

The effectiveness of Compassion-Based Therapy for Depressive Symptoms, Rumination, and Self-Compassion in Mothers with Mild Intellectual Disability Child

Authors

Sedighe Aghalar¹, Leila Akrami^{2*}

1. Ph.D. Health Psychology, Rudaki School counselor, Semiram, Iran.

2. Ph.D., Psychology and Education of Children with Special Needs, Department of Psychology and Education, Yazd University, Yazd, Iran (Corresponding Author).

Abstract

Receive Date:
01/08/2021

Accept Date:
22/02/2022

Introductoin: The purpose of the present study was to examine the efficacy of positive psychotherapy based on belief to good on happiness, psychological well-being and satisfaction with life in subclinical depression.

Method: This research is semi-experimental and of pre-test-post-test type with control and follow-up groups. 30 mothers with children with mild disability child were selected by simple random sampling based on a lottery from the exceptional school of Semiram city and were placed in two control and experimental groups in the same way. The intervention sessions consisted of ten sessions performed for the experimental group. The data collection tool included Self-Compassion Scale (SCS), Neff (2003), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), 1961, and Rumination scale (RS), Nolan et al. (1991). These tools were given to both experimental and control groups, before and after the intervention and also during the follow-up period. Data were analyzed by SPSS-24 software, mean, standard deviation and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data.

Results: Findings from the present study showed that the experimental group (mothers with intellectually disabled children) compared to the control group, after the intervention, compassionate program to increase self-compassion ($P > 0.017$) decreased rumination ($P > 0.001$) and decreased depression ($P > 0.038$) in the mothers with intellectually disabled children. Also, the subjects' scores in the follow-up stage were stable on all scales.

Discussion and Conclusion: It is important to provide therapeutic interventions to reduce the mental problems of mothers with intellectually disabled children, including depression and rumination, and it will lead to a more appropriate treatment of mothers with these children.

Keywords

Compassion-Based Therapy, Depression, Rumination, Mild Intellectual Disability.

Corresponding Author's E-mail

lakrami@yahoo.com

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و شفقت به خود در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف

نویسندگان

صدیقه آقار، لیلا اکرمی^{۲*}

۱. دکتری روان‌شناسی سلامت، مشاور آموزشگاه رودکی، سمیرم، ایران
۲. دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: تولد کودک کم‌توان ذهنی، منجر به ایجاد مشکلات روانی متعدد برای والدین به ویژه مادران می‌شود. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی خفیف است.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. ۳۰ مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس قرعه‌کشی از مدرسه استثنایی رودکی شهرستان سمیرم انتخاب و به همین شیوه در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. مداخله شامل ده جلسه بود که برای گروه آزمایش اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه افسردگی (BDI-II) بک، (۱۹۶۱)، پرسشنامه نشخوار فکری (RS)، نولن و همکاران (۱۹۹۱) و فرم کوتاه شده پرسشنامه شفقت (SCS)، نف (۲۰۰۳) بود. این ابزارها به هر دو گروه آزمایش و کنترل، قبل و پس از مداخله و هم‌چنین در دوره پیگیری داده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار «SPSS-24» و شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه برنامه مبتنی بر شفقت، گروه آزمایش (مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی) نسبت به گروه کنترل، شفقت به خود ($P > 0/017$) در آن‌ها افزایش یافت، نشخوار فکری ($P > 0/001$) و افسردگی ($P > 0/038$) کاهش یافت. همچنین نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری در تمام مقیاس‌ها باثبات بود.

بحث و نتیجه‌گیری: ارائه مداخلات درمانی در جهت کاهش مشکلات روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از جمله افسردگی و نشخوار فکری حائز اهمیت است و منجر به برخورد مناسب‌تر مادران با این کودکان خواهد شد.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۰/۰۵/۱۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۰/۱۲/۰۳

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر شفقت، افسردگی، نشخوار فکری، کم‌توان ذهنی خفیف

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

lakrami@yahoo.com

مقدمه

در برخی اختلال‌های هیجانی نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب فراگیر مشاهده می‌شود [۹]. نشخوار فکری، دسته‌ای از افکار آگاهانه هستند که حول محور مشخص می‌چرخند و بدون تقاضاهای محیطی وابسته به آن‌ها، تکرار می‌شوند. این افکار تکرار شونده اند، مانع حل مسئله می‌شوند و به افزایش افکار منفی می‌انجامند. نشخوار ذهنی پدیده‌های صفت‌گونه و ثابت است و به عنوان نوعی سبک پاسخ مطرح است که موجب تمرکز و توجه شخص به علل، معنا و نتایج علائم افسردگی می‌گردد و این پدیده پنج ویژگی، ثبات، صفت‌گونه بودن، تمرکز بر خود، تکراری بودن و عود کنندگی را دارد [۱۰]. فرد دچار نشخوار فکری، بیشتر درگیر مرور خاطرات منفی خود است. او وقایع را منفی تفسیر می‌کند و از این رو رضایت خاطر او از زندگی کاهش می‌یابد و دیدگاهی بدبینانه نسبت به زندگی پیدا می‌کند. این حالت‌ها باعث تشدید خلق افسرده می‌شوند [۱۱-۱۲]. افسردگی، ترکیبی از احساس غمگینی، تنهایی، تحریک پذیری، بی‌ارزشی و ناامیدی و گناه را با آرایه‌ای از نشانه‌های جسمی به همراه دارد و محققان به طور مکرر از ارتباط بین نشخوارگری و افسردگی حمایت کرده‌اند [۱۳].

به طور کلی پیامدهای منفی نشخوار ذهنی شامل عاطفه منفی و علائم افسردگی شدید و طولانی مدت، تفکر با سوگیری منفی، کمبود انگیزه، اختلال در تمرکز و شناخت، افزایش استرس عنوان شده است. همچنین نشخوار فکری باعث کاهش رفتارهای موثر و انطباقی می‌شود و افرادی که در چرخه نشخوار فکری گرفتار شده‌اند، رفتارهایی را که باعث ایجاد حس کنترل و دریافت تقویت از سوی دیگران می‌شود را کمتر انجام می‌دهند و این حالت باعث درماندگی و ناامیدی بیشتر آن‌ها می‌شود [۱۶]. ممکن است مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی از خطای ذهنی فاجعه‌سازی استفاده کنند و شرایط را بسیار وحشتناک و غیرقابل تحمل تفسیر کنند و از طریق ارزیابی مبالغه آمیز و غیرعقلانی، به احساس درماندگی، ناتوانی در حل مشکل و افسردگی برسند. وجود کودک کم‌توان ذهنی به خودی خود 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 [۱۴].

خود شفقتی به معنای فکرکردن به عواطف، رفتارها و افکار خویشتن است و افراد را به سمتی می‌برد که کاملاً با

تولد کودکان با نیازهای ویژه، همراه خود مشکلات جدید و مضاعفی را برای والدین به دنبال دارد. مراقبت‌های پزشکی و نیازهای مراقبتی و آموزشی به نوبه خود می‌تواند سازگاری خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای ویژه را تحت تاثیر قرار دهد و پیامدهای مهمی از قبیل محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و هیجانی در خانواده ایجاد نماید [۱]. بر اساس DSM-5 کم‌توانی ذهنی در برگیرنده آسیب‌های در زمینه توانمندی‌های هوش کلی و عملکرد سازشی در سه حوزه شناختی، اجتماعی - کارکردی و عملی است و نوعی ناتوانی است که با محدودیت‌های چشمگیر در دو حوزه کارکرد هوش و رفتار سازش همراه است. این اختلال قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌گردد [۲].

تولد یک کودک کم‌توان ذهنی، بهداشت روانی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ممکن است زمینه ساز پیامدهای نامطلوب برای تمام اعضای خانواده باشد و سازش یافتگی، سلامت جسمانی و روانی والدین، بخصوص مادران را تهدید می‌کند و غالباً می‌تواند پیامدهای منفی از جمله افزایش بیماری‌های جسمانی مثل دردهای مزمن و اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب را به دنبال داشته باشد [۳]. برخی از والدین حس بی‌ارزشی، عدم عزت نفس، احساس گناه، عملکرد جسمی و روانی مختل شده و خستگی را تجربه می‌کنند [۴]. تولد یک کودک کم‌توان ذهنی در یک خانواده و عدم کنترل پی آمدهای آن، آسیب‌های روانی متعددی بر والدین و به ویژه مادران تحمیل می‌کند، مادر ممکن است دچار احساس گناه شود و نشانه‌های از جمله ترس، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری را تجربه کند [۵]. بررسی‌های انجام شده در این خصوص نشان داده‌اند که معمولاً مادران کودکان کم‌توان ذهنی اضطراب و افسردگی [۶]، احساس گناه [۱] و سطح سلامت عمومی پایین را تجربه می‌کنند [۷]. از طرفی نگرانی در مورد شیوه‌های فرزندپروری و یا عدم آگاهی در این زمینه بر مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی مادران تأثیرگذار است که باعث افزایش مشکلات روان شناختی آن‌ها می‌شود. این مسئله می‌تواند به عملکرد بد نظام خانواده و به طور کلی فرزندپروری نامناسب منجر گردد [۸].

طی دو دهه گذشته نشخوارفکری، به عنوان سازه مهم در فهم چگونگی ایجاد و تداوم خلق افسرده مورد توجه برخی محققان قرار گرفته است. تحقیقات نشان داده‌اند این نوع تفکر

تنظیمی و رفتار هدفمند می‌شود و مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند همانند سایر روش‌های تغییر رفتار در کاهش اضطراب و افسردگی موثر واقع شود [۲۱-۲۰]. سطوح بالای شفقت به خود به افزایش انگیزه برای حل و فصل چالش‌های بین فردی، حل مسئله و ثبات زناشویی منجر می‌شود [۲۲]. نتایج پژوهش‌های مختلف رابطه شفقت به خود را با شاخص‌های بهزیستی روانی از جمله: افزایش خوش بینی [۲۰]، کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش عزت‌نفس [۱۸، ۱۲] و سطوح بالاتری از شادی، خوش‌بینی، خلق و خوی مثبت، ابتکار شخصی، کنجکاوی و اکتشاف [۲۲]، عملکرد خلاق [۲۳]، نشان داده‌اند.

گیلبرت، ۲۰۰۵ اولین بار نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرده است. در این درمان، فرد با احساسات دردناک خود مواجهه می‌شود. بنابراین می‌تواند احساسات خود را بشناسد و سپس نگرشی همراه با شفقت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد که البته این فرایند نیازمند ذهن آگاهی^۲ و پذیرش حالت‌های هیجانی و روانی است [۲۴]. در تمرین‌های مهرورزی بر ریلکسیشن، ذهن آرام و مهربان و به هشیاری تاکید می‌شود که در کاهش افکار منفی و آرامش روانی نقش مهمی خواهد داشت [۲۵].

بررسی پژوهش‌های انجام شده درخصوص کارایی درمان مبتنی بر شفقت، موید اثربخشی این روش درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و خودانتقادی مراجعان است. نتایج تحقیقات، نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت، اضطراب، افسردگی، خودانتقادی و احساس شرم و ناکامی را به طور معنی داری کاهش و احساس گرمی و پذیرش را افزایش می‌دهد و شفقت به خود با اقداماتی از قبیل خوشبینی، عاطفه مثبت، ابتکار شخصی، کنجکاوی و اکتشاف، برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی و سازگاری ارتباط مثبت و معناداری دارد [۲۸-۲۶].

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داد که خود مهرورزی از طریق کاهش نگرانی و افکار خودآیند منفی، افسردگی را کاهش می‌دهد [۲۹]. همچنین دریافت مهرورزی علایم افسردگی را پس از گذشت ۵ ماه کاهش داده است [۳۰]. درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی، پذیرش، همدلی و عدم قضاوت، به کاهش مشکلات روانی و عاطفی منجر می‌شود [۳۱].

پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر فاجعه‌سازی و نشخوار فکری مادران کودکان کم‌توان ذهنی در شهر تهران انجام شد. گروه آزمایش، مداخلات رفتاردرمانی دیالکتیک را به مدت ۸ جلسه ی ۱/۵ ساعته

خودشان مهربانانه رفتار کنند [۱۵]. شفقت به خود شامل پذیرش درد و رنج خود در عوض قطع ارتباط یا دوری جستن از آن است که به عنوان یک راه سالم و درست ارتباط با خود، مستلزم سه جزء اصلی است: مهربان بودن با خود در مقابل خود قضاوتی، ارتباطات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی که سه ویژگی دارد: متمرکز بر زمان حال، هدفمند، غیر قضاوتی است که نه تنها شامل توجه شناختی است بلکه علاقمندی صمیمانه به تجربه کنونی خود دارد. ذهن آگاهی می‌گوید درد را احساس کن، شفقت به خود می‌گوید در زمان درد خودت را تسلی بده. همانندسازی افراطی شامل نشخوار ذهنی در مورد محدودیت‌های خود است و از تجربه عمیق در زمان حال ممانعت می‌کند [۱۶]. زمانی که اتفاقات ناخوشایند رخ می‌دهند، شفقت به خود می‌تواند موثر 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 و همبستگی وجود دارد. در حال حاضر، روش‌های درمانی با هدف بهبود شفقت به خود توسعه یافته است [۱۷]. شفقت به خود منجر به افزایش خودآگاهی، پذیرش تجارب دردناک زندگی، شکست‌ها و ناکامی‌ها می‌شود [۴]. معمولاً شفقت، در قالب مهربانی نسبت به دیگران بیان می‌شود اما احساس شفقت نسبت به خود برای هر انسان ضروری است. در واقع شفقت نسبت به خود مستلزم این است که یک فرد مستحق توجه و مهربانی است. شفقت به خود منجر به افزایش ارتباطات اجتماعی و کاهش افکار منفی و خودسرزنی می‌شود [۱۸، ۷]. باید توجه داشت 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 گردد. نشخوار ذهنی مهارت‌های حل مسئله را از بین می‌برد و فرد چنان درگیر مشکلات خود می‌شود که نمی‌تواند از چرخه‌ی افکار منفی بیرون بیاید. تداوم نشخوار ذهنی می‌تواند مشکلات جانبی بسیاری را به وجود بیاورد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد [۱۴]. آموزش خود شفقتی به مادران کودکان کم‌توان ذهنی می‌تواند یک نگرش مثبت و خود مراقبانه را در آن‌ها ایجاد کند و یک عامل محافظ محسوب می‌شود [۱۹].

نتایج نشان می‌دهد که آموزش شفقت به خود منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی، افزایش مداخلات خود

در عملکرد آن‌ها در زندگی خواهد شد. بنابراین ارایه مداخلات برای این گروه از مادران ضروری بنظر می‌رسد [۷].

با توجه به این که درمان مبتنی بر شفقت، سازه‌ای نوپا در روانشناسی است، ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی کارایی این مدل درمانی ضروری بنظر می‌رسد. با توجه به اهمیت سلامت روانی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، بر کاهش افسردگی، نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر است. در این پژوهش این فرضیه مطرح شد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش نشانه‌ها افسردگی، نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی خفیف تاثیر مثبت دارد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با پیگیری است. با توجه به این که طرح‌های آزمایشی بهترین روش برای سنجش تاثیر یک برنامه و یا سیاست‌گذاری هستند، در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی استفاده شد. در این گونه طرح‌ها، افراد، خانواده‌ها و یا دیگر واحدهای تحلیل به صورتی تصادفی به عنوان گروه آزمایش و کنترل در نظر گرفته می‌شوند، گروه اصلی مورد مطالعه در معرض برنامه به عنوان متغیر مستقل قرار می‌گیرد و گروه کنترل در معرض آن قرار نمی‌گیرد و می‌توان با مقایسه نتایج دو گروه تاثیر مداخله را بررسی کرد. در پژوهش حاضر، پس از بررسی‌های اولیه و انتخاب آزمودنی‌ها، مداخله در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. فرایند پیگیری پس از دو ماه از اتمام جلسات آموزشی اجرا گردید.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل تمام مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف بودند که در مدرسه استثنایی رودکی شهرستان سمیرم، در سال ۹۸-۱۳۹۷ تحت آموزش قرار داشتند.

ب) نمونه پژوهش

از بین مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی خفیف که به مرکز مشاوره آموزشگاه مراجعه می‌کردند، تعداد ۳۰ نفر از مادران، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل به شیوه انتصاب تصادفی ساده جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر را شامل

دریافت کردند. نتایج حاصل از پس‌آزمون مؤید کاهش معنادار نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مؤلفه‌های نشخوار فکری و فاجعه‌سازی بود [۱۴]. در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، نتایج نشان داد که درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن توانسته است، افسردگی و نشخوار فکری را در مادران کودکان کم‌توان ذهنی شرکت‌کننده در این آزمایش کاهش دهد [۳۲].

در پژوهشی با هدف بررسی درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی، در ۱۵ جلسه یک‌ساعته درمان مبتنی بر شفقت برای آزمودنی‌ها ارائه شد. نتایج نشان دهنده تاثیر مداخله در کاهش افسردگی، کارکرد اجتماعی، اضطراب و اختلال خواب داشت [۳۳]. در پژوهش دیگر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به عنوان یک شیوه‌ی درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی مطرح گردد [۳۴]. در پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، گروه درمانی مبتنی بر شفقت را دریافت کردند ولی گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکردند. نتایج نشان داد که روش گروه درمانی مبتنی بر شفقت موجب بهبود احساس قدرت درونی و تغییر در اهداف و اولویت‌های زندگی شده است [۳۵]. کودکان کم‌توان ذهنی خفیف در مقایسه با همسالان خود در زمینه مهارت‌های مفهومی، اجتماعی و عملی دارای مشکل هستند. با توجه به این که برخی از این کودکان از خصوصیات ظاهری کمتری نسبت به دیگر کودکان کم‌توان ذهنی برخوردار هستند و شناسایی برخی از آن‌ها ممکن است در سنین بالاتر صورت گیرد می‌تواند پذیرش کم‌توانی ذهنی کودک را برای والدین به ویژه مادران با دشواری بیشتری همراه کند. معمولا می‌توان واکنش‌های از جمله، احساس گناه، احساس ناکامی، انکار، اضطراب و افسردگی را در مادران این کودکان مشاهده کرد. بنابراین این گروه از مادران نسبت به مادرانی که کم‌توانی ذهنی فرزند آن‌ها از نوع شدید و عمیق می‌باشد، ممکن است حالت‌های بیشتری از خشم، اضطراب و افسردگی را از خود نشان دهند که منجر به اختلال

تعیین پایایی مقیاس، از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب پایایی برای کل مقیاس ۰/۸۷ بدست آمده است [۳۷]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ بود.

مقیاس نشخوار فکری (RS): این مقیاس توسط نولن^۳ و همکاران (۱۹۹۱) تدوین و توسط یوسفی در سال ۲۰۰۴ ترجمه شد که شامل ۲۲ گویه خود سنجی است که در مقیاس لیکرت و در طیف چهار گزینه ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره بدست آمده در این مقیاس ۲۲ و حداکثر نمره ۸۸ است و نمره بالاتر نشان دهنده نشخوار فکری بیشتر است. این پرسش‌نامه علاوه بر ارائه یک نمره کل، دارای شش خرده مقیاس شامل: گرایش به تبیین‌گری، مرور ذهنی مسائل، انزوا، نگرانی در مورد عدم حل مشکل، انتقاد از خود و مرور احساسات ناشی از مشکل است. بر پایه شواهد تجربی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد [۳۸]. همبستگی درون طبقه ای برای سنجش اعتبار با پنج بار اندازه گیری ۰/۷۵ گزارش شده است [۱۹]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ بود.

مقیاس افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. در سال ۱۹۹۶ این پرسشنامه مورد بازبینی قرار گرفت. این مقیاس دارای ۲۱ ماده است که به اندازه گیری نشانه‌های افسردگی فرد در طول دو هفته گذشته می پردازد. نمره کل این مقیاس از ۰ تا ۶۳ در نوسان است و نمرات بالا نشان دهنده سطوح شدیدتر افسردگی هستند. نقاط برش تعیین شده برای این مقیاس عبارتند از: ۰ تا ۱۳ (غمگینی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید). همسانی درونی این ابزار بر حسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲. و ضریب بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶. گزارش شده است [۳۹]. روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان با مقیاس نا امیددی بک: (۰/۶۸)، مقیاس افکار خود کشی: (۰/۳۷)، پرسشنامه اضطراب بک: (۰/۶۰) و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی روان پزشکی هامیلتون برای افسردگی: (۰/۷۱) بدست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای پرسشنامه است. ضریب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه نشان داد که آیتم ۱۵ (فقدان انرژی) با ضریب ۰/۶۸ دارای بیشترین توان تشخیص و آیتم شماره ۱۹ (دشواری تمرکز) با

می‌شد). در پژوهش‌های از نوع آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود [۳۶]. لازم به ذکر است، این مطالعه به گونه یک سو کور انجام شد. معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از: عدم دریافت درمان‌های روان شناختی حداقل به مدت یک ماه قبل از ورود به فرایند درمان، موافقت مادران برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت نامه کتبی، داشتن حداقل تحصیلات در سطح سیکل و داشتن شرایط سنی حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال و معیارهای خروج از طرح درمان عبارت بودند از: عدم رضایت برای شرکت در جلسات مداخله و غیبت بیش از دو جلسه، داشتن علائم سایکوتیک، وابستگی و سوء مصرف مواد (بر اساس مصاحبه و تکمیل پرسشنامه). پس از ارزیابی اولیه و اجرای پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، مداخله مبتنی بر شفقت، به مدت سه ماه و در طی ۱۰ جلسه یک ساعت و نیم در گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله ی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد. پس از گذشت دو ماه از پایان جلسات مداخله فرایند پیگیری انجام شد.

ابزارهای پژوهش

برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس شفقت به خود (SCS): این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که بوسیله نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت به خود ساخته شده است و ۶ خرده مقیاس (مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، انسانیت مشترک، انزوا، بهشیاری و همانندسازی افراطی) را شامل می‌شود. نمره گذاری در قالب یک مقیاس ۵ درجه ی لیکرت در طیف تقریباً هرگز (۰) تا تقریباً همیشه (۵) می‌باشد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری تقریباً هرگز (۵) تا تقریباً همیشه (۰) می‌باشند. نمره بیشتر نشانه شفقت بیشتر نسبت به خود است. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل در سطح $P < 0/001$ معنادار بوده است [۱۸]. آزمون بارتلت با درجه آزادی ۳۲۵ در سطح $P < 0/001$ معنادار و آزمون KMO معادل ۰/۷۵ بدست آمد که این نتایج حاکی از آن است که سوالات پرسشنامه برای تشکیل عوامل دارای همبستگی کافی هستند. با توجه به مقدار واریانس تبیین شده، شش عامل برای استخراج مناسب تشخیص داده شد. با در نظر گرفتن بالاترین میزان بار عاملی، شش مولفه مقیاس شفقت به خود، مطابق با یافته‌های نف (۲۰۰۳) تایید گردید. جهت

4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

1. Self-Compassion Scale (SCS)
2. Rumination scale (RS)
3. Nolen

اهداف و محتوی هر کدام از جلسات تایید شده است. جلسات مداخله شامل ده جلسه (یک ساعت و نیمه) بود که توسط یکی از محققین با تجربه کار با کودکان کم‌توان ذهنی خفیف و خانواده‌های آن‌ها و متخصص در زمینه برنامه آموزشی پژوهش حاضر، اجرا گردید. تمام آزمودنی‌ها در تمام جلسات مداخله شرکت کردند و بنابراین ریزش نمونه وجود نداشت. در جدول ۱ محتوی جلسات درمان ارائه گردیده است. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

ضریب ۰/۴۵ دارای کمترین توان تشخیص بود [۴۰]. در پژوهش حاضر ضریب همبستگی حاصل از بازآزمایی برابر با ۰/۸۱ بود.

شیوه انجام پژوهش

برنامه مداخله متمرکز بر شفقت، بر اساس پژوهش فتح‌اله زاده، مجلسی، مظاهری، رستمی، ۲۰۱۸ بر اساس مفاهیم گیلبرت (۲۰۰۹) [۴۱]، در خصوص درمان مبتنی بر شفقت طراحی شده است. روایی محتوایی این بسته با استفاده از نظر خواهی سه نفر از متخصصین روان‌شناسی بالینی در ارتباط با

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شفقت به خود

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	ارزیابی اولیه	کسب رضایت از آزمودنی‌ها و پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌های: شفقت به خود، افسردگی و نشخوار فکری	-	-
دوم	آشنایی با اصول کلی درمان	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت به خود، ارزیابی و بررسی میزان نشخوار فکری و خود شفقتی اعضا، توصیف و تبیین نشخوار فکری و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آموزش خود شفقتی	ثبت موارد نشخوار فکری در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از نشخوار فکری
سوم	شناخت مولفه‌های شفقت به خود	شناسایی و معرفی مولفه‌های خود شفقتی (مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی) بررسی هر مولفه شفقت در اعضا، و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خود شفقتی اعضا	ثبت مولفه‌های خود شفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مولفه‌های خود شفقتی
چهارم	آموزش و پرورش خود شفقتی	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین مهربانی و مهرورزیدن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش حس اشتراکات انسانی، آموزش حس همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود، ارائه تکالیف خانگی	ثبت مولفه‌های خود شفقتی در فعالیت‌های روزانه	شناسایی و آگاهی از مولفه‌های خود شفقتی
پنجم	خودشناسی و شناسایی عوامل خود انتقادی	مرور جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان 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) پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات و تکالیف خانگی	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن	پرورش خود شفقتی
ششم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های ذهن مشفقانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلونزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف و تکالیف خانگی.	بخشش و پذیرش قضاوت در فعالیتهای چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد	بهبود و توسعه خود شفقتی
هفتم	آموزش سبک‌ها و روش‌های شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابزار شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، تکالیف خانگی.	به کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	احساس ارزشمندی و خود شفقتی
هشتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، 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».	نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای اطرافیان	بهبود خود شفقتی و خود ارزشمندی
نهم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره	ثبت و یادداشت خود شفقتی در چالش‌های روزانه	پرورش و رشد خود شفقتی
دهم	ارزیابی مداخله	تکمیل پرسشنامه‌های شفقت به خود، افسردگی و نشخوار فکری توسط آزمودنی‌ها	-	-

شیوه تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 24 و جهت بررسی فرضیه پژوهش پس از بررسی پیش فرض ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر میانگین سنی مادران ۳۴/۵۲ و انحراف معیار ۳/۱۸ بود. تحصیلات مادران سیکل تا دیپلم و شغل مادران خانه دار بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای شفقت به خود، نشخوار فکری و افسردگی ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها دوگروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری (۲ ماه)	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
شفقت به خود	۲۵/۰۸ (۱/۵۶)	۲۵/۵۸ (۱/۴۲)	۳۰/۴۱ (۱/۵۳)	۲۶/۳۷ (۱/۵۲)	۳۰/۴۱ (۱/۵۳)	۲۶/۳۷ (۱/۵۲)
نشخوار فکری	۵۹/۳۳ (۱/۸۸)	۶۰ (۲/۱۴)	۵۳/۳۸ (۱/۲۱)	۵۹/۷۸ (۱/۲۱)	۵۳/۳۸ (۱/۲۱)	۵۹/۷۸ (۱/۲۱)
افسردگی	۲۴ (۱/۷)	۲۳/۵ (۱/۶)	۱۸/۷۵ (۱/۱)	۲۲/۴۲ (۱/۱)	۱۹/۸۲ (۱/۳۵)	۲۲/۴۲ (۱/۱)

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بین میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد و نمرات آزمودنی ها در پس آزمون در مقیاس شفقت به خود (۳۰/۴۱) افزایش و در مقیاس نشخوار فکری (۵۳/۳۸) و افسردگی (۱۸/۷۵) کاهش یافته است. همچنین نمرات آزمودنی ها در مرحله پیگیری در تمام مقیاس ها باثبات است و دوام تاثیر مداخله را نشان می دهد اما نمرات آزمودنی ها در گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری ندارد.

برای تحلیل داده ها و بررسی سوال پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس و به منظور بررسی تفاوت یا یکسانی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته، در مرحله پیش آزمون، آزمون لوین انجام شد. نتایج نشان داد که نسبت F مربوط به پیش آزمون و پس آزمون در شفقت نسبت به خود ($f = ۱/۶$ $p > ۰/۲۱۶$)، افسردگی ($f = ۲/۱۸$ و $p > ۰/۱۶$) و نشخوار فکری ($f = ۰/۱۴۱$ $p > ۰/۷۱$) معنی دار نیست، بنابراین واریانس های گروه آزمایش و کنترل با هم برابر و از

لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارد. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج عبارت بود از: شفقت به خود (گروه آزمایش: آماره = ۰/۹۲۱، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۵۰۳، گروه کنترل: آماره = ۰/۹۱۱، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۳۰۳)، نشخوار فکری (گروه آزمایش: آماره = ۰/۹۳۳، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۶۱۸، گروه کنترل: آماره = ۰/۸۱۲، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۴۰۵) و افسردگی (گروه آزمایش: آماره = ۰/۹۴۲، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۴۷۳، گروه کنترل: آماره = ۰/۹۲۹، درجه آزادی = ۱۰ و سطح معناداری = ۰/۲۶۱). نتایج نشان می دهد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل برقرار است. بنابراین امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از نتایج آزمون چند متغیری استفاده شد. طبق نتایج ارائه شده در جدول ۳ هر سه آزمون نشان دهنده تاثیر برنامه مداخله بر کاهش افسردگی و نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود در مادران است.

جدول ۳. نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر برنامه مداخله

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	آماره F	معنی داری	مجذور اتا
برنامه مبتنی بر شفقت	اثر پیلاپی	۱/۸۱۴	۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵
	لامبدای ویلکز	۰/۶۰۵	۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
	اثر هاتلینگ	۱۳/۸۵۳	۲۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۰

نمرات گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته یعنی شفقت به خود، نشخوار فکری و افسردگی و برای بررسی در این جهت که برنامه مداخله بر کدام یک از متغیرهای وابسته تاثیر معنی دار داشته است از نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است

با توجه به نتایج بدست آمده در جدول ۳ و مقدار معناداری می توان اشاره کرد که تفاوت بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای مرتبط معنی دار است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز که معمولاً در پژوهش‌ها گزارش می‌شود، نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرها معنادار است ($p < 0.001, f = 8.91$). بنابراین با توجه به معنادار بودن نتایج آزمون چند متغیری، برای بررسی و تعیین معناداری تفاوت میان

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مبنی بر تاثیر برنامه مداخله بر افزایش شفقت به خود، کاهش نشخوار فکری و افسردگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
شفقت خود	گروه	۱۷۰/۵۲	۱	۱۷۰/۵۲	۶/۷۳	۰/۰۱۷	۰/۶۷۴
	خطا	۵۳۱/۸۱	۲۱	۲۵/۳۲			
	کل	۲۰۰۳۹	۲۴				
نشخوار فکری	گروه	۲۴۴/۸۹	۱	۲۴۴/۸۹	۱۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	خطا	۳۷۱/۵	۲۱	۱۷/۶۹			
	کل	۷۷۹/۵۴	۲۴				
افسردگی	گروه	۷۲/۷	۱	۷۲/۷	۴/۹۲	۰/۰۳۸	۰/۶۱۹
	خطا	۳۰۹/۸	۲۱	۱۴/۷۵			
	کل	۱۰۴۷۰	۲۳				

($P > 0.017$) کاهش نشخوار فکری ($P > 0.001$) و کاهش افسردگی ($P > 0.038$) در مادران گروه آزمایش موثر بوده است

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون معنادار است. بنابراین برنامه مبتنی بر شفقت در افزایش شفقت به خود

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش افسردگی، نشخوار فکری و افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف است. بنابراین نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات مشابه مقایسه و مورد بحث و تبیین قرار خواهد گرفت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی و نشخوار فکری مادران موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات انجام شده [۳۰، ۳۴-۳۰، ۲۶-۲۰] همخوان است. در تبیین این یافته که درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی و نشخوار فکری موثر بوده است باید گفت که، در برخی از مادرانی که دارای دختر و یا پسر کم‌توان ذهنی هستند می‌توان نشانه‌های افسردگی را مشاهده کرد. آن‌ها معمولاً از دیگران کناره‌گیری می‌کنند، با افراد خانواده و دوستان مرادوده ندارند و همین رفتارها باعث کناره‌گیری دیگران از آن‌ها می‌شود. اختلال افسردگی یکی از انواع اختلالات هیجانی است که مؤلفه اصلی آن اندوه است. افراد مبتلا به افسردگی، خلق خود را به صورت غمگین و درمانده توصیف می‌کنند. بی‌علاقگی یا فقدان احساس لذت تقریباً همیشه و دست کم تا اندازه‌ای وجود دارد و هیچ چیز توجه آنان را جلب نمی‌کند [۴۲-۴۳]. در درمان مبتنی بر شفقت به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز خود را تغییر دهند. عمده‌ترین حوزه تاثیر گذار در درمان مبتنی بر شفقت، خود انتقاد گری افراد مورد مطالعه می‌باشد [۴۴-۴۵].

در مدلی که پژوهشگران دیگری نیز مطرح کرده‌اند، نشخوار ذهنی نقشی واسطه‌ای در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی بازی می‌کند [۴۶]. با توجه این که اکثر 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 [۴]. طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیر گذار در اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت، استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است، به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور می‌باشد چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند. حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک، ناراحت کننده، نزدیکی و مهربانی سوق می‌دهد و فرد را آماده برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود می‌کند که این مسئله می‌تواند در کاهش نشخوار فکری و افسردگی موثر

واقع شود [۳۱]. عامل خود شفقت ورزی می‌تواند به عنوان عامل محافظت کننده مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در برابر خود سرزنش‌گری باشد و افکار منفی را کاهش دهد [۴۷]. در پژوهش حاضر نیز بکارگیری درمان مبتنی بر شفقت باعث شد مادران توانایی بیشتری برای خود شفقت ورزی پیدا کرده و در نتیجه از حجم خود انتقاد گری ناشی از پیامد داشتن کودک کم‌توان ذهنی نیز کاسته شد.

هچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت در افزایش شفقت به خود مادران موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات انجام شده [۱۴، ۲۴-۱۸، ۳۲-۲۵] همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که، شفقت به خود جهت‌گیری مثبت و پذیرا نسبت به ابعاد نامطلوب خود و زندگی است و سه مؤلفه اصلی را دربردارد. نخست، شامل مهربان بودن و درک خود در سختی‌ها و یا در زمان مشاهده نابسامانی‌هاست. در بعد دیگر فرد تشخیص می‌دهد که رنج و شکست، ابعاد اجتناب‌ناپذیر تجربیات مشترک بشر هستند و در آخر این که شفقت به خود، آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود را دربرمی‌گیرد، یعنی توانایی مواجهه بدون اغراق، درام یا ترحم نسبت به خود، به جای اجتناب از افکار و احساسات دردناک و آزار دهنده است [۲۷]. 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 آشفتنگی‌های عاطفی کمتری را بروز می‌دهند [۴۸]. درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانات عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی و کاهش نشخوار فکری در افزایش شفقت به خود موثر است [۱۰]. علاوه بر این، با توجه به ماهیت و محتوای تمرین‌های مهرورزی که بر ریلکسیشن، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تاکید می‌کند، نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارد و منجر به کاهش افسردگی فرد می‌شود [۴۹]. درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر می‌شود [۵]. بنظر می‌رسد در پژوهش حاضر تمرکز بر شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود و آموزش و پرورش خود شفقتی در جلسات مداخله در افزایش شفقت به خود مادران موثر بوده است.

به طور کلی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی احساسات و افکار ویژه‌ای دارند. آن‌ها به طور مداوم به

Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children with Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Frontier in Psychology*.2019;10(5):1602.

- 5- Terry, ML, Leary, MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*.2011 ;10(3), 352-362.
- 6- Gale, C, Gilbert, P, Read, N, et al. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programmer for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.2014;21(1):1-12.
- 7- Goss, K. *The Compassionate-Mind Guide to Ending Overeating: Using Compassion-Focused Therapy to Overcome Bingeing and Disordered Eating*. Oakland, CA: New Harbinger. 2011
- 8- Atef Vahid M kazem, Ghahari S, Zareidoost E, Bolhari J, Karimi-kismi E. The role of demographic and psychological variables in predicting violence in victims of spouse abuse in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011;16(4):403-11.

- 9- Simos, G. (2009). Cognitive behavioral therapy, depressive rumination and metacognition. In: Sin G, editor. *Cognitive behavior therapy: A guide for practicing clinician*. New York: Routledge publication; p. 18-33.
- 10- 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.

وضعیت کنونی فرزند خود و آینده ی مبهم آن ها می اندیشند و همواره ترس از آینده ی فرزند بدون مادر یا پدر آن ها را آزار می دهد و به دلیل این که آگاهی دارند که فرزندشان توسط هیچ دارویی بهبود نخواهد یافت، از درمان های رفتاری و روان شناختی مثل شفقت درمانی استقبال می کنند تا بتوانند با این شرایط غیر قابل تغییر زندگی خود بهتر کنار بیایند و بدون عذاب وجدان و افسردگی و سایر مشکلات روانی، به زندگی عادی خود ادامه دهند.

از جمله محدودیت های این پژوهش پراکندگی سنی، تفاوت سطح تجارب و سطح توانایی های شناختی آزمودنی ها بود که روند عادی آموزش را مشکل تر ساخته بود و همچنین عدم وقت کافی برای ارائه تمرینات بیشتر بود. علاوه بر این چون این پژوهش در شهرستان سمیرم انجام شده است، لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط بیشتر انجام پذیرد. شایسته است در پژوهش های آتی به این محدودیت ها توجه بیشتری شود.

پیشنهادات

پیشنهاد می شود از رویکرد درمانی مبتنی بر شفقت در ارتباط با والدین (هم پدر و هم مادر) دارای فرزند معلولیت جسمی- حرکتی، اوتیسم با عملکرد پایین، ناشنوا و نابینا استفاده شود. همچنین می توان از نتایج پژوهش حاضر در مدارس و مراکز مشاوره مختص به کودکان کم توان ذهنی خفیف استفاده کرد و انجام تحقیقات بیشتر در ارتباط با کارایی این روش ضروری بنظر می رسد.

منابع

- 1- Allen, AB., Goldwasser, ER., & Leary, MR. Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 2012;11(4): 428-453.
- ۲- گنجی، حمزه. روان شناسی کودکان استثنایی. نشر ساوالان، ویراست دوم. ۱۳۹۶، ۷۷-۲۷۶
- 3- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. The Relationship Between Autism and Parenting Stress. *Pediatrics*, 2007;119, S114-S121. doi: 10.1542/peds.2006-2089Q.
- 4- Cousineau, T.M., Hobbs, L.M., & Arthur, K.C. The Role of Compassion and

- 19- Papageorgiou, C., & Wells, A. Positive beliefs about depressive Rumination: Development and preliminary Validation of a self-report scale. *Journal of Behavioral Therapy*, 2004; 32, 13-26.
- 20- Gurlan, M., Bernard, P., & Bortolon, C. Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Psychology Review* 2016;10(1), 50–66.
- 21- Biber, D.D., & Rebecca, E. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of health psychology*. 2017;24,14.
- 22- Craig, C. *Compassion Focused Therapy for People with Dementia: A Feasibility Study*. University College London. 2017
- 23- Gilbert, P. Introducing Compassion Focused-Therapy. *Adv psychiatr treat*. 2009;15, 199–208.
- 24- Group, PCR. Patients' preferences within randomized trials: Systematic review and patient level meta-analysis. *The British Medical Journal*, 2008; 337: a1864.
- 25- Kelly, AC., & Carter, JC., Borairi, S. Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(1), 54–64.
- 26- Kelly, AC, Zuroff, DC, Foa, CL, et al. Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010;29(7), 727–755.
- 27- Neff, K.D., & Germer, C.K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 2013;69, 28-44.
- 11- Goss, K., & Allan, S. The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1), 62–77.
- 12- Finlay- Jones, A.L. The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*. 2017;21(2): 90-103.
- 13- Mahmoudiyan, M., Epchi Hagh, S., Rasoul Zadeh Tabatabaee, K. The relationship between intellectual rumination, physical deformation and obsession compulsion with depressive symptoms in students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8 (29), 17-26
۱۴. امینی، آرزو، شریعتمدار، آسیه . اثربخشی یرفتاردرمان دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم ذهنی توان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و رواندرمانی، ۱۳۹۷، ۹، ۳۴، ۱۹۰-۱۷۱
- 15- Lo HHM, Chan SKC, Szeto MP, Chan CYH, Choi CW. A feasibility study of a brief mindfulness-based program for parents of preschool children with developmental disabilities. *Mindfulness*. 2017;8(6):1665–73.
- 16- Mohaghegh, H., Farhadi, M., Nabizadeh, S. perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2017 ;11 (45), 37-46
- 17- Albertson, E. R., Neff, K. D., & DillShackleford, K. E. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 2015; 6(3), 444-454
- 18- Neff, KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2, 85-102.

- کودکان با اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۱۳۹۸؛ ۱(۱۸): ۲۳۹-۲۵۰
- ۳۶- دلاور، علی. مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. چاپ هفتم. ۱۳۸۹
۳۷. خسروی، صدالله، صادقی، مجید، ویابنده، محمدرضا. کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS)، فصلنامه مدل‌ها و روش‌های روانشناختی. ۱۳۹۲؛ ۱۳، ۴۷-۵۹.
۳۸. یوسفی، ز. بررسی و مقایسه اثربخشی روش آموزش توجه بر کاهش نشخوار فکری بیماران افسرده و وسواس شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان. ۱۳۸۳
- 39-Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. Manual for the Beck Depression Inventory – II. San Antonio, TX: Psychological corporation. 1996
- ۴۰- دابسون، کیت استفان، محمدخانی، پروانه و مساح جولایی، امید. مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه توانبخشی، ۱۳۹۲؛ ۹(۸)، ۸۶-۸۰.
۴۱. فتح اله زاده، نوشین، مجلسی، زینب، مظاهری، زهرا، رستمی، مهدی، نوایی نژاد، شکوه. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی شده و خود انتقادی زنان آزار دیده عاطفی. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۲)، ۱۶۹-۱۵۱
- 42- Krieger, T., Altenstein-Yamanaka, D., Baettig, I., & Doerig, N. Self-Compassion in Depression: Associations with Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. Behavior therapy. 2013; 44(3), 501-13
- 43- Psychogiou, I., Legge, K., Parry, E., & Mann, J. Self-Compassion and Parenting in Mothers and Fathers with Depression. Mindfulness, 2016; 7(4), 176, DOI: 10.1007/s12671-016-0528
- 44- Ghorbani, N., Watson, P.J., Chen, Z., Norballa, F. Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-
- 28- Myfanwy, B.A. Self-compassion: an adaptive way to reduce recurrent depression symptoms through emotion regulation. Vancouver: University of British Columbia Library, 2017.
- 29- Lockard, A.J., Hayes, J.A., Neff, K., et al. Self-compassion among college counseling center clients: An examination of clinical norms and group differences. Journal of College Counseling. 2014; 17(3), 249-259.
- 30- Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S.S., et al. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. Motivation and Emotion. 2009; 33(1): 88-97.
- 31- 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.
- ۳۲- معتمد، مهتاب، شکیباراد، عاطفه. اثربخشی درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی و نشخوار فکری در مادران کودکان عقب مانده ذهنی. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری. ۱۳۹۵
- ۳۳- درخشنده، سیده رویا، نامدارپور، فهیمه، عابدی، محمدرضا. درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به نقص توجه- بیش‌فعالی. دومین کنگره بین‌المللی نقش زن در سلامت خانواده و جامعه. ۱۳۹۶
- ۳۴- احمدی، راحله، سجادیان، ایلناز، جعفری، فریبا. درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب، افسردگی و میل به خودکشی در زنان مبتلا به ویتیلیگو. پوست و زیبایی، ۱۳۹۸؛ ۱۰(۱): ۲۹-۱۸
- ۳۵- نواب، مژگان، دهقانی، اکرم، کرباسی، افسانه. اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران

knowledge, mental health, and religious orientation. *Journal The International for the Psychology of Religion*. 2012; 22, 06-118

45- Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 2016;20, 97-105

۴۶- محمدپور، سمانه، تاجیک‌زاده، فخری، محمدی، نورالله. اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد زنان باردار مبتلا به افسردگی. فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱): ۱۸۷-۱۹۸

47- 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

۴۸- کیامرثی، آذر، ظاهری فرد، مینا. مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی. فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۱): ۲۹-۴۲

49- Prestwich, A., Sniehotta, FF., Whittington, C., et al. Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*. 2014; 33(5): 465.