

Research Article

The Effectiveness of Resilience Training Integrated with Self-Compassion on Self-Talk and Psychological Distress in Mothers of Mentally Retarded Students

Authors

Saeede FooladiArdakani¹, Azadeh Choobforoushzadeh^{2*}

1. Master student in School Counseling Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. s.fuladi74@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
31/07/2022

Accept Date:
12/02/2023



Introduction: The birth of a child in any family can create a turning point in the life of any individual and lead to many changes. But births become problematic when they are born with a disability. The aim of this study was to evaluate The effectiveness of self-compassionate resilience training on self-talk and psychological distress in parents of mentally retarded students.

Method: This study was conducted with a quantitative approach and a quasi-experimental method using a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study consisted of all mothers of mentally retarded children in Ardakan. Using the available sampling method, 30 people were selected as a sample and randomly assigned to two groups of 15 people (experimental and control). Participants answered Kessler et al.'s (2002) Psychological Distress Questionnaire and Brin Tapet et al.'s (2008) Self-talk Questionnaire (STS). Compassionate integration training was also taught to mothers of mentally retarded children in Ardakan during 8 sessions of 1.5 hours. But the control group did not receive any intervention during the experiment. Finally, the research data were analyzed using analysis of covariance and at a significance level of 0.05.

Result: The results showed that resilience training combined with self-compassion had a significant effect on self-talk and psychological distress of parents of students with mental disabilities ($P < 0.001$).

Discussion and conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that resilience education integrated with compassion can be a good option to improve the psychological status and mental health of mothers of students with intellectual disabilities.

Keywords

Self-Compassion, Self-Talk, Psychological Distress, Intellectual Disabilities.

Corresponding Author's E-mail

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

نویسندگان

سعیده فولادی اردکانی^۱، آزاده چوب‌فروش‌زاده^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. s.fuladi74@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: تولد فرزند در هر خانواده می‌تواند نقطه عطفی در زندگی هر فرد ایجاد کرده و تغییرات زیادی را به دنبال داشته باشد. اما تولد زمانی مشکل‌ساز می‌شود که این تولد با معلولیت همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با به کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اردکان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) و خود‌گویی (STS) برین‌تاپت و همکاران (۲۰۰۸) پاسخ دادند. پس از انتخاب گروه‌ها، پروتکل آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود نیز طی ۸ جلسه (۱ ساعت و نیمه) به مادران کودکان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش آموزش داده شد؛ درحالی‌که اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول مدت آزمایش دریافت نکردند. در پایان نیز داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون تحلیل کوواریانس، در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته است ($P < 0/001$)؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود می‌تواند گزینه مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و سلامت روان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود می‌تواند گزینه مناسبی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و سلامت روان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی باشد.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۵/۰۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۱۱/۲۳



کلیدواژه‌ها

تاب‌آوری، شفقت به خود، خود‌گویی، پریشانی روان‌شناختی، کم‌توان ذهنی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

را نیز افزایش می‌دهد [۶].

پیشانی روان‌شناختی همچون سایر مشکلات روان‌شناختی تحت تأثیر ارزیابی‌های منفی قرار دارد به طوری که در پیشانی روان‌شناختی، باورهای ناکارآمد، نشخوارگری و خودگویی‌هایی که اغلب ماهیت منفی نیز دارد، شدت بیشتری دارند؛ بنابراین یکی از مؤلفه‌های مهمی که نقش زیادی را در پیشانی روان‌شناختی ایفا می‌کند، وجود خودگویی‌هایی^۱ است که فرد دارد. میلر^۲ خودگویی را به عنوان گفت‌وگویی درونی تعریف می‌کند که ممکن است با صدای بلند یا آهسته و بی‌صدا صورت گیرد و از طریق آن، فرد افکار و احساسات خود را تفسیر کند، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر دهد، به خود آموزش دهد یا خود را تقویت کند. همچنین خودگویی بر اساس آنچه افراد به خود می‌گویند (محتوای مثبت و یا منفی آن)، و شدت این خودگویی‌ها، بر رفتار و راهبردهای درگیر در فرایندهای ذهنی تأثیر متفاوتی خواهد داشت [۷]. خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت رابطه بیشتری با مشکلات روان‌شناختی، چون افسردگی، اضطراب، استرس و به طور کلی پیشانی روان‌شناختی دارد [۸]. از این رو افرادی که در معرض عوامل استرس‌زایی چون داشتن کودکان کم‌توان ذهنی قرار دارند، بسته به نوع خودگویی‌هایی که دارند، میزان متفاوتی از پیشانی روان‌شناختی را تجربه خواهند کرد.

وجود کودک کم‌توان ذهنی به خودی‌خود پیامدهای روانی زیادی به دنبال دارد که سلامت روان همه اعضای خانواده به ویژه مادر را تهدید می‌کند. اما در این شرایط، خطاهای شناختی فاجعه‌انگاری و نشخوار فکری به عنوان دو عامل تعیین‌کننده می‌تواند منجر به تشدید و تداوم افسردگی و اضطراب در مادران شوند. باید توجه کرد که نشخوار ذهنی می‌تواند با تولد کودک کم‌توان ذهنی آغاز شود و این استرس با عوامل دیگری همچون سرزنش خود، مشکلاتی که خانواده در تربیت فرزند خود دارد و همچنین دیدگاه و قضاوت اطرافیان تشدید شود. نشخوار ذهنی مهارت‌های حل مسئله را از بین می‌برد و فرد چنان درگیر مشکلات خود می‌شود که نمی‌تواند از چرخه افکار منفی بیرون بیاید. تداوم نشخوار ذهنی می‌تواند مشکلات جانبی

شیوع کودکان کم‌توان ذهنی، درصد قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد؛ به طوری که بر اساس آمارها در کشورهای در حال توسعه ۱۰ تا ۱۵ کودک در هر هزار کودک، ۱ تا ۳ درصد کودکان در جوامع غربی و به طور کلی ۱ درصد از جمعیت دنیا را کودکان دارای کم‌توانی ذهنی تشکیل می‌دهند. بر اساس تعریف پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری «اختلال‌های روانی» مشخصه اصلی ناتوانی ذهنی، نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی است [۱]. انجمن آمریکایی ناتوانی‌های ذهنی و رشدی به افرادی که بهره هوشی آنها دو انحراف پایین‌تر از متوسط قرار داشته باشند، حداقل در دو مهارت از مهارت‌های رفتارسازی مثل مهارت‌های خودیاری و اجتماعی‌شدن مشکل دارند و مشکلات آنها پیش از سن ۱۸ سالگی به وجود آمده باشد، ناتوان ذهنی می‌گوید [۲]. مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه امروزه با رشد علم، از میزان تولد کودکان دارای معلولیت ذهنی کاسته شده است؛ اما مسئله کم‌توانی ذهنی کودکان، همچنان در برخی از تولدها و به خصوص در اقصای کمتر برخوردار جامعه وجود دارد و این نقص بر ابعاد مختلف زندگی این خانواده‌ها تأثیرات منفی زیادی دارد.

والدین کودکان کم‌توان ذهنی، به صورت مداوم حامل هیجانات و احساسات منفی بوده و در نتیجه همواره مستعد بروز رفتارهای مخرب ناشی از این هیجانات و احساسات منفی هستند [۱]. ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی که افراد ممکن است به صورت موقت یا دائم در واکنش به فشارها و مشکلات زندگی از خود نشان دهند را پیشانی روان‌شناختی می‌گویند. این ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی می‌تواند به صورت نشانه‌هایی از استرس، افسردگی و اضطراب خود را نشان دهد [۳]. والدین کودکان کم‌توان ذهنی، پیشانی روان‌شناختی بیشتری نسبت به سایر اعضای خانواده نشان می‌دهند، چراکه آنها مراقبان اصلی فرزند خود هستند [۴].

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که هرچند این افراد بر اساس میزان باورهای منفی، با احساسات و هیجانات متفاوتی نیز مواجه خواهند بود [۵]، ولی وجود هیجانات و احساسات منفی و نموده‌های رفتاری آن از عوامل مخرب سلامت روان در این افراد بوده و پیشانی روان‌شناختی آنان

1 . self- talk

2 . Miller

هستند که درمانگر مراجعان خود را در معرض چند موضوع، اطلاعات متنوع و گسترده‌ای برای دستیابی به هدف مدنظر قرار می‌دهد. از آنجاکه در بسیاری از فرهنگ‌ها مشکلات ناشی از تولد فرزند معلول را به والدین و به‌خصوص مادر نسبت می‌دهند، از این‌رو علت پریشانی روان‌شناختی و خود‌گویی‌های منفی در این افراد می‌تواند ریشه در عدم شفقت به خود^۱ داشته باشد. گیلبرت^۲ اساس مفهوم شفقت به خود، ملاحظت با خود همراه با آگاهی عمیق از رنج خود و دیگر افراد و تلاش برای رهایی از رنج توصیف کرده است. شفقت به خود یکی از ظرفیت‌های بشر است تا رنج‌هایش را تسکین و شجاعت لازم را برای مواجهه با دشواری‌های زندگی به او بدهد. گیلبرت شفقت به خود را سازه‌ای شامل محبت به خود در برابر قضاوت و پذیرش نواقص و محدودیت‌های خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی و آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال در مقابل همانندسازی افراطی مطرح می‌کند که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شود [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهند افرادی که به خود و دیگران شفقت می‌ورزند، کمتر دچار اضطراب و شکست در موقعیت‌های فاجعه‌بار و تنش‌زا می‌شوند. شفقت به خود سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های تنش‌زا و نگران‌کننده‌ای چون داشتن کودک کم‌توان ذهنی است [۱۵]. در مقابل، افراد دارای شفقت به خود پایین دارای خودانتقادی و قضاوت خود بالا و خود مهربانی پایین هستند. آنها اکثر ناکامی‌ها و شکست‌ها را مختص خودشان می‌دانند [۱۶].

بررسی‌ها نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری بر احساس تنهایی و اضطراب [۱۷]، سلامت روان [۱۸] و استرس مؤثر است. همچنین نتایج مطالعات مختلف حاکی از اثربخشی شفقت به خود بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی [۱۹]، تحمل پریشانی [۲۰] و بهزیستی روان‌شناختی [۲۱] است. باین‌وجود مرور پیشینه پژوهش حاکی از عدم توجه پژوهشگران به آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خود‌گویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی است، به‌طوری که پیشینه‌ای در رابطه با موضوع پژوهش حاضر در

بسیاری را به وجود بیاورد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. آموزش خودشفقتی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند یک نگرش مثبت و خودمراقبانانه را در آنها ایجاد کند و یک عامل محافظ محسوب می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که آموزش شفقت به خود منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی، افزایش مداخلات خودتنظیمی و رفتار هدفمند می‌شود و مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند همانند سایر روش‌های تغییر رفتار در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر واقع شود. زمانی که اتفاقات ناخوشایند رخ می‌دهد، شفقت به خود می‌تواند مؤثر واقع شود و نگرش مثبتی در جهت تقویت انعطاف‌پذیری عاطفی به شمار می‌آید. بین نگرش مثبت نسبت به خود با اختلال‌های عاطفی و روانی کمتر و تاب‌آوری بالاتر در مقابل حوادث استرس‌زا همبستگی وجود دارد [۹].

از آنجاکه وجود کودکان کم‌توان ذهنی در خانواده با مشکلات زیادی برای اعضای خانواده همراه است، ضرورت استفاده از یک مداخله درمانی که بتواند والدین را در برابر این مشکلات تاب‌آورتر کند می‌تواند از میزان پریشانی روان‌شناختی و خود‌گویی‌های منفی آنان بکاهد، احساس می‌شود. تاب‌آوری یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار، توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی [۱۰]، قدرت بازگشت و فرایند پویای سازگاری و رشد به شیوه مثبت در برابر شرایط تهدیدکننده و توانایی ترمیم خویشتن [۱۱]، ظرفیت یک سیستم پویا برای سازگاری موفقیت‌آمیز با اختلالات و حفظ نشاط و سلامت روانی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند و سازوکار خود اصلاح‌گری تعریف شده است [۱۲]. تاب‌آوری مدل خطی ساده‌ای است که بر اساس آن فرد باید از میان مراحل هماهنگی بیولوژیکی، روانی و معنوی، تعامل با فوریت‌های زندگی، تخریب‌ها، آمادگی و انتخاب برای انسجام مجدد به صورتی تاب‌آورانه، برگشت به تعادل یا فقدان عبور کند. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند که در پی بروز شرایط پرخطر یا پس از عقب‌نشینی، بتوانند سازگار شوند و کارکرد قبلی خود را بازیابند [۱۳].

اما به نظر می‌رسد والدین کودکان کم‌توان ذهنی علاوه بر تاب‌آوری نیاز به آموزش مهارت‌های بیشتری دارند. بسیاری از محققان در این شرایط درمان‌های ادغام‌شده را پیشنهاد می‌کنند. درمان‌های ادغام‌شده، نوعی از مداخله

1 . Self-Compassion

2 . Gilbert

خودانتقادی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این آزمون پاسخ‌دهنده میزان خودگویی خود را بر اساس مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای از ۱ به هیچ‌وجه تا ۴ خیلی زیاد درجه‌بندی می‌کند. به منظور نمره‌گذاری مقیاس خودگویی ابتدا نمره ۱ را برای پاسخ هرگز، نمره ۲ برای پاسخ به ندرت، نمره ۳ برای پاسخ گاهی، نمره ۴ برای اغلب مواقع، نمره ۵ برای پاسخ تقریباً همیشه اختصاص داده می‌شود. نمره خودگویی فرد نیز از جمع تمامی امتیازات به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودگویی بالاتر است. برین تاپت و همکاران [۲۲] با استفاده از روش آلفای کرونباخ همسانی درونی مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین اعتبار آزمون - بازآزمون این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۶۶ و برای هر عامل به ترتیب ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی و خودانتقادی ۰/۶۹، ۰/۵۴، ۰/۵۰، و ۰/۶۲ به دست آوردند. در ایران خدایاری‌فرد، اکبری زردخانه، زینالی و قهوه‌چی [۲۳] در پژوهشی که به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس انجام دادند مشخص کردند که ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۶۷ برای مؤلفه ارزیابی اجتماعی و ۰/۷۳ برای مؤلفه خودمدیریتی بود. این پژوهش همچنین روایی هم‌گرا و واگرای این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. پایایی پرسشنامه نیز در این مطالعه ۰/۹۴ گزارش شده است.

۲) پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر و همکاران به منظور سنجش اختلالات روانی با ۱۰ سؤال طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه نشانه‌های روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ‌وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. اندرسون^۱ و همکاران پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط کسلر و همکاران، ۰/۹۳ گزارش شد. یعقوبی نیز در ایران در پژوهشی روایی

دسترس قرار نگرفت. از سوی دیگر عمده پژوهش‌های انجام‌شده در جوامعی متفاوت با والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده و در ابزار و روش نیز با مطالعه حاضر متفاوت است. لذا با توجه به خلأ پژوهش، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان طرح‌ریزی و انجام شده است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی است. طرح نیمه‌آزمایشی مورد استفاده در پژوهش طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه است

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اردکان در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند؛

ب) نمونه پژوهش: در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین منظور از بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی که فرزند آنها در مدارس استثنایی شهر اردکان مشغول به تحصیل بودند و سایر معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند، ابتدا تعداد ۳۰ مادر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و گواه) قرار گرفتند. معیارهای ورود در این پژوهش داشتن کودک کم‌توان ذهنی، تمایل به شرکت در جلسات، رعایت قوانین گروه و معیارهای خروج نیز عدم پایبندی به قوانین گروه، غیبت بیش از یک جلسه و عدم تمایل برای شرکت در جلسات بود.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه خودگویی

پرسشنامه خودگویی^۱ توسط برین تاپت و همکاران^۲ [۲۲] توسعه داده شده است. این مقیاس یک آزمون خودسنجی مداد کاغذی بوده و دارای ۱۶ سؤال است که ۴ عامل ارزیابی اجتماعی، خودتقویتی، خودمدیریتی و

3 . Anderson

1 . STS

2 . Brinthaupt, T, M., Hein, M, B., & Kramer, T, E

اولین جلسه (معارفه) به پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناسی، خودگویی و پریشانی روان‌شناختی به صورت انفرادی پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب‌شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان، این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بر اساس پروتکل تاب‌آوری پنسلوانیا (گیلهام و همکاران) [۲۵] و شفقت به خود گلبرت [۲۶] طراحی شده است. اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. روایی محتوایی این بسته آموزشی با استفاده از نظرخواهی سه تن

پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد. همچنین پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده است. فرازند و ابراهیمی [۲۴]، پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۹ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش با مراجعه به مدارس استثنایی شهرستان اردکان از بین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که به شرکت در پژوهش علاقه‌مند بودند ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در هر گروه ۱۵ نفر آزمودنی شرکت داشتند که در

جدول ۱. خلاصه آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، تشریح برنامه آموزشی تاب‌آوری، آشنایی با اصول کلی درمان CFT و تمایز شفقت با تأسف برای خود؛ ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی، تکمیل پیش‌آزمون
دوم	آموزش الگوی رابطه بین حالت‌های هیجانی متعاقب رویارویی با رخدادهای منفی با نظام باورهای فرد بر اساس الگوی پیشنهادی الیس، آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تکالیف خانگی
سوم	ارزیابی الگوی اسنادی افراد در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی و ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، مجادله و مقابله با نگرش‌ها و باورهای فاجعه‌پندارانه، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت یا غیرشفقت» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن مشفقانه» (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، تشخیص سبک‌های رفتاری، آموزش برقراری ارتباط پویا آشنایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقتانه» بخشش، پذیرش بدون قضاوت، صندلی مشفقانه، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجهه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش مراحل پنج‌گانه مهارت‌های حل مسئله، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، وزش مهارت‌های اجتماعی همدلی، ابراز وجود یا جرأت‌ورزی، و مذاکره، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت»
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره و تکمیل پس‌آزمون

تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۶ انجام شد.

نتایج

نتایج جدول ۲ بیانگر اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل است. با توجه به جدول در گروه آزمایش از مجموع ۱۵ آزمودنی ۱۲ نفر (۸۰/۰۰ درصد) خانه‌دار و ۳۴ نفر (۲۰/۰۰ درصد) نیز شاغل بوده‌اند. همچنین از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه گواه، ۱۱ نفر (۷۳/۳۰ درصد) خانه‌دار و ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) نیز شاغل بوده‌اند. همچنین از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه آزمایش تحصیلات ۷ نفر (۴۶/۶۰ درصد) کمتر از دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۰)، بالاتر از لیسانس بوده است و از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه گواه، تحصیلات ۶ نفر (۴۰/۰ درصد) کمتر از دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۶/۷۰)، بالاتر از لیسانس بوده است. میانگین سنی گروه آزمایش برابر ۳۴/۲۷ و میانگین سنی گروه گواه ۳۳/۲۰ بوده است.

اعضای هیئت علمی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه اردکان در ارتباط با اهداف و محتوای هر یک از جلسات تأیید شده است. جلسات مداخله شامل ۸ جلسه (۱ ساعت و نیم) بود. تمام آزمودنی‌ها در تمام جلسات مداخله شرکت کردند و بنابراین ریزش نمونه وجود نداشت. در جدول ۱ محتوای جلسات درمان ارائه شده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

با توجه به اینکه پژوهشگر قصد داشت، تأثیر آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود را بر دو متغیر وابسته یعنی خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار دهد. در این راستا برای کنترل تأثیر متغیر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس (به‌طور خاص) و در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه گواه (فراوانی - درصد)	گروه آزمایش (فراوانی - درصد)	متغیر	
۱۱ (۷۳/۳۰)	۱۲ (۸۰/۰)	خانه‌دار	شغل
۴ (۲۶/۷۰)	۳ (۲۰/۰)	شاغل	
۶ (۴۰/۰۰)	۷ (۴۶/۶۰)	کمتر از دیپلم	تحصیلات
۴ (۲۶/۷۰)	۲ (۱۳/۳۰)	دیپلم	
۴ (۲۶/۷۰)	۴ (۲۶/۷۰)	لیسانس	
۱ (۶/۷۰)	۲ (۱۳/۳۰)	بالاتر از لیسانس	
۶/۵۵±۳۳/۲۰	۵/۴۳±۳۴/۲۷	میانگین ±انحراف معیار	سن

پس‌آزمون به ترتیب ۴۲/۷۳ و ۳/۱۲ است. این شاخص‌های آماری برای گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۰/۶۷ و ۲/۴۱ و در پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۴۰ و ۲/۳۲ است.

جدول ۳ به مشخصات توصیفی متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون مربوط می‌شود و نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودگویی آزمودنی‌های گروه آزمایش، در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر ۳۷/۴۷ و ۴/۷۹ و در مرحله

1. Statistical package for social science (Version 26)

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	متغیر	
		گروه	
میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار		
۲۶/±۶۷ ۳/۰۸	۳۲/±۸۷ ۵/۰۸	آزمایش	پریشانی روان‌شناختی
۳۳/±۸۰ ۵/۴۸	۳۴/±۴۰ ۵/۳۹	گواه	
۴۲/±۷۳ ۳/۱۲	۳۷/±۴۷ ۴/۷۹	آزمایش	خودگویی
۳۹/±۴۹ ۳/۵۶	۳۸/±۵۳ ۴/۴۲	گواه	

به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد کنند، به بررسی آنها پرداخته شد.

در این پژوهش به‌منظور آزمون فرضیات از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چندمفروضه اصلی و مهم است.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون‌ها

گروه کنترل			گروه آزمایش			نرمال بودن توزیع نمرات
معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۱۴۲	۱۵	۰/۹۱۱	۰/۰۶۰	۱۵	۰/۸۷۵	پریشانی روان‌شناختی
۰/۰۸۶	۱۵	۰/۸۹۷	۰/۰۷۵	۱۵	۰/۸۹۳	خودگویی

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌های خطا دو گروه

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	شاخص	
				متغیر	پریشانی روان‌شناختی
۰/۷۸۷	۲۸	۱	۰/۷۴		
۰/۳۵۴	۲۸	۱	۰/۸۸۸		خودگویی

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که نتایج آزمون لوین در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی معنادار نیست ($p > 0.05$). بر این اساس، واریانس گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی به‌طور معناداری متفاوت نبود و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون باکس در مورد فرض تساوی کواریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته

مقدار M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۸/۰۷۵	۲/۴۸۳	۳	۱۴۱۱۲۰/۰۰	۰/۰۵۹

با توجه به جدول ۴، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی تأیید می‌شود ($p > 0.05$). یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید می‌شود.

با توجه به جدول ۵ سطح معناداری در آزمون ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ است لذا فرض تساوی کواریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته تأیید می‌شود.

کواریانس چندمتغیری برقرار است، این تحلیل در این پژوهش قابل اجراست.

جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). بر این اساس می‌توان بیان کرد در این پژوهش دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (خودگویی و پریشانی روان‌شناختی) در پس‌آزمون بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۴ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. برای پی‌بردن به تفاوت‌های تک‌متغیر، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا انجام شد که نتایج آن در جدول‌های ۹ و ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معناداری
پریشانی روان‌شناختی	تعامل	۰/۱۱۹	۰/۲۲۷
خودگویی	گروه * پیش‌آزمون	۰/۰۷۹	۰/۳۷۲

در جدول ۷ مشاهده می‌شود که مقدار F تعامل کواریت‌ها (پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و خودگویی معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است. در مجموع با توجه به اینکه در مفروضه‌های اصلی تحلیل

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

شاخص آزمون	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی ^۱	۰/۷۴۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۲۵۷	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ ^۳	۲/۸۹۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی ^۴	۲/۸۹۳	۳۶/۱۶۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱/۰۰۰

جدول ۹. نتایج حاصل از تحلیل متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون خودگویی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدأ	۸۶/۱۱۶	۱	۸۶/۱۱۶	۲۲/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	۰/۹۹۵
گروه	۱۰۶/۹۲۱	۱	۱۰۶/۹۲۱	۲۷/۴۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۰/۹۹۹
خطا	۱۰۱/۱۰۳	۲۶	۳/۸۸۹				

جدول ۱۰. نتایج حاصل از تحلیل متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عرض از مبدأ	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰/۹۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
گروه	۲۴۹/۵۷۲	۱	۲۴۹/۵۷۲	۴۳/۰۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	۱/۰۰۰
خطا	۱۵۰/۶۵۷	۲۶	۵/۷۹۵				

1. Pillai & Trace
2. Wilks Lambda
3. Hotelling & Trace
4. Roy & Largest Root

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۹، آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت بر خودگویی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته و آن را افزایش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۵۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۱۰ آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت بر پریشانی روان‌شناختی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی تأثیر معناداری داشته و آن را کاهش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۲ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شد که یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون خودگویی و پریشانی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین پس از اجرای این آموزش طی ۸ جلسه، گروه آزمایش به‌طور معناداری در پس‌آزمون خودگویی بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن بهبود یافته است. همچنین این گروه به‌طور معناداری در پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن کاهش یافته است.

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش به‌گونه‌ای با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش حسینی قمی و جهان‌بخشی [۲۷]، مهدوی و همکاران [۲۸]، شیخ‌الاسلامی و سید اسماعیلی قمی [۲۹]، پورحسینی و همکاران [۳۰]، نصیرزاده و همکاران [۳۱]، صادقی، سپهوندی و رضایی‌فر [۳۲]، اروین و همکاران، ضمیری‌نژاد و همکاران [۳۳]، درویش‌زیر و همکاران [۳۴]، همسو است. برای مثال حسینی قمی و جهان‌بخشی [۳۵] نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی مؤثر است. نتایج مطالعه مهدوی و همکاران [۳۶] نیز حاکی از اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم بود. اگرچه مطالعات مذکور در جامعه، روش و ابزار و نوع مداخله تفاوت‌هایی نیز با مطالعه حاضر دارند اما به‌طور کلی نتایج این مطالعات نیز نشان می‌دهد که بهبود مهارت‌های

تاب‌آوری در کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر است. در توضیح یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت بر اساس تعریف خودگویی گفت‌وگویی درونی است که افراد با استفاده از آن افکار و احساسات خود را تفسیر کرده و ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهند، به خود آموزش می‌دهند و یا خود را تقویت می‌کنند [۳۷]. اما این خودگویی‌ها می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد باشد، و بر این اساس در خدمت سلامت روان یا مانعی برای آن باشند. خودگویی‌های منفی اصولاً بار هیجانی منفی دارند؛ یعنی در آن افراد یا خود و یا دیگران را سرزنش می‌کنند. این ویژگی با عنوان عدم شفقت به خود شناخته می‌شود. برای مادران کودکان کم‌توان ذهنی این خودگویی‌ها بیشتر در جهت انتقاد از خود بود. مادران از خود این انتقاد را داشتند که چرا فرزند معلولی را به دنیا آوردند؟ یعنی باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد که پیامدهای هیجانی، جسمی و رفتاری منفی زیادی را به دنبال داشته و نگاهی غیرمشفقانه به خود و دیگری دارد. بنابراین در جلسات بر مهارت‌هایی چون تقویت من مشفق تأکید شد تا مادران بتوانند محتوای مهربانانه‌ای را با خود بگویند.

نشخوار ذهنی نقشی واسطه‌ای در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی بازی می‌کند [۳۸]. با توجه اینکه بیشتر مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خود را در تولد کودک خود مقصر می‌دانند معمولاً احساس گناه را تجربه کرده و با سرزنش کردن خود زمینه اضطراب، وسواس و افسردگی را در خود ایجاد می‌کنند [۳۹]. طبق پژوهش‌های انجام‌شده عامل کلیدی و تأثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، استفاده از سازه‌های هشیارکننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است؛ زیرا مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند. حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی، فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک، ناراحت‌کننده، نزدیکی و مهربانی سوق می‌دهد و فرد را برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود آماده می‌کند که این مسئله می‌تواند در کاهش نشخوار فکری و افسردگی مؤثر باشد [۴۰]. عامل خودشفقت‌ورزی می‌تواند به‌عنوان عامل محافظت‌کننده مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در برابر خودسرزنش‌گری باشد و افکار منفی را کاهش دهد [۴۱]. در پژوهش حاضر با

روان‌شناختی در آنها منجر شد. وجود احساس گناه در این مادران و سرزنش خود به دلیل تولد فرزند کم‌توان ذهنی نشان‌دهنده عدم مهربانی با خود در این مادران بود. این مادران احساسات منفی زیادی را با خود حمل می‌کردند که از مواجهه با آن نیز هراس داشتند؛ بنابراین در مداخله آموزشی مادران آموختند با رویارویی با احساسات منفی خود، مهربانی و شفقت با خود را افزایش دهند. شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدیدآوردن تمایلی در خود برای تسکین رنج‌های خود و بهبودی آنها از طریق مهرورزی و صمیمیت با خود. به عبارت دیگر مهرورزی به خود نوعی همدلی و فهم غیرقضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به‌عنوان بخش بزرگ‌تری از تجارب انسانی ببیند [۴۴].

مسئله دیگری که لزوم آموزش مهارت‌های شفقت به خود را نیز نشان داد روابط مخدوش بین این مادران با اطرافیان خود و به‌خصوص همسر بود. در این رابطه تقویت آگاه‌بودن به نتایج مهربانی به خود و اطرافیان سبب شد تا مادران بیاموزند با واقعیت‌های زندگی خود مواجه شده و به جای فرار از آن و یا احساس خصومت نسبت به اطرافیان‌شان، روابط بین فردی خود را بهبود بخشند. شفقت به خود با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد و افرادی که دارای خودشفقتی بالاتری هستند؛ در حل تعارض‌های بین فردی سازش بیشتری از خودشان نشان داده و آشفتگی‌های عاطفی کمتری را بروز می‌دهند [۴۵].

در جلسات آموزشی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموختند که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به معنی بی‌ارزش بودن نیست و آنها نیز می‌توانند با پذیرفتن خود به‌عنوان فردی ارزشمند، اهمیت‌قائل شدن برای خود و توانایی‌هایشان، بی‌قید و شرط دوست داشتن خود و سعی در شناخت نقاط مثبت خویشتن و پرورش دادن آنها و از طرف دیگر شناخت نقاط ضعف خود و کتمان نکردن آنها، و علاوه بر آن سعی در برطرف کردن این نارسایی‌ها به جای تسلیم شدن احساس ارزشمندی را تجربه کنند.

در جلسات درمانی مادران آموختند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بلکه در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند [۱۱]. همچنین در این جلسات بر

به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت باعث شد که مادران توانایی بیشتری برای خودشفقت‌ورزی پیدا کرده و در نتیجه از حجم خودانتقادگری ناشی از پیامد داشتن کودک کم‌توان ذهنی نیز کاسته شد.

مهارت دیگری که این مادران نیاز داشتند شناسایی نخواستارهای ذهنی ناکارآمد خود بود. در الگوی الیس که در آموزش تاب‌آوری مورد استفاده قرار گرفت در ابتدا مادران با الگوی فکری خود، پیامدهای آن و همچنین خطاهای شناختی که داشتند آشنا شدند. از این رو مادران آموختند چگونه افکار ناکارآمدی که دارند و نخواستارهایی که در خصوص افکارشان با خود می‌کنند، باعث بروز هیجانات منفی، تغییرات بدنی ناخوشایند و رفتارهای ناکارآمد می‌شود. آشنایی و تمرین الگوی الیس و انجام تمریناتی که با شفقت به خود و دیگری تلفیق شده بود سبب شد تا این مادران خودگویی‌هایی کارآمد را ایجاد و تقویت کنند. بنابراین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با تکرار و تمرین تکالیف و مهارت‌های تاب‌آوری ادغام شده با شفقت به خود توانستند خودگویی‌های خود را در جهت یک زندگی مطلوب تقویت کنند.

درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانات عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش داده و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند [۴۲].

همچنین در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت پریشانی روان‌شناختی زمانی رخ می‌دهد که فرد ناراحتی خاص و وضعیت هیجانی سختی را به‌صورت موقت یا دائم در واکنش به فشارها و مشکلات زندگی از خود متحمل شود [۴۳]. در خانواده‌هایی با فرزند کم‌توان ذهنی با توجه به شدت و تکرار مشکلات، پریشانی روانی به‌طور قابل توجهی می‌تواند محتمل باشد. چراکه کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با کودکان عادی با مشکلات بیشتری همراه‌اند. این کودکان، بسیاری از کارهای شخصی خود را نمی‌توانند به‌طور کامل انجام دهند و در یادگیری مهارت‌های زندگی نیز به حمایت اطرافیان و از جمله مادر نیاز دارند. عدم مهارت‌های لازم در برخورد با این مشکلات باعث می‌شود که این مادران احساس درماندگی زیادی داشته باشند و به‌طور مکرر هیجانات منفی چون غم، استرس، خشم و تنفر و افکار منفی مانند احساس گناه، سرزنش خود، مقایسه و نشخوار ذهنی را تجربه کنند. عواملی که در مجموع به پریشانی

محدودیت‌ها و پیشنهاد‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب نمونه به شیوه دردسترس بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه خواهد کرد.

به دلیل عدم برگزاری دوره‌های پیگیری در این پژوهش، در مورد میزان با ثبات بودن تأثیرات درمان، نمی‌شود با قاطعیت اظهار نظر کرد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر حجم نمونه بیشتر و با برگزاری دوره پیگیری نیز انجام شود.

از آنجا که این مطالعه روی والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مذکور را روی خانواده‌های سایر کودکان و نوجوانان معلول نیز اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین کارکنان مدارس استثنایی شهر اردکان که در این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود. نتایج این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه اردکان است.

منابع

- ۱- گنجی، مهدی. روان‌شناسی کودکان استثنایی. تهران: نشر سالوان؛ ۱۳۹۹
- ۲- سه برادر، نسیم. «اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی و رفتارهای سازشی کودکان دارای کم‌توانی ذهنی خفیف» پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اردبیل ایران: دانشگاه محقق اردبیلی؛ ۱۴۰۰.
- 3- Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health, 172*, 1-7.
- ۴- بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ بخشی‌پور، عباس؛ علیلو، مجید؛ اقبالی، علی. «مقایسه تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی» فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. دوره ۹ شماره ۳۳، پاییز ۱۳۹۴: ۵۹-۴۳.

تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید شد که نقش مهمی در آرامش ذهنی مادران و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی آنها داشت [۴۶].

از طرف دیگر مطابق برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا که دارای دو مؤلفه اصلی شناختی و اجتماعی است. در بخش شناختی به تصحیح سبک‌های شناختی ناسازگار و سوگیری‌های مربوط به پردازش اطلاعات و آموزش خوش‌بینی پرداخته شد. با استفاده از الگوی الیس (۱۹۶۲؛ نقل از فررز و گیلهام، ۲۰۰۶) به مادران آموزش داده شد که چگونه باورهای مبتنی بر بدبینی را از طریق توجه به تفسیرهای جایگزین و بررسی شواهد موجود، به چالش بکشند [۴۷]. طبق این الگو، فعال‌سازی رخداد یا پیش‌آمد ناگوار به ایجاد باورهایی منجر می‌شود که در نهایت به بروز پیامدهای عاطفی یا رفتاری می‌انجامند. همچنین در جلسات درمان به معرفی عینی سبک‌های تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه پرداخته شد. مادران آموختند که چگونه باورهای کنونی خود را با معیار شواهد و قرائن موجود بسنجند و دقیق‌ترین باور را بر مبنای شواهد موجود انتخاب کنند و در نهایت با استفاده از فاجعه‌زدایی به ساختار بندی مجدد شناختی خود بپردازند. همچنین مهارت‌های رفتاری از قبیل جرأت‌ورزی، برقراری ارتباط مؤثر، ایجاد و تقویت مهارت‌های اجتماعی، تصمیم‌گیری و حل مسئله آموزش داده شد؛ و در هر جلسه جهت تأثیر بیشتر مطالب آموخته‌شده به آنها تکلیف منزل ارائه شد [۴۸].

در مجموع آموزش برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا با بهبود مهارت‌های شناختی و رفتاری توانست عواطف منفی را در مادران کاهش داده و بهبود پریشانی روان‌شناختی در آنها کمک کند.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش تاب‌آوری ادغام‌شده با شفقت به خود بر خودگویی و پریشانی روان‌شناختی در والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بود. بر این اساس این الگوی آموزشی می‌تواند به‌عنوان یک روش کارآمد در خصوص بهبود مهارت‌های والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد و به‌عنوان یک منبع آموزشی در اختیار مراکز آموزشی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی قرار داده شود.

- 14-Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Special Issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 97-201
- 15-Curry, O. S., Rowland, L. A., Van Lissa, C. J., Zlotowitz, S., McAlaney, J., & Whitehouse, H. (2018).
- ۱۶- ثابت دیزوهی، کیانا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ کافی ماسوله، سید موسی. «مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی» *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۴۵-۵۶.
- ۱۷- نصیرزاده، زیبا؛ رضایی، علی محمد؛ محمدی‌فر، محمدعلی. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دبیرستان» *مجله روان‌شناسی بالینی*. دوره ۲، تابستان ۱۳۹۷: ۲۹-۴۰.
- ۱۸- احمدی، رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز. «بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران» *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. دوره ۱۶، بهار و تابستان ۱۳۹۳: ۱-۱۷.
- ۱۹- پورحسینی دهکردی، راضیه؛ سجادیان، ایلناز؛ شعربافچی، محمدرضا. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک‌شده و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان» *فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. دوره ۸، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۹۸: ۳۷-۵۲.
- ۲۰- شجاعی، فاطمه. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش اخلاقی پرستاران». *دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم انسانی، تهران*.
- 21-Huang, J., Lin, K., Fan, L., Qiao, S., & Wang, Y. (2021). The Effects of a Self-Compassion Intervention on Future-Oriented Coping and Psychological Well-being: a Randomized Controlled Trial in Chinese College Students. *Mindfulness*, 12(6), 1451-1458.
- 22-Brinthaup, T, M., Hein, M, B., & Kramer, T, E. (2009). The self talk scale: Development, Factor analysis and Validation. *Journal of Personality Assessment*, 91, 82- 92.
- ۵- شریفی، مهدی؛ محمدامین‌زاده، دانا؛ سلیمانی صفت، عرفان؛ سودمند، نسرين؛ یونس، سید جلال. «ارتباط بین تفکر قطعی‌نگر با احساس تنهایی و افسردگی در سالمندان»: *مجله سالمندی ایران*، دوره ۳ شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۶: ۲۷۶-۲۸۷.
- ۶- کاوسی، علی؛ معینی قمچینی، وحید؛ بیکی، فروغ؛ خلیلی، غلامرضا؛ محمدی، غلامرضا؛ بیکی، فریبا. «بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی»، *نشریه پژوهش پرستاری*، دوره ۱ شماره ۱۲، زمستان ۱۳۹۶: ۳۵-۴۱.
- 7- Orvell, A., Vickers, B. D., Drake, B., Verduyn, P., Ayduk, O., Moser, J., ... & Kross, E. (2021). Does distanced self-talk facilitate emotion regulation across a range of emotionally intense experiences?. *Clinical Psychological Science*, 9(1), 68-78.
- 8- Furman, C. R., Kross, E., & Gearhardt, A. N. (2020). Distanced self-talk enhances goal pursuit to eat healthier. *Clinical Psychological Science*, 8(2), 366-373
- ۹- آقار، صدیقه؛ اکرمی، لیلا. «اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و شفقت به خود در مادران دارای کودک کم توان ذهنی خفیف». *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۲۰، شماره ۱، پیاپی ۳۸، بهار و تابستان ۱۴۰۱: ۴۵-۵۷.
- 10-Sagone, E & De Caroli, M. (2014). A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Wellbeing, and Coping Strategies in University Students. *American Journal of Educational Research*, 2(7), 463-471.
- 11-Loh, S, M, I., Schutte, N, S & Thorsteinsson, E, B. (2014). Be happy: The role of resilience between characteristic affect and symptoms of depression. *Journal Happiness Studies*, 15 (5), 1125- 1138
- 12-Masten, A. S. (2014). Ordinary majic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56(1), 227-238.
- 13-Manyena, B., Machingura, F& O'Keefe, P., (2019). Resilience Disaster Resilience Integrated Framework for Transformation (DRIFT): A new approach to theorizing and operationalizing Resilience. *World Development*, 123(1), 1-30

- ۲۳- خدایاری فرد، محمد؛ اکبری زردخانه، سعید؛ زینالی، شیرین. «فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی» دوره ۲، شماره ۲، بهار ۱۳۹۸: ۳۳-۵۴.
- ۲۴- فرازمنند، مهرانگیز؛ ابراهیمی، ساسان. «اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و تحمل ناکامی زنان نابارور». *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، دوره ۶۱، شماره ۱۶، زمستان ۱۳۹۷: ۳۲۰-۳۲۹.
- 25-Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., Silver, T. (1990). The Penn Resiliency Program. Unpublished manual, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- 26-Gilbert, P. (Ed.). (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. Taylor & Francis.
- 27-Gilbert, P. (2015). *Compassion focused therapy. The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, 127.
- ۲۸- برجعلی، محمود؛ رحمانی، سهیلا؛ ذاکرزاده، پریسا؛ زینالی، مریم. «اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان» *دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۲۵-۳۲.
- ۲۹- حسینی قمی، طاهره؛ جهان‌بخشی، زهرا. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی» *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره ۹، شماره ۴، بهار ۱۳۹۸: ۳۷-۴۶.
- ۳۰- مهدوی، آزاده؛ رضایی، فرحناز؛ حیدری شرف، پریسا؛ طالبی، رضوان. «اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری مادران دارای کودکان اختلال اوتیسم» *راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. دوره ۱، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۸: ۴۸-۳۶.
- 39-Orvell, A., Vickers, B. D., Drake, B., Verduyn, P., Ayduk, O., Moser, J., ... & Kross, E. (2021). Does distanced self-talk facilitate emotion regulation across a range of emotionally intense experiences?. *Clinical Psychological Science*, 9(1), 68-78.
- ۴۰- محمدپور، سمانه؛ تاجیک زاده، فخری؛ محمدی، نورالله. اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار

۴۷- برجعلی، محمود؛ رحمانی، سهیلا؛ ذاکرزاده، پریسا؛ زینالی، مریم. «اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان» دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۹، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۰: ۲۵-۳۲.

۴۸- کیامرثی، آذر؛ ظاهری فرد، مینا. «مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی» فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. دوره ۱۸، شماره ۱: ۴۲-۲۹

۴۹- شیرالی نیا، خدیجه؛ چلداوی، رحیم؛ امان‌الهی، عباس. «اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه» مجله روان‌شناسی بالینی. سال دهم، شماره ۱ (پیاپی ۳۷)، بهار ۱۳۹۷

50-Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatte, A.J., & Seligman, M. E. P. (2006). School-Based Prevention of Depression and Anxiety Symptoms in Early Adolescence. A Pilot of a Parent Intervention Component. *School Psychology Quarterly*, 21(3): 323-348.

۵۱- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ شکری، امید؛ مظاهری، محمدعلی؛ رحیمی‌نژاد، سید پیمان. «اثر بخشی برنامه تاب‌آوری پنسیلوانیا بر علائم افسردگی، اضطراب، استرس، نگرش‌های ناکارآمد و خوش‌بینی دانشجویان» فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال ۹، شماره ۴ (۳۶)، زمستان ۱۳۹۴، ۳۵-۱۹.

مبتلا به افسردگی. نشریه روان‌شناسی بالینی و شخصیت. سال شانزدهم، شماره بهار و تابستان ۱۳۹۷: ۱۹۸-۱۸۷

41-Cousineau, T.M., Hobbs, L.M., & Arthur, K.C. The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When

42-Caring for Children with Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Frontier in Psychology*. 2019; 10(5): 1602.

43-Cook, L., Mostazir, M., Watkins, E. Reducing Stress and Preventing Depression (RESPOND): Randomized Controlled Trial of Web-Based Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy for High-Ruminating University Students. *Journal of Medical Internet Research*. 2019; 21(5), 11349.

44-Robinson, S., Hastings, R.P., Weiss, J.A., & Pagavathsing, J. Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017; 31(5), 129, DOI: 10.1111/jar.12423

45-Abela, JRZ., & Hankin, BL. Cognitive renewability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In: Abela JRZ, Hankin BL editors. Handbook of depression in children and adolescents. *New York: Guilford press*. 2007; p. 35-75

46-Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., & Hudon, C. (2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public health*, 172, 1-7.