داشته باشند (Fernandez & Liu, 2023). همچنین، هنگامی که مادر به‌دلیل شرم یا خودانتقادی از لحاظ هیجانی فرسوده می‌شود، کیفیت حضور عاطفی و مراقبتی او نیز ممکن است آسیب ببیند؛ ازاین‌رو، بررسی شرم صرفاً از منظر سلامت روان فردی کافی نیست و باید پیامدهای بالقوه آن برای کیفیت مراقبت مادری نیز مورد توجه قرار گیرد (Johnson & Greenberg, 2023). بر این اساس، طراحی مداخلاتی که نه‌تنها علائم عمومی اضطراب و تنیدگی، بلکه سازوکارهای عمیق‌تری همچون خودارزیابی منفی، شرم و گناه را هدف قرار دهند، ضرورت بالینی بیشتری پیدا می‌کند.

در سال‌های اخیر، یکی از رویکردهای مورد توجه برای کاهش مشکلات هیجانی والدین، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بوده است. ذهن‌آگاهی به توانایی توجه آگاهانه و هدفمند به تجربه لحظه حاضر، همراه با نگرشی پذیرنده و غیرقضاوتی اشاره دارد. این رویکرد به افراد کمک می‌کند افکار و هیجان‌های ناخوشایند را به‌عنوان رویدادهای گذرای ذهنی مشاهده کنند و به‌جای همجوشی با آنها یا تلاش افراطی برای اجتناب از آنها، رابطه‌ای انعطاف‌پذیرتر با تجربه درونی خود برقرار سازند. آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، از طریق تمرین توجه، آگاهی بدنی، پذیرش و کاهش واکنش‌پذیری خودکار، می‌تواند منابع تنظیم هیجان را تقویت کند. در والدین کودکان دارای اختلالات رشدی نیز شواهدی از امکان استفاده از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی همراه با مؤلفه‌های خودشفقتی گزارش شده است (Rojas-Torres et al., 2021). از منظر گسترده‌تر، پژوهش‌های مربوط به مقابله با موقعیت‌های دشوار نیز نشان می‌دهند که نحوه مواجهه و سازگاری فرد با تجربه‌های منفی می‌تواند در بازیابی عملکرد و پیامدهای بعدی نقش داشته باشد، هرچند این شواهد لزوماً در جمعیت‌های بالینی یا والدین کودکان دارای ناتوانی به دست نیامده‌اند (Su et al., 2023).

شواهد داخلی نیز از کاربرد مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مشکلات هیجانی مادران کودکان دارای نیازهای ویژه حمایت می‌کنند. در مطالعه‌ای بر مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب بهبود نشخوار فکری، خودانتقادی و احساس شرم و گناه شد (Sattarzadeh et al., 2025). همچنین، در پژوهشی دیگر درباره مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت در کاهش احساس شرم مورد بررسی قرار گرفته‌اند و نتایج، ظرفیت این دسته از مداخلات را برای بهبود تجربه‌های خودارزیابانه منفی نشان داده‌اند (Kafinia et al., 2025). یافته‌های پیشین درباره درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز نشان داده‌اند که مداخلات پذیرش‌محور می‌توانند در کاهش شرم درونی‌شده و بهبود سازگاری اجتماعی مادران کودکان کم‌توان ذهنی مؤثر واقع شوند (Hojatkhah & Mesbah, 2016). این مجموعه یافته‌ها بر این فرض استوارند که افزایش پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش اجتناب تجربی و تعدیل قضاوت منفی نسبت به خود می‌تواند چرخه شرم، خودانتقادی و گناه را تضعیف کند.

در کنار مداخلات ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌مدار یکی دیگر از رویکردهای مهم در درمان مشکلات هیجانی است. در این رویکرد، هیجان‌ها صرفاً علائمی مزاحم یا پدیده‌هایی برای کنترل شدن تلقی نمی‌شوند، بلکه منابع مهمی از اطلاعات درباره نیازها، اهداف و الگوهای سازگاری فرد هستند. درمان هیجان‌مدار با شناسایی، تجربه، پردازش و تبدیل هیجان‌های ناسازگار، تلاش می‌کند به مراجع کمک کند الگوهای هیجانی تثبیت‌شده را بازسازمان‌دهی کند. دیدگاه‌های مربوط به بازتحکیم حافظه نیز بر این نکته تأکید دارند که تغییر درمانی عمیق زمانی امکان‌پذیر

است که ساختارهای هیجانی و یادگیری‌های ضمنی فعال شده و در بستر تجربه‌های اصلاحی تازه مورد بازپردازش قرار گیرند (Ecker et al., 2024). از این منظر، شرم و گناه مزمن ممکن است حاصل شبکه‌هایی از خاطرات، معناها و ارزیابی‌های هیجانی تثبیت‌شده باشند و مواجهه درمانی با آنها بتواند مسیر ایجاد تغییر پایدار را فراهم کند.

درمان هیجان‌مدار به‌ویژه در موقعیت‌هایی که فرد با فقدان، سوگ، خودسرزنشگری و هیجان‌های حل‌نشده مواجه است، مورد توجه قرار گرفته است. کاربرد این رویکرد در سوگ و فقدان نشان داده است که پردازش هیجان‌های دردناک و دسترسی به نیازهای هیجانی زیربنایی می‌تواند بخشی اساسی از فرایند تغییر درمانی باشد (Sharbanee & Greenberg, 2023). این منطق برای مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی نیز می‌تواند قابل‌توجه باشد؛ زیرا برخی مادران ممکن است علاوه بر فشارهای جاری، نوعی سوگ مزمن نسبت به انتظارات تحقق‌نیافته درباره رشد، استقلال یا آینده فرزند خود تجربه کنند. از سوی دیگر، شواهد داخلی نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در افزایش خودکارآمدی والدگری و کاهش احساس گناه در مادران کودکان دارای مشکلات جسمانی جدی مؤثر باشد (Khanjani et al., 2021). بنابراین، رویکرد هیجان‌مدار از لحاظ نظری و تجربی ظرفیت آن را دارد که مستقیماً بر احساس گناه، شرم و خودسرزنشگری اثر بگذارد.

با وجود تفاوت‌های نظری میان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و درمان هیجان‌مدار، این دو رویکرد در برخی سازوکارهای تغییر همپوشانی دارند. ذهن‌آگاهی بیشتر بر مشاهده غیرقضاوتی، پذیرش و فاصله‌گیری از افکار و هیجان‌ها تمرکز دارد، در حالی که درمان هیجان‌مدار بر فعال‌سازی، تجربه عمیق، معناپردازی و تبدیل هیجان‌های ناسازگار تأکید می‌کند. بااین‌حال، هر دو رویکرد می‌توانند اجتناب هیجانی را کاهش دهند، آگاهی نسبت به حالات درونی را افزایش دهند و ظرفیت تنظیم هیجان را ارتقا بخشند. برخی مطالعات مقایسه‌ای نیز این دو رویکرد را در پیامدهای روان‌شناختی مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. در بیماران قلبی‌عروقی، مقایسه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار از نظر نشخوار ذهنی نشان داده است که هر دو مداخله می‌توانند بر فرایندهای شناختی–هیجانی مؤثر باشند (Dehghan et al., 2023). در پژوهش دیگری بر همین حوزه، اثربخشی این دو رویکرد در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی مقایسه شده است (Dehghan et al., 2024). هرچند جمعیت این مطالعات با مادران کودکان کم‌توان ذهنی متفاوت است، نتایج آنها ضرورت مقایسه مستقیم دو رویکرد فعال را در جمعیت‌های دارای نیازهای هیجانی خاص برجسته می‌کند.

شواهد مقایسه‌ای دیگری نیز نشان می‌دهد که درمان‌های مبتنی بر پردازش هیجان و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است از مسیرهای متفاوت به پیامدهای مشابه منتهی شوند. برای مثال، در مطالعه‌ای روی بیماران مبتلا به پسوریازیس، اثربخشی درمان شناختی–رفتاری هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی مقایسه شد و یافته‌ها نشان دادند که هر دو دسته مداخله از ظرفیت درمانی برخوردارند (Mehdizadeh et al., 2020). چنین یافته‌هایی این پرسش را مطرح می‌کنند که آیا در مشکلاتی که به‌طور مستقیم با هیجان‌های خودآگاه مانند شرم و گناه مرتبط‌اند نیز تفاوت معناداری میان مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و آگاهی و مداخله‌ای مبتنی بر پردازش فعال هیجان وجود دارد یا خیر. این مسئله به‌ویژه در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی اهمیت دارد، زیرا آنان همزمان با فشارهای بیرونی، با ارزیابی‌های درونی پیچیده‌ای درباره نقش مادری، کفایت شخصی و مسئولیت نسبت به وضعیت فرزند خود مواجه‌اند.

مرور پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که بخش مهمی از مطالعات پیشین، یا تنها یکی از مداخلات ذهن‌آگاهی، پذیرش‌محور یا هیجان‌مدار را بررسی کرده‌اند، یا بر متغیرهایی مانند فشار مراقبتی، خودانتقادی، سازگاری اجتماعی، خودکارآمدی والدگری، نشخوار فکری یا انعطاف‌پذیری شناختی متمرکز بوده‌اند. اگرچه شواهد موجود اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را در بهبود مشکلات مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه نشان می‌دهد (Hojatkhah & Mesbah, 2016; Kafinia et al., 2025; Rostampour Berenjestanki et al., 2022; Sattarzadeh et al., 2025)، هنوز مقایسه مستقیم آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با تمرکز همزمان بر دو هیجان خودآگاه مهم یعنی احساس گناه و احساس شرم در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که شرم و گناه می‌توانند با سازوکارهای متفاوتی شکل گیرند و هر یک پاسخ متفاوتی به مداخلات پذیرش‌محور یا پردازش‌محور

داشته باشند، مقایسه مستقیم این دو روش می‌تواند علاوه بر پر کردن شکاف موجود در ادبیات پژوهشی، شواهد کاربردی‌تری برای انتخاب مداخله متناسب با نیازهای این مادران فراهم کند.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر احساس گناه و احساس شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، یک پژوهش کمی و کاربردی و از نظر روش، مطالعه‌ای مداخله‌ای از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان تربت‌حیدریه در سال تحصیلی ۲۰۲۴–۲۰۲۵ تشکیل دادند. برای تعیین حداقل حجم نمونه مورد نیاز از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳.۱.۹.۴ استفاده شد. با در نظر گرفتن سطح خطای ۰.۰۵، سطح اطمینان ۰.۹۵ و اندازه اثر متوسط ۰.۲۵، حداقل حجم نمونه ۳۶ نفر برآورد شد؛ بااین‌حال، به‌منظور جبران ریزش احتمالی شرکت‌کنندگان در مراحل اجرای مداخله و پیگیری، حجم نمونه به ۴۵ نفر افزایش یافت. بر این اساس، ۴۵ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس اطلاعات موجود در سازمان بهزیستی شهرستان تربت‌حیدریه انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفره شامل گروه آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار، گروه آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و گروه کنترل قرار گرفتند. اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، بلافاصله پس از پایان مداخلات و در مرحله پیگیری دوماهه انجام شد. گروه‌های آزمایشی مداخلات اختصاصی خود را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد.

مقیاس شرم درونی‌شده: برای سنجش احساس شرم از مقیاس شرم درونی‌شده کوک که در سال ۱۹۹۳ تدوین شده است، استفاده شد. این ابزار دارای ۳۰ ماده و دو خرده‌مقیاس کمرویی و عزت‌نفس است و پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر ماده با وضعیت خود را بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» با نمره صفر تا «همیشه» با نمره چهار مشخص می‌کنند. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطوح بیشتر احساس بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، حقارت، پوچی و تنهایی و، در مجموع، شرم درونی‌شده بیشتر است، در حالی که نمرات پایین‌تر بیانگر وضعیت مطلوب‌تر از نظر ارزیابی خود و اعتمادبه‌نفس است. کوک در مطالعه اولیه، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به‌ترتیب ۰.۹۴ و ۰.۹۰ گزارش کرد. همچنین، رجبی و عباسی ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس را برای کل نمونه ۰.۹۰، برای مردان ۰.۸۹ و برای زنان ۰.۹۱ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در پژوهش حاضر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای ارزیابی تغییرات احساس شرم شرکت‌کنندگان به کار رفت. استفاده از مقیاس شرم درونی‌شده کوک به‌عنوان یکی از دو ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در متن پژوهش نیز تصریح شده است.

پرسشنامه احساس گناه: برای اندازه‌گیری احساس گناه از پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز استفاده شد که طی سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ تدوین، تکمیل و اصلاح شده است. این پرسشنامه شامل ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس خصیصه گناه با ۱۲ گویه، حالت گناه با ۱۰ گویه و معیارهای اخلاقی با ۲۳ گویه است. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافقم» انجام می‌شود و گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. با جمع نمرات ۴۵ گویه، نمره کل پرسشنامه محاسبه می‌شود که دامنه آن از ۴۵ تا ۲۲۵ است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس گناه بیشتر است. شواهد مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار در دو مطالعه با ۸۳۲ آزمودنی جوان، دانشجو و مجرد و ۲۰۹ آزمودنی بزرگسال متأهل، روایی همگرا و افتراقی آن را تأیید کرده‌اند و ضرایب همسانی درونی برای خرده‌مقیاس حالت گناه و خصیصه گناه به‌ترتیب ۰.۷۹ و ۰.۸۹ گزارش شده است. در ایران نیز نظیری با استفاده از نظر ۱۵ نفر از استادان روان‌پزشکی، دستیاران سال آخر

روان‌پزشکی و کارشناسان ارشد روان‌شناسی، روایی صوری و محتوایی ابزار را بررسی و تأیید کرد. افزون بر این، ضرایب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ هفته برای خرده‌مقیاس‌های معیارهای اخلاقی، خصیصه گناه و حالت گناه به‌ترتیب ۰.۸۱، ۰.۷۲ و ۰.۵۶ گزارش شده است. این پرسشنامه نیز در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای سنجش تغییرات احساس گناه شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایشی به‌طور جداگانه در مداخلات آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس شرکت کردند؛ هر مداخله در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل در این دوره هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، جهت‌گیری کلی آموزش بر افزایش توجه آگاهانه به تجربه‌های لحظه حاضر، مشاهده افکار و هیجان‌ها بدون قضاوت، کاهش واکنش‌پذیری نسبت به تجربه‌های ناخوشایند، افزایش پذیرش هیجانی و کاهش درگیری با افکار خودانتقادگر و خودسرزنشگر متمرکز بود؛ به‌گونه‌ای که مادران بتوانند نسبت به هیجان‌های مرتبط با شرایط فرزند خود آگاهی بیشتری پیدا کرده و به‌جای اجتناب یا واکنش خودکار، پاسخ‌های آگاهانه‌تر و پذیرنده‌تری اتخاذ کنند. در گروه درمان هیجان‌مدار نیز تمرکز مداخله بر شناسایی، تجربه، بیان و پردازش هیجان‌های منفی و هیجان‌های پنهان، افزایش آگاهی هیجانی، کاهش اجتناب هیجانی و تسهیل تبدیل هیجان‌های ناسازگار به تجربه‌های هیجانی سازگارتر قرار داشت؛ در این رویکرد، فضای امن گروهی برای مواجهه با هیجان‌های دشوار و پردازش احساساتی مانند شرم، گناه و خودسرزنشگری مورد تأکید بود. متن مقاله درمان هیجان‌مدار را رویکردی مبتنی بر تجربه و پردازش هیجان‌ها و ذهن‌آگاهی را مبتنی بر افزایش آگاهی، پذیرش و تنظیم تجربه‌های هیجانی معرفی کرده است. پس از اتمام هشت جلسه، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد و دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری با استفاده مجدد از ابزارهای پژوهش انجام گرفت.

پس از گردآوری داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی، برای توصیف وضعیت متغیرهای احساس گناه و احساس شرم در گروه‌های درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کنترل در هر یک از مراحل اندازه‌گیری از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار استفاده شد. با توجه به وجود سه گروه مستقل و سه نوبت اندازه‌گیری، برای بررسی تغییرات درون‌گروهی در طول زمان، تفاوت‌های بین‌گروهی و الگوی تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل اصلی، مفروضه‌های مرتبط با آزمون بررسی شدند؛ از جمله همگنی ماتریس‌های کوواریانس که با آزمون Box’s M ارزیابی شد. با وجود معنادار شدن این آزمون برای متغیرهای پژوهش، به دلیل برابر بودن حجم نمونه سه گروه و وجود ۱۵ شرکت‌کننده در هر گروه، تحلیل‌های اصلی ادامه یافت. برای تعیین محل دقیق تفاوت‌های مشاهده‌شده میان گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری نیز از آزمون‌های تعقیبی و مقایسه‌های زوجی استفاده شد. سطح معناداری آماری در تحلیل‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و علاوه بر مقادیر F و p، اندازه اثر به‌صورت مجذور اتای جزئی (partial η^2) برای ارزیابی شدت اثرهای بین‌گروهی گزارش شد. استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون‌های تعقیبی و مقایسه‌های زوجی به‌عنوان روش اصلی تحلیل داده‌ها در مقاله گزارش شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۵ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر در سه گروه ۱۵ نفره شامل آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. متغیرهای احساس گناه و شرم در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه اندازه‌گیری شدند. در ابتدا، به‌منظور بررسی الگوی اولیه تغییرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمرات احساس گناه و شرم در هر سه مرحله محاسبه شد. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بر حسب گروه و زمان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون، میانگین (انحراف معیار)	پیگیری، میانگین (انحراف معیار)
احساس گناه	ذهن‌آگاهی	۱۳۱.۷۳ (۹.۵۳)	۱۱۸.۴۰ (۹.۸۲)	۱۲۱.۱۳ (۹.۹۲)
	کنترل	۱۳۳.۶۷ (۱۰.۰۴)	۱۳۳.۷۳ (۹.۸۰)	۱۳۳.۶۷ (۱۰.۰۴)
	هیجان‌مدار	۱۳۳.۷۳ (۱۳.۵۷)	۱۲۶.۴۰ (۸.۱۶)	۱۲۹.۶۷ (۷.۹۳)
	کل	۱۳۳.۰۴ (۱۰.۹۷)	۱۲۶.۱۸ (۱۱.۰۷)	۱۲۸.۱۶ (۱۰.۵۵)
شرم	ذهن‌آگاهی	۵۳.۰۷ (۱۴.۶۷)	۳۶.۴۷ (۱۲.۸۹)	۴۱.۸۷ (۱۴.۲۶)
	کنترل	۵۴.۸۷ (۱۴.۳۳)	۵۵.۱۳ (۱۲.۴۹)	۵۳.۶۷ (۱۱.۵۰)
	هیجان‌مدار	۵۴.۸۰ (۶.۴۵)	۴۳.۲۰ (۹.۷۲)	۴۵.۵۳ (۷.۶۸)
	کل	۵۴.۲۴ (۱۲.۱۶)	۴۴.۹۳ (۱۳.۹۱)	۴۷.۰۲ (۱۲.۲۶)

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین احساس گناه در گروه ذهن‌آگاهی از ۱۳۱.۷۳ در پیش‌آزمون به ۱۱۸.۴۰ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری به ۱۲۱.۱۳ رسید. در گروه درمان هیجان‌مدار نیز میانگین احساس گناه از ۱۳۳.۷۳ در پیش‌آزمون به ۱۲۶.۴۰ در پس‌آزمون کاهش یافت و در پیگیری برابر با ۱۲۹.۶۷ بود، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد. الگوی مشابهی در متغیر شرم دیده شد؛ به‌گونه‌ای که میانگین شرم در گروه ذهن‌آگاهی از ۵۳.۰۷ به ۳۶.۴۷ در پس‌آزمون کاهش یافت و در پیگیری ۴۱.۸۷ بود. در گروه هیجان‌مدار نیز میانگین شرم از ۵۴.۸۰ در پیش‌آزمون به ۴۳.۲۰ در پس‌آزمون و ۴۵.۵۳ در پیگیری رسید، در حالی که میانگین‌های گروه کنترل در سه مرحله تقریباً ثابت باقی ماندند. بنابراین، در سطح توصیفی هر دو گروه مداخله کاهش نمرات احساس گناه و شرم را نشان دادند و این کاهش در گروه ذهن‌آگاهی برجسته‌تر بود.

پیش از اجرای تحلیل واریانس، مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس با استفاده از آزمون Box’s M بررسی شد. برای متغیر احساس گناه، مقدار Box’s M برابر با ۲۳.۶۸۶ و مقدار F برابر با ۱.۷۶۷ به دست آمد که با درجات آزادی ۱۲ و ۸۵۴۸.۶۱۵ در سطح p=.۰۴۸ معنادار بود. همچنین، برای متغیر شرم، مقدار Box’s M برابر با ۴۲.۸۷۳ و مقدار F برابر با ۳.۱۹۹ بود که در سطح p<.۰۰۱ معنادار شد. بر این اساس، فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس در هر دو متغیر نقض شد. بااین‌حال، با توجه به برابر بودن حجم نمونه در سه گروه، به‌طوری‌که هر گروه شامل ۱۵ شرکت‌کننده بود، و مقاومت نسبی تحلیل واریانس در برابر نقض این مفروضه در شرایط برابری حجم گروه‌ها، تحلیل‌های استنباطی ادامه یافت.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اثرات بین‌گروهی برای احساس گناه و شرم

متغیر	منبع	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	p	Partial η²
احساس گناه	عرض از مبدأ	۲۲۵۰۹۲۳.۱۴۱	۱	۲۲۵۰۹۲۳.۱۴۱	۱۶۱۷۴.۹۷۰	<.۰۰۱	.۹۹۷
	گروه	۲۲۶۴.۱۰۴	۲	۱۱۳۲.۰۵۲	۸.۱۳۵	.۰۰۱	.۲۷۹
شرم	عرض از مبدأ	۳۲۰۶۱۶.۶۰۰	۱	۳۲۰۶۱۶.۶۰۰	۱۰۶۱.۰۱۰	<.۰۰۱	.۹۶۲
	گروه	۲۶۵۶.۱۷۸	۲	۱۳۲۸.۰۸۹	۴.۳۹۵	.۰۱۸	.۱۷۳

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر گروه بر احساس گناه از نظر آماری معنادار بود، به‌طوری‌که تفاوت معناداری میان میانگین کلی سه گروه مشاهده شد، F(۲,۴۲)=۸.۱۳۵، p=.۰۰۱، Partial η²=.۲۷۹. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۷.۹ درصد از واریانس نمرات احساس گناه با تفاوت‌های بین گروه‌های پژوهش مرتبط بود. همچنین، اثر گروه بر متغیر شرم نیز معنادار به دست آمد، F(۲,۴۲)=۴.۳۹۵، p=.۰۱۸، Partial η²=.۱۷۳؛ بنابراین، سه گروه از نظر سطح کلی شرم نیز تفاوت معناداری داشتند و ۱۷.۳ درصد از واریانس این متغیر با عضویت گروهی مرتبط بود. در مجموع، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که نوع مداخله با تفاوت معنادار در هر دو پیامد احساس گناه و شرم همراه بود. برای مشخص کردن اینکه تفاوت‌های مشاهده‌شده دقیقاً میان کدام گروه‌ها قرار داشت، مقایسه‌های زوجی انجام شد.

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی گروه‌ها در متغیرهای احساس گناه و شرم

متغیر	گروه(I)	گروه(J)	تفاوت میانگین(I−J)	خطای استاندارد	p	فاصله اطمینان ۹۵٪
احساس گناه	ذهن‌آگاهی	کنترل	-۹.۹۳	۲.۴۹	.۰۰۱	[-۱۶.۱۴, -۳.۷۳]
	ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	-۶.۱۸	۲.۴۹	.۰۵۱	[-۱۲.۳۸, .۰۲]
	کنترل	هیجان‌مدار	۳.۷۶	۲.۴۹	.۴۱۶	[-۲.۴۵, ۹.۹۶]
شرم	ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱۰.۷۶	۳.۶۷	.۰۱۶	[-۱۹.۸۹, -۱.۶۲]
	ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	-۴.۰۴	۳.۶۷	.۸۲۸	[-۱۳.۱۸, ۵.۰۹]
	کنترل	هیجان‌مدار	۶.۷۱	۳.۶۷	.۲۲۲	[-۲.۴۳, ۱۵.۸۵]

نتایج مقایسه‌های زوجی در جدول ۳ نشان داد که در متغیر احساس گناه، تنها تفاوت میان گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و گروه کنترل از نظر آماری معنادار بود؛ به‌طوری‌که میانگین احساس گناه در گروه ذهن‌آگاهی ۹.۹۳ واحد کمتر از گروه کنترل بود، p=.۰۰۱، ٪۹۵ CI [-۱۶.۱۴, -۳.۷۳]. تفاوت میان گروه ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار با وجود پایین‌تر بودن میانگین در گروه ذهن‌آگاهی، به سطح معناداری آماری نرسید، p=.۰۵۱، و تفاوت گروه کنترل با درمان هیجان‌مدار نیز معنادار نبود، p=.۴۱۶. در متغیر شرم نیز تنها تفاوت میان گروه ذهن‌آگاهی و کنترل معنادار بود؛ به‌گونه‌ای که میانگین شرم در گروه ذهن‌آگاهی ۱۰.۷۶ واحد کمتر از گروه کنترل به دست آمد، p=.۰۱۶، ٪۹۵ CI [-۱۹.۸۹, -۱.۶۲]. تفاوت میان گروه ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار، p=.۸۲۸، و همچنین تفاوت میان گروه کنترل و درمان هیجان‌مدار، p=.۲۲۲، از نظر آماری معنادار نبود. در نتیجه، هرچند الگوی توصیفی کاهش نمرات در هر دو مداخله مشاهده شد، شواهد استنباطی نشان داد که تفاوت معنادار نسبت به گروه کنترل صرفاً برای گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس تأیید شد و تفاوت معناداری میان دو مداخله فعال مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر احساس گناه و احساس شرم مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین سه گروه از نظر احساس گناه تفاوت معناداری وجود داشت و مقایسه‌های زوجی مشخص کرد که میانگین احساس گناه در گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود، در حالی که تفاوت میان گروه ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار و نیز تفاوت میان درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل به سطح معناداری آماری نرسید. همچنین، در متغیر شرم نیز تفاوت کلی بین گروه‌ها معنادار بود و مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که گروه ذهن‌آگاهی در مقایسه با گروه کنترل سطح پایین‌تری از شرم داشت، اما تفاوت مستقیم میان دو مداخله فعال معنادار نبود. بنابراین، الگوی کلی یافته‌ها حاکی از آن بود که اگرچه هر دو مداخله در سطح توصیفی با کاهش نمرات احساس گناه و شرم همراه بودند، شواهد استنباطی قوی‌تر در حمایت از اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در مقایسه با عدم مداخله به دست آمد و در عین حال، برتری آماری مشخصی برای یکی از دو درمان فعال نسبت به دیگری مشاهده نشد.

نخستین یافته پژوهش مبنی بر پایین‌تر بودن معنادار احساس گناه در گروه ذهن‌آگاهی نسبت به گروه کنترل را می‌توان در چارچوب ماهیت شناختی–هیجانی احساس گناه تبیین کرد. احساس گناه از جمله هیجان‌های خودآگاه است که معمولاً پس از ارزیابی منفی فرد از رفتار، تصمیم یا قصور ادراک‌شده خود پدید می‌آید و با فرایندهایی مانند خودسرزنشگری، مرور مکرر رفتارهای گذشته و نگرانی درباره پیامدهای عملکرد فردی ارتباط دارد (Tangney & Dearing, 2024). مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی ممکن است در طول فرایند مراقبت بارها با افکاری مانند «می‌توانستم بهتر عمل کنم»، «در وضعیت فرزندم مقصر هستم» یا «در نقش مادری به اندازه کافی موفق نبوده‌ام» مواجه شوند. زمانی که این ارزیابی‌ها به‌طور مداوم تکرار می‌شوند، احتمال تثبیت احساس گناه و خودانتقادی افزایش می‌یابد. آموزش ذهن‌آگاهی از طریق

تقویت مشاهده افکار بدون داوری، کاهش همانندسازی با محتوای شناختی و افزایش پذیرش تجربه‌های درونی، می‌تواند شدت چنین چرخه‌ای را کاهش دهد. در این رویکرد، مادر می‌آموزد افکار خودسرزنشگر را نه به‌عنوان واقعیت‌های قطعی، بلکه به‌عنوان رخدادهای گذرای ذهنی تجربه کند؛ فرایندی که می‌تواند از تداوم احساس گناه جلوگیری کند.

این یافته با نتایج پژوهش ستارزاده و همکاران همسو است که نشان دادند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند نشخوار فکری، خودانتقادی و احساس شرم و گناه را در مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم کاهش دهد (Sattarzadeh et al., 2025). اهمیت این همسویی در آن است که هر دو گروه از مادران با شرایط مراقبتی مزمن، نگرانی نسبت به آینده فرزند و فشارهای روانی ناشی از ارزیابی اجتماعی و خودارزیابی مواجه‌اند. همچنین، یافته حاضر با نتایج پژوهش روخاس-تورس و همکاران همخوان است که کاربرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش خودشفقتی را برای والدین کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بررسی کردند و نشان دادند که چنین مداخلاتی ظرفیت بهبود سازگاری روان‌شناختی والدین را دارند (Rojas-Torres et al., 2021). از این منظر، یکی از سازوکارهای اصلی تأثیر ذهن‌آگاهی ممکن است کاهش واکنش خودکار به افکار مرتبط با تقصیر و مسئولیت و ایجاد فاصله روان‌شناختی میان «داشتن یک فکر منفی» و «واقعیت داشتن آن فکر» باشد.

نقش خودشفقتی نیز در تبیین کاهش احساس گناه اهمیت دارد. خودشفقتی مستلزم برخورد مهربانانه با خود، پذیرش نقص‌های انسانی و اجتناب از قضاوت افراطی درباره تجربه‌های شخصی است (Neff, 2023). هرچند مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر به‌طور مستقیم یک پروتکل خودشفقتی نبود، بسیاری از تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌طور غیرمستقیم شرایط لازم برای کاهش خودانتقادی و افزایش پذیرش خود را فراهم می‌کنند. مادرانی که بتوانند تجربه دشوار مراقبت از کودک کم‌توان ذهنی را بخشی از یک وضعیت انسانی پیچیده تلقی کنند، احتمال کمتری دارد که مشکلات فرزند را صرفاً به ناکارآمدی شخصی یا قصور خود نسبت دهند. در نتیجه، شدت احساس گناه می‌تواند کاهش یابد. این تبیین با دیدگاه گیلبرت درباره اهمیت کاهش خودانتقادی و فعال‌سازی نظام آرامش و شفقت در برابر نظام تهدید نیز هماهنگ است (Gilbert, 2024).

در مقابل، اگرچه در گروه درمان هیجان‌مدار نیز کاهش توصیفی احساس گناه مشاهده شد، تفاوت این گروه با کنترل از نظر آماری معنادار نبود. این نتیجه را نباید به‌معنای بی‌اثر بودن قطعی درمان هیجان‌مدار تلقی کرد، زیرا تفاوت مستقیم دو مداخله نیز معنادار نبود. یافته حاضر تا حدی با نتایج خانجانی و همکاران متفاوت است که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر خودکارآمدی والدگری و احساس گناه مادران کودکان دارای سوختگی گزارش کردند (Khanjani et al., 2021). یکی از دلایل احتمالی این تفاوت می‌تواند تفاوت در ماهیت فشار روانی دو جامعه باشد. در مادران کودکان دچار سوختگی، احساس گناه ممکن است بیشتر به یک رویداد مشخص، علت قابل‌شناسایی یا تصمیم خاص مرتبط باشد، در حالی که در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، احساس گناه می‌تواند ماهیتی مزمن‌تر، فراگیرتر و درآمیخته با نگرش‌های فرهنگی و تصور مادر از هویت و مسئولیت خود داشته باشد. در چنین شرایطی، دوره کوتاه‌مدت درمان هیجان‌مدار ممکن است برای تغییر کامل الگوهای عمیق خودسرزنشگری کافی نباشد.

از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار بر فعال‌سازی و تجربه عمیق هیجان‌های دردناک و سپس تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجان‌های سازگار تأکید دارد. بر اساس دیدگاه‌های مرتبط با بازتحکیم حافظه، برای ایجاد تغییر پایدار لازم است ساختارهای هیجانی پیشین فعال شوند و در کنار تجربه‌ای جدید و ناسازگار با انتظارهای قبلی قرار گیرند تا امکان بازسازمان‌دهی فراهم شود (Ecker et al., 2024). این فرایند ممکن است در کوتاه‌مدت حتی با افزایش موقتی دسترسی به درد، گناه یا شرم همراه باشد، زیرا فرد پیش از تغییر دادن الگوی هیجانی ناچار است آن را به‌طور کامل تجربه کند. بنابراین، ممکن است در یک مداخله هشت‌جلسه‌ای، آثار درمان هیجان‌مدار در مقایسه با ذهن‌آگاهی با سرعت کمتری آشکار شود و برای تثبیت کامل به جلسات بیشتر یا دوره پیگیری طولانی‌تر نیاز داشته باشد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که سطح شرم در گروه ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. این نتیجه با ماهیت شرم به‌عنوان یک هیجان معطوف به کل خود قابل تبیین است. برخلاف احساس گناه که معمولاً بر یک رفتار خاص تمرکز دارد، شرم با ادراک کلی «من بد هستم»، «من ناکافی هستم» یا «من ارزش پذیرش ندارم» مرتبط است (Tangney & Dearing, 2024). در مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی، قضاوت‌های اجتماعی، مقایسه با خانواده‌های دیگر، احساس متفاوت بودن و نگرانی درباره نگاه دیگران می‌توانند به شکل‌گیری چنین ارزیابی‌های منفی کمک کنند. پژوهش فرناندز و لیو نیز نشان داده است که شرم و انگ اجتماعی می‌توانند روابط خانوادگی و تعاملات اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند (Fernandez & Liu, 2023). بنابراین، هر مداخله‌ای که شدت قضاوت درباره خود و حساسیت فرد نسبت به ارزیابی دیگران را کاهش دهد، می‌تواند در کاهش شرم مؤثر باشد.

ذهن‌آگاهی از طریق ایجاد نگرش غیرقضاوتی نسبت به تجربه‌های درونی می‌تواند مستقیماً یکی از هسته‌های اصلی شرم، یعنی ارزیابی منفی فراگیر از خود، را هدف قرار دهد. هنگامی که مادر می‌آموزد افکار مربوط به «مادر ناکافی بودن» یا «پذیرفته نشدن از سوی دیگران» را صرفاً مشاهده کند و بدون واکنش فوری از کنار آنها عبور کند، قدرت این افکار در شکل‌دهی هویت شخصی کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج کافینیا و همکاران همسو است که اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت را بر کاهش شرم در مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر بررسی کردند (Kafinia et al., 2025). همچنین، با پژوهش حجت‌خواه و مصباح همخوانی دارد که نشان دادند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند شرم درونی‌شده مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی را کاهش داده و سازگاری اجتماعی آنان را بهبود بخشد (Hojatkhah & Mesbah, 2016). وجه مشترک این رویکردها کاهش اجتناب تجربی، افزایش پذیرش و ایجاد فاصله از قضاوت‌های منفی خودمحور است.

کاهش شرم در گروه ذهن‌آگاهی را می‌توان از منظر خودشفقتی نیز توضیح داد. فرد شرمگین معمولاً نقص یا دشواری خود را امری منحصر به خویش می‌بیند و همین تصور موجب احساس انزوا و بیگانگی می‌شود. خودشفقتی با تأکید بر انسانیت مشترک و پذیرش اینکه رنج و نقص بخشی از تجربه عمومی انسان است، می‌تواند این احساس انزوا را کاهش دهد (Neff, 2023). همچنین، رویکرد شفقت‌محور گیلبرت نشان می‌دهد که کاهش شرم مستلزم ایجاد احساس امنیت درونی و تعدیل صدای منتقد درونی است (Gilbert, 2024). در مادران مورد مطالعه، تمرین‌های ذهن‌آگاهی احتمالاً با کاهش قضاوت درباره تجربه شخصی و افزایش تحمل هیجان‌های ناخوشایند، زمینه کاهش شرم را فراهم کرده‌اند.

در گروه درمان هیجان‌مدار نیز میانگین شرم کاهش یافت، اما تفاوت آن با گروه کنترل معنادار نبود و بین دو مداخله نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. درمان هیجان‌مدار از نظر نظری ظرفیت بالایی برای درمان شرم دارد، زیرا یکی از اهداف مهم آن دسترسی به هیجان‌های ناسازگار اولیه و تبدیل آنها از طریق تجربه‌های هیجانی جدید است. شربانی و گرینبرگ در بررسی درمان هیجان‌مدار در زمینه سوگ و فقدان بر نقش تجربه و پردازش عمیق هیجان‌های حل‌نشده تأکید کرده‌اند (Sharbanee & Greenberg, 2023). از این منظر، شرم مادران می‌تواند با احساس فقدان، انتظارات برآورده‌نشده و معناهای دردناک مربوط به نقش مادری درآمیخته باشد. بااین‌حال، پردازش چنین هیجان‌های هویتی و عمیقی احتمالاً نیازمند زمان بیشتر و رابطه درمانی طولانی‌تر است.

همچنین، یافته‌های پژوهش با نتایج دهقان و همکاران همخوانی نسبی دارد. آنان در دو مطالعه مقایسه‌ای نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار می‌توانند بر فرایندهایی نظیر نشخوار ذهنی و انعطاف‌پذیری شناختی اثرگذار باشند (Dehghan et al., 2023, 2024). اگرچه جامعه پژوهش آنها بیماران قلبی‌عروقی بود، نبود برتری مطلق و یکسان یکی از دو روش در همه پیامدها نشان می‌دهد که این مداخلات ممکن است از سازوکارهای متفاوتی به تغییر روان‌شناختی منتهی شوند. یافته‌های مهدیزاده و همکاران نیز در مقایسه رویکردهای هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به پسوریازیس نشان‌دهنده ظرفیت هر دو دسته مداخلات در بهبود پیامدهای

روان‌شناختی بود (Mehdizadeh et al., 2020). بنابراین، عدم تفاوت معنادار میان دو مداخله در پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب همگرایی نسبی سازوکارهای درمانی آنها تفسیر کرد.

هر دو مداخله با وجود تفاوت در فنون، به نوعی تنظیم رابطه فرد با هیجان‌های دشوار را هدف قرار می‌دهند. ذهن‌آگاهی به فرد آموزش می‌دهد هیجان را مشاهده کند، بدون آنکه فوراً آن را قضاوت یا سرکوب کند؛ درمان هیجان‌مدار نیز فرد را به سمت شناسایی، پذیرش، تجربه و تبدیل هیجان هدایت می‌کند. بنابراین، هر دو رویکرد می‌توانند اجتناب هیجانی و واکنش‌های ناسازگار را کاهش دهند، هرچند مسیر رسیدن به این هدف متفاوت است. در یک مداخله کوتاه‌مدت، این اشتراک در فرایندهای بنیادی ممکن است موجب شود تفاوت نهایی میان دو درمان از نظر آماری کوچک باقی بماند. علاوه بر این، شرم و گناه در این مادران احتمالاً تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و مراقبتی قرار دارند و تغییر آنها تنها از طریق یک سازوکار درمانی صورت نمی‌گیرد. ارتباط میان احساس شرم، گناه و ارزیابی منفی رفتار در مادران نیز در پژوهش شیرانی بیدآبادی و همکاران مورد تأکید قرار گرفته است (Shirani Bidabadi et al., 2021).

یافته‌های حاضر همچنین باید با توجه به ویژگی‌های شرایط مراقبتی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تفسیر شوند. کم‌توانی ذهنی معمولاً یک وضعیت مزمن است که خانواده را برای سال‌ها درگیر مسئولیت‌های مراقبتی، آموزشی و اجتماعی می‌کند (Deserza et al., 2023). در نتیجه، هیجان‌های منفی مادر ممکن است حاصل یک رویداد منفرد نباشند، بلکه طی سال‌ها در تعامل با فشار مراقبتی و بازخوردهای اجتماعی تثبیت شده باشند. پژوهش رستم‌پور برنجستانکی و همکاران نیز نشان داده است که مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی با فشار مراقبتی و خودانتقادی مواجه‌اند و مداخلات مثبت‌نگر می‌توانند این پیامدها را تعدیل کنند (Rostampour Berenjestanki et al., 2022). بنابراین، کاهش نسبی شرم و گناه در مدت کوتاه مداخله از نظر بالینی می‌تواند اهمیت داشته باشد، حتی در مواردی که همه مقایسه‌های آماری بین گروه‌ها معنادار نشده‌اند.

همچنین باید توجه داشت که کیفیت مراقبت مادری ممکن است خود تحت تأثیر شرم و فشارهای هیجانی قرار گیرد. شرم شدید می‌تواند موجب کناره‌گیری، کاهش اعتمادبه‌نفس و دشواری در حفظ حضور عاطفی مناسب در رابطه با کودک شود (Johnson & Greenberg, 2023). از این رو، کاهش شرم ممکن است پیامدهایی فراتر از بهبود وضعیت روانی مادر داشته باشد و به‌صورت غیرمستقیم کیفیت رابطه مادر–کودک را نیز تقویت کند. در همین راستا، نتایج پژوهش زعفرانی درباره سلامت روان و عملکرد اجتماعی مادران دارای فرزند ناتوان، اهمیت توجه به سلامت روانی این گروه و پیامدهای اجتماعی مشکلات آنان را برجسته می‌کند (Zafarani, 2023). اگر مداخلات روان‌شناختی بتوانند ارزیابی‌های منفی مادر درباره خود را کاهش دهند، احتمال مشارکت اجتماعی بیشتر، درخواست حمایت و تعامل سازنده‌تر نیز افزایش خواهد یافت.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در مقایسه با گروه کنترل با سطوح پایین‌تر احساس گناه و شرم همراه بود، در حالی که تفاوت مستقیم آن با درمان هیجان‌مدار معنادار نبود. این الگو نشان می‌دهد که نمی‌توان بر اساس یافته‌های حاضر برتری قطعی یکی از دو درمان فعال را مطرح کرد. به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی از طریق پذیرش، کاهش قضاوت، فاصله‌گیری از افکار خودسرزنشگر و تعدیل نشخوار ذهنی بتواند در مدت نسبتاً کوتاه به کاهش قابل مشاهده شرم و گناه کمک کند، در حالی که درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر پردازش عمیق‌تر هیجان‌های ناسازگار ممکن است برای آشکار شدن کامل اثرات خود به زمان بیشتری نیاز داشته باشد. بنابراین، انتخاب مداخله می‌تواند بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختی مادر، شدت هیجان‌های خودآگاه، آمادگی برای مواجهه عمیق با تجربه‌های هیجانی و ترجیح فرد نسبت به رویکردهای مبتنی بر پذیرش یا پردازش فعال هیجان صورت گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج در نظر گرفته شوند. نخست، نمونه پژوهش تنها شامل ۴۵ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان تربت‌حیدریه بود و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به تمامی مادران کودکان دارای کم‌توانی ذهنی در مناطق جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی متفاوت باید با احتیاط صورت

گیرد. دوم، حجم نمونه هر گروه محدود به ۱۵ نفر بود که می‌تواند توان آماری پژوهش را برای آشکارسازی تفاوت‌های کوچک میان دو مداخله فعال کاهش داده باشد. سوم، متغیرهای پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و احتمال تأثیر سوگیری پاسخ، تمایل به ارائه تصویر مطلوب اجتماعی و تفاوت در برداشت شرکت‌کنندگان از گویه‌ها وجود دارد. چهارم، دوره پیگیری به دو ماه محدود بود و بنابراین نمی‌توان درباره پایداری بلندمدت آثار مداخلات نتیجه‌گیری کرد. همچنین، متغیرهایی مانند شدت کم‌توانی کودک، میزان حمایت همسر و خانواده، وضعیت اقتصادی، سابقه مشکلات روان‌شناختی مادر، مدت زمان سپری‌شده از تشخیص کودک و استفاده همزمان از منابع حمایتی خارج از پژوهش به‌طور جداگانه کنترل نشدند و ممکن است بر میزان پاسخ به درمان اثر گذاشته باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر، نمونه‌گیری از چند مرکز و چند منطقه جغرافیایی و در صورت امکان طراحی‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده، یافته‌های حاضر را بازآزمایی کنند. همچنین، انجام پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره دوام اثرات درمان هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس فراهم سازد. پیشنهاد می‌شود علاوه بر نمره کل شرم و احساس گناه، مؤلفه‌های اختصاصی آنها مانند حالت گناه، خصیصه گناه، معیارهای اخلاقی، خودانتقادی و عزت‌نفس به‌صورت جداگانه تحلیل شوند تا مشخص شود هر مداخله بر کدام جنبه از تجربه هیجانی تأثیر بیشتری دارد. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند خودشفقتی، نشخوار فکری، تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز می‌تواند سازوکار اثر مداخلات را روشن‌تر سازد. همچنین، مقایسه این دو رویکرد با درمان‌های دیگری مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت‌محور و درمان شناختی–رفتاری و بررسی تأثیر ویژگی‌های فردی مادر و شدت ناتوانی کودک در پاسخ درمانی می‌تواند به شناسایی مداخلات متناسب‌تر برای زیرگروه‌های مختلف منجر شود. بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مراکز بهزیستی، توان‌بخشی و خدمات روان‌شناختی مرتبط با خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی، برنامه‌های گروهی منظم برای کاهش شرم، احساس گناه و خودسرزنشگری مادران طراحی کنند. آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس می‌تواند به‌ویژه برای مادرانی مورد استفاده قرار گیرد که با نشخوار فکری، قضاوت شدید نسبت به خود و درگیری مداوم با افکار مربوط به تقصیر و ناکفایتی مواجه‌اند. درمان هیجان‌مدار نیز می‌تواند برای مادرانی مناسب باشد که هیجان‌های سرکوب‌شده، تعارض‌های هیجانی عمیق یا نیاز بیشتری به تجربه و پردازش فعال احساسات دارند. پیشنهاد می‌شود پیش از انتخاب مداخله، ارزیابی اولیه‌ای از شیوه تنظیم هیجان، سطح شرم و گناه، میزان آمادگی فرد برای مواجهه هیجانی و ترجیحات درمانی انجام شود و درمان بر اساس این ویژگی‌ها انتخاب گردد. همچنین، می‌توان آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان را در قالب برنامه‌های حمایتی بهزیستی برای والدین ادغام کرد و جلسات تقویتی پس از پایان درمان در نظر گرفت تا مهارت‌های آموخته‌شده در مواجهه با فشارهای مستمر مراقبتی حفظ و تثبیت شوند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Intellectual disability is a neurodevelopmental condition characterized by limitations in intellectual functioning and adaptive behavior that may substantially affect the individual's educational, social, and everyday functioning. Beyond its consequences for the affected child, intellectual disability may impose persistent psychological, social, and caregiving demands on the family, particularly on mothers, who frequently undertake a major share of daily caregiving, educational coordination, rehabilitation follow-up, and emotional support. Epidemiological evidence indicates that intellectual disability remains an important global health and developmental concern, with consequences extending beyond affected individuals to their families and caregiving systems (Deserza et al., 2023). Mothers of children with intellectual disabilities may therefore be exposed to chronic caregiving burden, self-criticism, concerns regarding their child's future, and limitations in their own social and psychological functioning (Rostampour Berenjestanki et al., 2022; Zafarani, 2023).

Among the psychological experiences that may become particularly salient in these mothers are shame and guilt. Although these emotions are closely related, they represent conceptually distinct self-conscious emotional processes. Shame generally involves a negative global evaluation of the self, in which the individual perceives the entire self as inadequate, defective, or unacceptable, whereas guilt is more often associated with a negative evaluation of a particular behavior, action, omission, or perceived failure (Tangney & Dearing, 2024). For mothers of children with intellectual disabilities, repeated exposure to social judgments, perceived stigma, cultural expectations concerning maternal responsibility, and comparisons with families of typically developing children may intensify both forms of self-evaluation. Structural evidence concerning self-conscious emotions in mothers has also emphasized the relationship of shame and guilt with negative behavioral evaluation (Shirani Bidabadi et al., 2021). Persistent shame may additionally contribute to withdrawal, self-criticism, reduced social engagement, and disruptions in family relationships (Fernandez & Liu, 2023), while maternal shame may have implications for the emotional quality of caregiving interactions (Johnson & Greenberg, 2023).

Contemporary psychological perspectives emphasize that excessive self-criticism and shame can be moderated through processes involving acceptance, emotional awareness, and compassion toward the self. Compassion-based conceptualizations suggest that developing a less punitive relationship with personal limitations and distress may reduce threat-based emotional responding and harsh self-evaluation (Gilbert, 2024). Similarly,

self-compassion, including self-kindness, common humanity, and balanced awareness of painful experiences, may provide a protective framework against persistent self-condemnation and maladaptive guilt (Neff, 2023). These mechanisms are particularly relevant for mothers who may interpret their child's condition or difficulties in caregiving as evidence of personal inadequacy.

Mindfulness-based interventions represent one important approach for modifying these processes. Mindfulness-based stress reduction encourages present-moment awareness, nonjudgmental observation of internal experiences, acceptance of distressing thoughts and emotions, and reduced automatic reactivity. Rather than attempting to eliminate difficult thoughts, individuals are trained to observe them as transient mental events. This process may be especially valuable for mothers experiencing recurrent thoughts of responsibility, inadequacy, social judgment, or failure. Mindfulness-based interventions have demonstrated applicability among parents of children with developmental conditions, with evidence suggesting potential benefits for parental psychological adaptation and self-compassion (Rojas-Torres et al., 2021). Studies conducted among mothers of children with special needs have similarly indicated that mindfulness-oriented interventions can reduce rumination, self-criticism, shame, and guilt (Sattarzadeh et al., 2025). Moreover, mindfulness- and compassion-based approaches have been investigated specifically for reducing shame among mothers of children with intellectual disabilities (Kafinia et al., 2025), while acceptance-oriented group interventions have also demonstrated favorable effects on internalized shame and social adjustment in this population (Hojatkhah & Mesbah, 2016).

Emotion-focused therapy constitutes another theoretically relevant intervention. In this approach, emotions are viewed not merely as symptoms to be suppressed but as adaptive sources of information that may become maladaptive when embedded in unresolved emotional structures. Therapeutic change involves identifying, accessing, expressing, processing, and transforming maladaptive emotional responses. Contemporary accounts of transformational psychotherapy emphasize that durable emotional change may occur when previously consolidated emotional learning is activated and modified through new corrective experiences (Ecker et al., 2024). Emotion-focused interventions have therefore been applied to deeply rooted experiences involving self-blame, loss, grief, and unresolved emotional pain (Sharbanee & Greenberg, 2023). Evidence has also suggested that emotion-focused therapy can improve parenting-related psychological outcomes and reduce guilt among mothers facing serious health conditions in their children (Khanjani et al., 2021).

Although mindfulness-based stress reduction and emotion-focused therapy differ in their immediate therapeutic techniques, both may improve emotional functioning. Mindfulness primarily modifies the individual's relationship with internal experiences through acceptance, awareness, and cognitive distancing, whereas emotion-focused therapy seeks more active engagement with and transformation of maladaptive emotions. Comparative research has demonstrated that both approaches may influence cognitive-emotional processes such as rumination and cognitive flexibility (Dehghan et al., 2023, 2024). Related comparative evidence has also supported the therapeutic potential of mindfulness-based and emotion-focused interventions across psychological outcomes in other clinical populations (Mehdizadeh et al., 2020). Nevertheless, direct comparison of these interventions with simultaneous emphasis on shame and guilt among mothers of children with intellectual disabilities remains limited. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of group emotion-focused therapy and mindfulness-based stress reduction in reducing guilt and shame among mothers of children with intellectual disabilities.

Methods and Materials

The present research was an applied quantitative study employing a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The study population consisted of mothers of educable children with intellectual disabilities covered by the Welfare Organization of Torbat-e Heydarieh during the 2024–2025 period. The required sample size was estimated using G*Power version 3.1.9.4, considering an

alpha level of .05, a confidence level of .95, and a medium effect size of .25. The initial estimated minimum sample size was 36 participants; however, to compensate for potential attrition, 45 mothers were recruited through convenience sampling. Participants were randomly assigned to three equal groups of 15: mindfulness-based stress reduction, emotion-focused therapy, and control. Assessments were conducted at pretest, immediately after the intervention, and at a two-month follow-up.

Shame was assessed using Cook's Internalized Shame Scale, a 30-item instrument comprising shyness and self-esteem dimensions. Items are rated on a five-point Likert scale ranging from 0 to 4, with higher scores indicating greater internalized shame, feelings of inadequacy, inferiority, worthlessness, emptiness, and loneliness. Guilt was measured using the 45-item Kugler and Jones Guilt Inventory, which assesses trait guilt, state guilt, and moral standards. Responses are rated on a five-point Likert scale, and higher total scores indicate greater guilt.

Following the pretest, participants in the two experimental groups received their respective interventions in eight 90-minute group sessions. The mindfulness-based stress reduction intervention emphasized present-moment awareness, nonjudgmental observation, emotional acceptance, reduced automatic reactivity, and more adaptive responses to self-critical thoughts. Emotion-focused therapy emphasized emotional awareness, identification and expression of difficult emotions, reduction of emotional avoidance, and processing and transformation of maladaptive emotional experiences. The control group received no intervention during the study period. Posttest assessment was performed after completion of the eight sessions, followed by a further assessment two months later.

Descriptive statistics, including means and standard deviations, were used to summarize the variables across groups and measurement occasions. Inferential analyses were performed using repeated-measures analysis of variance and pairwise comparisons. The homogeneity of covariance matrices was examined using Box's M test. Statistical significance was determined at the .05 level, and partial eta squared was reported as an index of effect size.

Findings

Descriptive findings showed reductions in both guilt and shame in the two intervention groups, whereas scores in the control group remained comparatively stable. For guilt, the mean score in the mindfulness-based stress reduction group decreased from 131.73±9.53 at pretest to 118.40±9.82 at posttest and was 121.13±9.92 at follow-up. In the emotion-focused therapy group, the corresponding scores were 133.73±13.57, 126.40±8.16, and 129.67±7.93. The control group demonstrated almost no change, with means of 133.67±10.04, 133.73±9.80, and 133.67±10.04 across the three occasions.

For shame, the mindfulness group decreased from 53.07±14.67 at pretest to 36.47±12.89 at posttest and 41.87±14.26 at follow-up. The emotion-focused therapy group decreased from 54.80±6.45 to 43.20±9.72 and subsequently 45.53±7.68, while the control group remained relatively stable at 54.87±14.33, 55.13±12.49, and 53.67±11.50.

Box's M test was statistically significant for guilt (M=23.686, F=1.767, p=.048) and shame (M=42.873, F=3.199, p<.001), indicating violation of the homogeneity of covariance matrices assumption. Because the three groups had equal sample sizes, the inferential analyses were nevertheless continued.

A statistically significant between-group effect was identified for guilt, $F(2,42)=8.135$, $p=.001$, partial $\eta^2=.279$. Pairwise comparisons showed that the mindfulness-based stress reduction group had significantly lower guilt than the control group, with a mean difference of -9.93 (SE=2.49, p=.001, 95% CI [-16.14, -3.73]). The difference between mindfulness-based stress reduction and emotion-focused therapy was not statistically significant (mean difference=-6.18, p=.051), nor was the difference between emotion-focused therapy and the control group (p=.416).

The between-group effect for shame was also statistically significant, $F(2,42)=4.395$, $p=.018$, partial $\eta^2=.173$. Pairwise comparisons indicated significantly lower shame in the mindfulness-based stress reduction group than in the control group, with a mean difference of -10.76 (SE=3.67, p=.016, 95% CI [-19.89, -1.62]). No statistically significant difference was found between mindfulness-based stress reduction and emotion-focused therapy (p=.828), and the difference between emotion-focused therapy and the control group was also nonsignificant (p=.222).

Discussion and Conclusion

The findings indicate that mindfulness-based stress reduction was associated with significantly lower levels of both guilt and shame compared with the control condition. The descriptive pattern also showed reductions in both outcomes following emotion-focused therapy; however, these reductions were not statistically significant relative to the control group. Most importantly, direct comparisons between the two active interventions did not reveal statistically significant differences. Consequently, the results do not support a definitive conclusion that one active treatment is superior to the other.

The favorable pattern observed for mindfulness-based stress reduction may be explained by its emphasis on nonjudgmental awareness and acceptance. Mothers of children with intellectual disabilities may repeatedly experience thoughts involving personal responsibility, perceived inadequacy, concerns about social judgment, and negative evaluations of their maternal role. When such thoughts are automatically treated as objective truths, they may maintain guilt, shame, and self-criticism. Mindfulness practice can alter this process by enabling participants to observe distressing thoughts and emotions without immediately identifying with them or reacting to them. This may reduce the intensity of self-blaming cognitive cycles and create greater psychological distance from negative evaluations.

The reduction in shame may be particularly relevant because shame involves a negative evaluation of the entire self rather than merely dissatisfaction with a specific behavior. Learning to observe internal judgments without immediately endorsing them may weaken beliefs concerning personal defectiveness, inadequacy, or unworthiness. At the same time, greater acceptance of difficult emotional experiences may reduce avoidance and enable mothers to remain engaged in family and social roles despite distressing internal experiences.

The absence of statistically significant superiority of mindfulness-based stress reduction over emotion-focused therapy is also noteworthy. Both interventions address emotional functioning, although through different mechanisms. Mindfulness-based stress reduction emphasizes awareness, acceptance, and reduced reactivity, whereas emotion-focused therapy encourages active access to and transformation of difficult emotional experiences. These different pathways may ultimately converge on improved emotional regulation and reduced self-critical responding. The relatively small sample size may additionally have limited the statistical power required to identify modest differences between two active treatments.

The nonsignificant difference between emotion-focused therapy and the control group should therefore be interpreted cautiously. Emotion-focused work may require sustained activation and processing of deeply rooted emotional experiences. Shame and guilt that have developed over prolonged periods of caregiving and social evaluation may be embedded in complex emotional meanings and may require longer therapeutic exposure before clear between-group differences emerge. The descriptive reductions observed in the emotion-focused therapy group suggest the possibility of clinically relevant change that should be examined in larger studies with longer intervention and follow-up periods.

Overall, the present findings suggest that mindfulness-based stress reduction is a useful intervention for reducing guilt and shame among mothers of children with intellectual disabilities. Emotion-focused therapy also demonstrated favorable descriptive changes, but statistically significant superiority over the control condition was not established in this sample. Because the two active interventions did not differ significantly from each other, treatment selection should not be based on an assumption of definitive superiority. Instead,

clinicians may consider individual characteristics, dominant emotional problems, preferences for acceptance-oriented versus emotionally experiential work, readiness for intensive emotional processing, and short- versus long-term therapeutic goals. Future studies with larger samples, longer treatment courses, and extended follow-up assessments are required to determine the durability of these effects and to clarify which mothers may benefit most from each therapeutic approach.

فهرست منابع

References

Dehghan, N., Sharifi, T., & Ahmadi, R. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Emotion-Focused Therapy on Mental Rumination in Cardiovascular Patients. *Razi Journal of Medical Sciences*, *30*(7), 1-12.

Dehghan, N., Sharifi, T., & Ahmadi, R. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Emotion-Focused Therapy on Cognitive Flexibility in Cardiovascular Patients. *Sadra Medical Sciences*, *12*(2), 161-174.

Deserza, R., Putra, A., & Vedya, S. (2023). Global Prevalence and Epidemiological Trends of Intellectual Disability. *World journal of psychiatry*, *13*(4), 145-158.

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2024). *Unlocking the Emotional Brain: Memory Reconsolidation and the Psychotherapy of Transformational Change* (2nd ed.). Routledge.

Fernandez, M., & Liu, Q. (2023). The Impact of Shame and Social Stigma on Family Relationships. *Family Process*, *62*(1), 88-102.

Gilbert, P. (2024). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable & Robinson.

Hojatkhah, S. M., & Mesbah, I. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Internalized Shame and Social Adjustment of Mothers of Children with Intellectual Disability. *Psychology of Exceptional Individuals*, *6*(24), 153-180.

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (2023). The Impact of Shame on Maternal Caregiving Quality.

Kafinia, F., Sharifi, T., & Ghazanfar, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Based Mindfulness and Mentalization on Shame in Mothers of Educable Children with Intellectual Disability in Farsan. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *14*(1), 125-134.

Khanjani, M., Salehi, J., & Borjali, A. (2021). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Guilt in Mothers of Children with Burn Injuries. *Applied Psychology Quarterly*.

Mehdizadeh, A., Aliakbari Dehkordi, M., Nilforoushzadeh, M. A., Alipour, A., & Mansouri, P. (2020). The Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Socio-Physical Anxiety, Itching, and Psoriasis Severity in Patients with Psoriasis. *Journal of Psychological Science*, *19*(87), 349-359.

Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, *74*, 193-218. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047

Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., López-Ramón, M. F., & Alcantud-Marín, F. (2021). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Self-Compassion (SC) Training for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Trial in Community Services in Spain. *Children*, *8*(5), 316. https://doi.org/10.3390/children8050316

Rostampour Berenjestanki, N., Abbasi, M., & Mirzaeian, B. (2022). Effectiveness of Positive Psychotherapy on Caregiving Burden and Self-Criticism in Mothers of Children with Mild Intellectual Disability. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, *27*(4), 112-125.

Sattarzadeh, P., Rostampour, S., Ashna, N., & Bahrani, M. (2025). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination, Self-Criticism, and Feelings of Shame and Guilt in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, *14*(10), 261-270.

Sharbanee, J. M., & Greenberg, L. S. (2023). Emotion-Focused Therapy for Grief and Bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *22*(1), 1-21.

Shirani Bidabadi, S., Abedi, A., Mehryar, A., & Saberi, H. (2021). Development of a Structural Model of the Relationships between Self-Conscious Emotions (Shame and Guilt) and Negative Evaluation of Behavior in Mothers. *Applied Psychology Quarterly*, *15*(3), 401-425.

Su, L., Chen, H., & Lin, Z. (2023). Rise through Coping with Service Failures in Tourism. *Annals of Tourism Research*, *102*, 103643. https://doi.org/10.1016/j.annals.2023.103643

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2024). *Shame and Guilt*. Guilford Press.

Zafarani, M. (2023). *Mental Health and Social Functioning of Mothers of Children with Disabilities* Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch].