

The efficacy of Self- Compassion Focused Training (CFT) on psychological capital and Social well-being of mothers with Slow-paced child

Sharareh Roohimotlagh^{*}, Zahra Eftekharsoadi^{}**

Behnam Makvandi^{*}, Fariba Hafezi^{****}**

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of Self- Compassion Focused Training on psychological capital and social well-being in mothers with Slow paced children. From this population, 30 mothers were selected using a purposive sampling method and randomly divided into experimental and control groups. The Lutens and Keys Social Welfare Questionnaires were used to collect data. The research method was experimental with a pretest-posttest design with the control group. The experimental groups underwent self-compassion training (8 sessions of 90 minutes); The control group was placed on the waiting list for intervention. Data were analyzed using analysis of covariance. The results showed that self-compassion education intervention was effective in increasing psychological capital ($p < 0.05$) and social well-being ($p < 0.01$) in mothers with slow-moving children.

* Phd student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, Rouhimotlagh.sh@gmail.com

** Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, (Corresponding Author) drzahra.eftekar1398@gmail.com

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, makvandi_b@yahoo.com

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, f.hafezi1398@gmail.com

Date received: 12/01/2021, Date of acceptance: 10/04/2022



Copyright © 2018, This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Therefore, self-compassion training can be used to help mothers with slow-moving children.

Keywords: Self- Compassion Focused Training, psychological capital, Social well-being, mothers, Slow paced child.



بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته‌گام

شراره روحی مطلق*

زهرا افتخار صعادی**، بهنام مکوندی***، فریبا حافظی****

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته‌گام بود. از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ مادر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی لوتانز و بهزیستی اجتماعی کیز استفاده شد. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه‌های آزمایشی تحت آموزش خود شفقتی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ گروه گواه در لیست انتظار مداخله قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد،

* دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران،

Rouhimotlagh.sh@gmail.com

** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)،

drzahra.eftekhar1398@gmail.com

*** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران، makvandi_b@yahoo.com

**** استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران،

f.hafezi1398@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۳، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۱



Copyright © 2018, This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose.

مداخله آموزش خود شفقتی بر افزایش سرمایه روان شناختی ($p < 0/05$) و بهزیستی اجتماعی ($p < 0/01$) در مادران دارای کودک آهسته گام اثربخش بود. بنابراین می‌توان، از آموزش خود شفقتی در کمک به مادران دارای کودک آهسته گام استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مبتنی بر شفقت خود، سرمایه روان شناختی، بهزیستی اجتماعی، مادران، کودک آهسته گام

۱. مقدمه

در محیط خانه و اجتماع برجسته ترین نقش، نقش تربیتی مادر است. کودک عامل گسترش نسل است و تولد هر کودک می‌تواند بر پویایی خانواده به ویژه زنان که در اجتماع در کنار سایر وظایف نقش مهم مادری را ایفا می‌کنند، اثر بگذارد، والدین به ویژه مادران، باید تغییرات متعددی را برای سازگاری با حضور یک عضو جدید تحمل کنند. اثرات تولد یک کودک ناتوان بر خانواده عمیق تر است، زیرا بروز ناتوانی در فرزند یا فرزندان علاوه بر این‌که ارتباط مادر کودک (Mother-child interaction) را تهدید می‌کند، اختلالات عاطفی و اقتصادی زیادی را در خانواده ایجاد می‌نماید، به نحوی که یکایک افراد خانواده به نوعی دچار بحران‌های ناشی از وجود فرد ناتوان می‌شوند، بنابراین روابط رو به سردی و تیرگی گذارده و روابط اجتماعی خانواده نیز محدود می‌شود. زیرا خصایص کودک با ویژگی‌های تعامل مادر- کودک در ارتباط متقابل است (کارلسون و میلر (Carlson & Miller) (۲۰۱۷). وجود کودک آهسته گام (Slow-paced child) در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، احساس دوگانه ی غم و شادی را به همراه دارد، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد. تام جوانب فردی و اجتماعی زنانی که به عنوان مادران کودکان کم توان نیز ایفای نقش می‌کنند، تحت تأثیر تولد و تربیت این کودک قرار می‌گیرد. تولد کودک گام آهسته به عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیق تر بر ارتباط ها و واکنش های اعضای خانواده اثر بگذارد. بر اساس پژوهش های انجام شده مادران دارای کودکان آهسته گام در تعامل با فرزندشان و نیز ویژه گی های روان شناختی مشکل پیدا می کنند (واندسادا، بوسماس و مائس (Vandesande, Bosmans & Maes) (۲۰۱۹).

کودکان آهسته گام، در طبقه تشخیصی اختلالات عصبی-رشدی (Neurodevelopmental disorders) پیچیده اند که با آسیب در توانایی‌های شناختی (مانند حل مسئله، برنامه ریزی، استدلال و قضاوت) و عملکرد سازگارانه (شامل مهارت‌های مفهومی (Conceptual skills) که عبارت اند از دریافت و بیان زبانی، مهارت‌های خواندن، نوشتن و ارتباط؛ مهارت‌های اجتماعی (Social skills) که عبارت اند از ایجاد و نگهداری دوستی‌ها، شرکت در فعالیت‌های گروهی، خودمدیریتی، مسئولیت پذیری غیرکلامی؛ و مهارت‌های عملی (Practical skills) که عبارت اند از مهارت‌های خودیاری، عملکرد حرکتی و مهارت زندگی اجتماعی) شناخته می‌شوند (قاسم زاده، نقدی، افروز، ۱۳۹۶). داشتن یک فرزند کم توان می‌تواند توام با تجربه عواطف منفی در والدین به ویژه مادران آنها شود. عاطفه منفی شامل احساس‌ها و هیجانهای منفی مانند گناه، شرم، غمگینی، اضطراب و نگرانی، خشم، و تنش است.

میزان فشار روانی و تنیدگی (stress) در مادران این کودکان بیشتر از مادران کودکان عادی است. داشتن یک فرزند کم توان می‌تواند توام با تجربه عواطف منفی در والدین به ویژه مادران آنها شود. این مادران به عنوان بخشی از جامعه زنان و حتی بخشی از نیروی کار و مولد جامعه، از یکسو از منابع حمایتی و مؤثری برخوردار نیستند و از سوی دیگر آنها خود را وقف فرزند خود کرده اند. برخی اوقات آنها به قدری از کودک کم توان خود حمایت می‌کنند که موجب غفلت از خود در تمامی ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می‌شوند. این زنان، کودکان خود را نعمت و امانت الهی می‌دانند که درقبال آنها مسئولیت دارند (رحیمی، افراسیابی، رستم پور گیلانی، قدوسی نیا، ۱۳۹۶).

همچنین می‌تواند باعث افت سرمایه های روان شناختی (Psychological capital) در این مادران شود. از نظر لوتانز (Luthans) سرمایه روانشناختی، سازه ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری (Hope, optimism, self-efficacy, & resiliency) را در بردارد. این مؤلفه ها در یک فرایند تعاملی و ارزش گرایانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت های فشارزا را تداوم می بخشد. همچنین برخوردار بودن از سرمایه روان شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های تنیدگی زا کم تر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد

خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند بنابراین اینگونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتر هستند (آقایی و یوسفی، ۱۳۹۵).

گستره وسیعی از پیشینه پژوهشی حاکی از این واقعیت است که والدین دارای فرزند آهسته گام، در مقایسه با والدین دارای کودکان عادی، اضطراب، افسردگی، نگرانی و بار روانی بیشتری را به دوش می‌کشند (اوشودی (Oshodi) و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند که مادران کودکان استثنایی در مقایسه با کودکان عادی سطح سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی کمتر و اضطراب و افسردگی و پرخاشگری بیشتر نشان می‌دهند (تمنایی فر و قیاسی، ۱۳۹۷). به طور کلی بهزیستی ذهنی (mental well-being) ارزیابی یک فرد از کیفیت تجربیات، آگاهی‌ها، ارتباط‌ها و سایر مسائل فرهنگی و مرتبط با ارزشمندی‌های فرد در حیات اوست. براساس نظریه کیز (ب- Keyes) بهزیستی اجتماعی (Social well-being) به شرایط و عملکرد فرد در جامعه اشاره دارد. افراد برخوردار از درجات بالای بهزیستی اجتماعی معمولاً قادر به برقراری روابط با سایرین و حفظ آن روابط هستند (هویی شان (Hoi Shan) و همکاران، ۲۰۰۸).

امروزه در پهنه دیدگاه‌هایی که کوشش می‌کنند به فهم بهتر زندگی روانی، تحول عاطفی و چگونگی پدید آبی اختلالات کودکان دست یابند، نظریه‌هایی که محور اصلی را رابطه مادر-کودک می‌دانند جایگاه وسیعی دارد. در محیط خانواده که در واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضاء تأثیر بسزایی در کاهش یا افزایش مشکلات دارد. از میان مداخلات آموزشی که متمرکز بر والد به ویژه مادر می‌باشد، آموزش متمرکز بر شفقت است. تاریخ روان‌شناسی، سرشار از مفاهیمی است که در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری و ارتقای سیستم‌های روان‌درمانی مطرح شده‌اند: همگام با گسترش پژوهش‌ها در این زمینه، سازه‌ای جدید با عنوان شفقت به خود (self-compassion) در روان‌شناسی مطرح شد. نف (Neff) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل این موارد تعریف می‌کند؛ مهربانی با خود در مقابل قضاوت، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی (mindfulness) در مقابل هم‌سان‌سازی افراطی؛ اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند. براساس این یافته‌ها و در راستای تحقیقات انجام گرفته، گیلبرت (Gilbert) به استفاده از این سازه در

فضای جلسات درمان اقدام کرد. و در نهایت، نظریه (درمان مبتنی بر شفقت) را مطرح کرد. درمان مبتنی بر شفقت، در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری موجود اهمیت بیشتری به هیجانات مثبت در روند درمان می دهد. علاوه بر این بر بهبود نوع رابطه فرد با مشکلات روان شناختی نیز تمرکز دارد (گیلبرت، ۲۰۱۴).

از آنجایی که کودکان درک درستی از شفقت به خاطر انتزاعی بودن این مقوله ندارند و مادر اولین کسی است، که با کودک ارتباط برقرار می کند و مهمترین نقش را در رشد جسمی و روانی کودک و پرورش ویژگیهای روانی و عاطفی کودک به عهده دارد و به عنوان عامل مهمی در سلامتی یا بیماری کودک محسوب می شود، این آموزش به مادران ارائه می گردد. در واقع این روش درمانی انعطاف پذیری بسیار خوبی دارد که به ویژه در مورد والدینی که کودکان خاص دارند می تواند اثر بخش باشد (برات، اسونسون و راسنر (Bratt, Svensson & Rusner) ۲۰۱۹).

سوابق پژوهشی داخلی و خارجی حاکی از اثربخشی این درمان در جوامع آماری مختلف می باشد. به عنوان مثال قاسمی (۱۳۹۸) حاکی از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر شفقت ورزی بر خودکارآمدی و تاب آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه چوگری بود. نواب، دهقانی و کرباسی (۱۳۹۸)، نشان دادند گروه درمانی مبتنی بر خود شفقتی موجب بهبود احساس قدرت درونی و تغییر در اهداف و اولویت های زندگی در مادران دارای کودک بیش فعال شد. عبدالهی بقرآبادی (۱۳۹۷)، نشان داد آموزش خودشفقتی در کاهش میزان اضطراب، استرس و افسردگی مادران کودکان دارای اوتیسم تأثیر معنی داری داشته است. نوری و شهابی (۱۳۹۶)، نشان دادند آموزش شفقت به خود به طور معنی داری بر تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مؤثر بود. بشار، سرداری پور و قمری (۱۳۹۶)، در پژوهش خود نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش عواطف منفی اثر معنادار دارد. تارا، هابس، لورین و آرتور (Tara, Hobbs, Lorraine & Arthur) (۲۰۱۹)، در پژوهش خود نشان دادند خود شفقتی بر تاب آوری والدینی که به نوعی با بیماری مزمن و یا ناتوانی فرزندشان مواجه هستند اثر دارد. مارک (Mak) و همکاران (۲۰۱۸)، نشان دادند آموزش خود شفقتی میتواند سلامت روان را در زنان افزایش دهد. رابینسون، هاستینگز، ویس، پاگواتسین و لونسکی (Robinson, Hastings, Weiss, Pagavathsing & Lunsky, ۲۰۱۸)، در پژوهش خود رابطه بین شفقت

خود و تنیدگی های روان شناختی را در والدینی که فرزندان با اختلالات رشدی و هوشی داشتند بررسی کردند و نتیجه گرفتند، علی رغم سایر عوامل استرس زا، از قبیل شرایط نامطلوب اقتصادی، داشتن فرزند مبتلا به اختلال اختلال طیف اوتیسم و بار روانی بالای والدین، خودشفقتی بیشتر به سطوح پایین تنش و افسردگی مربوط می شود، نتایج پژوهش نف و فاسو (Neff & Faso) (۲۰۱۵)، نشان داد دلسوزی نسبت به خود در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم با رضایت از زندگی، بهزیستی و امید ارتباط مثبت و با افسردگی و استرس ارتباط منفی داشت. بازانو و همکاران ((Bazzano) (۲۰۱۵)، در پژوهشی آموزش آگاهی و افزایش شفقت به خود را در والدین کودکان با اختلال رشد آزمایش کرد و نتیجه افزایش بهزیستی و کاهش استرس را نشان داد.

داشتن فرزندی متفاوت از بسیاری جهات زندگی مادران را تحت تاثیر قرار می دهد به ویژه وقتی متفاوت بودن در این معنا به کار می رود که کودک نمی تواند اطلاعات را با حواس عادی خود به دست آورد، نمی تواند منظورش را برساند؛ یا اطلاعات را بیش از حد سریع یا بیش از حد کند پردازش کند. در نتیجه با توجه به کمبود تحقیقات گذشته در باب سلامت و ویژگی های روانشناختی مادران این کودکان، انجام تحقیقی به منظور کمک به بهبود شرایط زندگی آنان ضروری به نظر می رسد و لذا هدف پژوهشی حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه های روانی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام است. در راستای تحقق هدف پژوهش حاضر، فرضیه های زیر آزمون شدند.

۱. آموزش مبتنی بر شفقت خود بر مولفه های سرمایه های روانی در مادران دارای کودک آهسته گام اثر بخش است.

۲. آموزش مبتنی بر شفقت خود بر مولفه های بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام اثر بخش است.

۲. روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک آهسته گام دبستانی تشکیل داد که در زمستان سال ۱۳۹۸ در شهر تهران زندگی می کردند و فرزندان

آن‌ها تحت پوشش مراکز آموزشی استثنایی قرارداداشت. جهت نمونه گیری از بین مراکز آموزشی استثنایی شهر تهران ۱۰ مرکز به صورت نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد و از بین مراجعین آنها ۳۵ نفر (۱۵ نفر به ازای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه و ۵ نفر جهت به خاطر افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و رفع نقص ناشی از احتمال ریزش آزمودنی‌ها) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. این مادران به صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. سپس به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، داشتن فرزند آهسته گام، حضور در جلسات درمانی و عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت در جلسات درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. بعد از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و گزینش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر)، گروه آزمایشی اول تحت آموزش مبتنی بر شفقت خود و گروه کنترل در لیست انتظار آموزش قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایش و گواه در شرایط یکسان پس از آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش آزمون و پس از آزمون داده‌های گردآوری شده با آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. از جمله اصول رعایت شده اخلاقی عدم تضييع حقوق افراد شرکت کننده در پژوهش و رعایت حقوق انسانی آنها بود. همچنین بعد از اتمام جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آموزشی و اجرای پس آزمون، جلسات درمانی به طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. **مقیاس سرمایه روان شناختی لوتانز (۲۰۰۵):** این پرسشنامه برای سنجش سرمایه‌ی روان‌شناختی به کار می‌رود (لوتانز، ۲۰۰۷). این پرسش‌نامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوشبینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه درمقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت است و آزمودنی به هرگویه از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد. سؤالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده‌مقیاس خودکارآمدی، سؤالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس امیدواری، سؤالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده‌مقیاس تاب‌آوری و سؤالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده‌مقیاس خوشبینی می‌باشد. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس

به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نسبت کای دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است آماره‌ها در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ هستند (لوتانز و اولیو، ۲۰۰۷).

۲. پرسشنامه ۳۳ گویه ای بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸): این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان بهزیستی اجتماعی (همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی) می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم، ۱؛ مخالفم، ۲؛ نظری ندارم، ۳؛ موافقم، ۴؛ کاملاً موافقم، ۵) نمره‌گذاری شده است. کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تایید قرار داده است. او جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۴۱، به دست آمده که ضرایب قابل قبولی است. حیدری و غنایی (۱۳۸۷) در ایران پرسشنامه بهزیستی اجتماعی را بر روی ۶۳۲ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای استان مرکزی هنجاریابی کردند. نتایج حاصل از پژوهش آنها نشان داده که اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ است و نتایج تحلیل اکتشافی موید ساختار پنج عاملی این پرسشنامه با تغییر در برخی گویه‌ها در جامعه دانشجویی بود.

۳. محتوای آموزش مبتنی بر شفقت خود: گامهای درمانی این مطالعه مبتنی بر برنامه آموزشی گیلبرت (۲۰۱۴)، صورت پذیرفت. برنامه مداخله‌ای طی ۸ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه) با مشارکت مادران به آنها آموزش داده شد. برنامه مداخله توسط پژوهشگر، دانشجوی دکتری روان‌شناسی که دارای گواهی گذراندن دوره شفقت درمانی بود، اجرا شده است. جدول ۱، خلاصه‌ای از محتوای جلسه درمانی را نشان می‌دهد.

بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت ... (شراره روحی مطلق و دیگران) ۱۰۱

جدول ۱. شرح جلسات آموزشی مبتنی بر شفقت با خود

جلسه	هدف	محتوی
اول	آشنایی مادران با یکدیگر، با مربی و نحوه اجرای جلسات	برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت، تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	آموزش ذهن آگاهی	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بعد اشتیاق و بعد التیام، تصویرسازی مکان امن، تکالیف خانگی
سوم	بررسی ویژگی افراد شفقت‌ورز	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، تجربه مهربانی گرفتن از 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 خودتخریب گرانه، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	خودشناسی	مرور تمرین جلسه قبل، تجربه مهربانی کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مهرورز و یا غیرمهرورز با توجه به مباحث آموزشی، تصویرسازی خود مهربان، تکالیف خانگی
پنجم	تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد اشتیاق)، تکالیف خانگی
ششم	مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)	مرور تمرین جلسه قبل، تکمیل فرم مصاحبه ذهن مهربان (بعد التیام بخش)، تکالیف خانگی
هفتم	نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران	مرور تمرین جلسه قب، بررسی تأثیرات تاریخچه‌ای و گذشته زندگی مراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت، تکالیف خانگی
هشتم	مرور و بازنگری جلسات قبل و اجرای پس آزمون	جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

۳. نتایج

ویژگی های دموگرافیک مادران شرکت کننده در پژوهش به شرح جدول ۲ بود.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	میانگین سن	تحصیلات			
		دیپلم	کاردانی	کارشناسی	کارشناسی ارشد
آزمایش	۳۱/۵۲	۳	۱	۸	۳
گواه	۳۰/۱۱	۴	۲	۶	۳

در جدول ۳، اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد و نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگرف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه باینکه ه آماره Z این آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرمایه روان‌شناختی	آزمایش	۴۸/۵۷	۲/۹۹	۶۱/۲۸	۳/۱۹
	گواه	۴۷/۴۲	۴/۴۲	۵۰/۵۷	۵/۲۸
بهبودی اجتماعی	آزمایش	۸۵/۴۰	۵/۷۴	۱۲۳/۶۰	۸/۹۰
	گواه	۸۳/۴۶	۶/۹۰	۸۴/۸۶	۷/۰۶
کالموگروف-اسمیرنوف				Z	P
				۰/۹۷	۰/۹۰
			۰/۸۹	۰/۱۰	
			۰/۹۴	۰/۵۱	
			۰/۸۸	۰/۰۷	

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایشی و گروه و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر سرمایه روان‌شناختی و بهبود اجتماعی برقرار بود. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس

بررسی کارآمدی آموزش مبتنی بر شفقت ... (شراره روحی مطلق و دیگران) ۱۰۳

استفاده شد که معنی دار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون بود. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره های پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا	اندازه اثر
سرمایه روان شناختی	۷۵/۰۶	۱	۷۵/۰۶	۴/۷۸	۰/۰۳	۰/۶۴	۰/۸۶
بهبودی اجتماعی	۱۵۱/۳۶	۱	۱۵۱/۳۶	۲۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۹۰

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته سرمایه روان شناختی نشان می دهند که بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنی دار دیده می شود. بنابراین آموزش مبتنی بر شفقت خود بر متغیر سرمایه روان شناختی تأثیر معنی داری دارد. همچنین نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته بهزیستی اجتماعی نشان می دهند که بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنی دار دیده می شود. بنابراین آموزش مبتنی بر شفقت خود بر متغیر بهزیستی اجتماعی تأثیر معنی داری دارد. لذا فرضیه های پژوهش تایید شد.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام بود. یافته ها نشان داد که این آموزش بر افزایش سرمایه روان شناختی و بهزیستی اجتماعی در مادران کودکان آهسته گام اثربخش است. اولین یافته نشان داد، آموزش مبتنی بر شفقت خود بر سرمایه روان شناختی در مادران دارای کودک آهسته گام مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش های قاسمی (۱۳۹۸)، نوری و شهابی (۱۳۹۶)، تارا و همکاران (۲۰۱۹)، رایبسنسون و همکاران (۲۰۱۸)، هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می توان چنین اظهار داشت که، مادران دارای کودک آهسته گام اغلب یک سری احساسات پیچیده را مانند دل تنگی

نامیدی افسردگی استرس و احساس گناه و شرم تجربه می‌کنند. این خود سبب درگیری آن‌ها در انواع هیجانات منفی خواهد شد و مشکلات هیجانی به نوبه خود پیشامدی منفی برای سرمایه‌های روانشناختی محسوب می‌شوند. بنابراین مدیریت این هیجانات می‌تواند به بهبود سرمایه‌های روانی کمک کند. شفقت به خود راه کارهای موثری برای دستیابی به حداکثر توان جهت مدیریت هیجانات دربردارد (گیلبرت، ۲۰۱۴). آزمودنی‌ها از طریق ذهن آگاهی در جلسات اول آموزش می‌بینند از افکار رفتارها و هیجاناتی که در لحظه حاضر در جریان است آگاه شده و این آگاهی با آموزش در جلسات بعدی تحت عنوان برچسب زدن به هیجانات و تمرین در این خصوص سبب می‌شود که این افراد از حضور هیجانات و پذیرش آنها بهره‌مند شوند. از طرف دیگر داشتن افکار مشفقانه نسبت به خود و راهکارهای مراقبت از خود در جلسات بعدی آموزش داده می‌شود برای این مادران به مانند حفاظت در برابر مشکلات زندگی عمل کرده و نقش مهمی را در بهبود تاب‌آوری آن‌ها ایفا می‌کند. این مادران اغلب از اینکه فرزندشان دچار اختلال شده خود را مقصر می‌دانند و خودکارآمدی پایین داشته و خود را در این خصوص سرزنش می‌کنند. این سرزنش به نوبه خود می‌تواند زمینه‌ای برای اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود بنابراین می‌توان با آموزش و تمرین‌های مدیتیشن عشق و محبت در خصوص بخشش خود و دیگران به آنها کمک نمود تا از قضاوت سرسختانه در مورد خود فاصله بگیرد و سلامت روان و سرمایه روانشناختی بالاتری داشته باشد.

یافته دیگر نشان داد، آموزش مبتنی بر شفقت خود بر بهزیستی اجتماعی در مادران دارای کودک آهسته گام مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عبدالهی بقرآبادی (۱۳۹۷)، سرداری پور و قمری (۱۳۹۶)، نف و فاسو (۲۰۱۵)، بازانو و همکاران (۲۰۱۵)، هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که، این زنان که علاوه بر نقش مادری نقش‌های فردی و اجتماعی دیگری را نیز ایفا می‌کنند، در تما جوانب زندگی خود تحت تاثیر فرزند کم توان خود هستند و به دلیل نیاز ویژه‌ای که دارند، با درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی می‌توان با به کارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی آنها را افزایش داده و سبب بیشتر شدن بهزیستی اجتماعی شد (بلات و ایزنلوهرمال (Bluth & Eisenlohr-Moul) ۲۰۱۷). خود شفقتی بر پذیرش خود و پذیرش تجربه خود در چارچوب مهربانی با خویشتن و با هوشیاری تاکید دارد (باتیستا (Batista) و همکاران، ۲۰۱۵). مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت

به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. باور به اینکه همه انسانها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و مشکلاتی دارند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است. ذهن‌آگاهی درمقابل همانند سازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند که به کارگیری این فرایندها سبب کاهش رنج درونی، پریشانی روان‌شناختی و بهزیستی در این مادران می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان پیشنهاد داد در مراکز مشاوره و به ویژه در مدارس و مراکز نگهداری از کودکان کم توان، علاوه بر توجه به این کودکان به دلیل تاثیر بسیار زیادی که مادران این کودکان بر زدی آنها دارند به ویژگی‌های روان‌شناختی مادران نیز توجه شده و جلسات مشاوره آموزش شفقت ورزی برای ایشان، اجرا گردد و همچنین، انجام پژوهش‌های مشابه در دیگر جوامع با توجه به ویژگی‌های خاص هر گروه می‌تواند، تعمیم نتایج این پژوهش را امکان‌پذیر سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نبود مرحله پیگیری به دلیل شروع همه گیری بیماری کوید-۱۹ بود که ماندگاری نتایج را با تردید مواجه می‌سازد، لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری نیز اجرا گردد.

کتابنامه

آقایی، صدیقه؛ یوسفی، زهرا (۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان استثنایی (کم‌توان ذهنی). *فصلنامه خانواده‌پژوهی* ۱۳(۵۰)، ۲۳۷-۲۵۰.

بشار، مهسا؛ سرداری پور، مهران؛ قمری، محمد (۱۳۹۶)، اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش عواطف منفی بیماران افسرده، سومین همایش بین المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران، انجمن افق نوین علم و فناوری. <https://civilica.com/doc/769921>

رحیمی، مهدی؛ افراسیابی، حسین؛ رستم پور گیلانی، طیبه؛ قدوسی نیا، عطیه. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم توانی ذهنی بر زندگی مادران: رویکرد کیفی. *روانشناسی افراد استثنایی*. ۷(۲۶)، ۷۰-۴۵.

عبداللهی بقرآبادی، قاسم (۱۳۹۷). بررسی میزان اثربخشی برنامه مبتنی بر آموزش خود شفقتی بر میزان اضطراب، استرس و افسردگی مادران کودکان دارای اتسیم. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۸(۲)، ۸۷-۹۸.

قاسم زاده، سوگند؛ نقدی، نیره؛ افروز، غلامعلی. (۱۳۹۶). تأثیر بازی‌ها و فعالیت‌های مبتنی بر پروژه شیر بر مهارت‌های حرکتی درشت و ظریف کودکان آهسته‌گام نشریه رشد و یادگیری حرکتی، ۹(۳)، ۴۴۵-۴۵۶.

قاسمی، زینب (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی متمرکز بر خود-شفقتی بر خود-کارآمدی و تاب‌آوری مادران دارای فرزندان دچار اختلال سرکشی ستیزه‌جوگری. آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده. ۵(۲)، ۵۳-۶۶.

نواب، مژگان؛ دهقانی، اکرم؛ کرباسی، افسانه (۱۳۹۸). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک. ۶(۱)، ۲۳۹-۲۵۰.

نوری، حمیدرضا؛ شهابی، بهاره. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتسیم. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۸(۳)، ۱۱۸-۱۲۶.

Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.

Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional wellbeing outcomes. *Journal of Adolescence*, 57: 108-118

Bratt, A. S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1684166.

Carlson, J. M., & Miller, P. A. (2017). Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy & Behavior*, 68, 168-173.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.

Hoi Shan, S.C., Annie, T., Yee Sian, C., Hawkins, R., Lee Ka But, A., & Shiu, M. (2008). Children's social and emotional well-being in Singapore. *Research Monograph*, 7, 22-30

Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121- 140.

- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological capital: Developing the human competitive Edge. New York: Oxford University Press.
- Mak, W. W., Tong, A. C., Yip, S. Y., Lui, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., & Wong, C. C. (2018). Efficacy and moderation of mobile app-based programs for mindfulness-based training, self-compassion training, and cognitive behavioral psychoeducation on mental health: Randomized controlled noninferiority trial. *JMIR mental health*, 5(4), e60.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Oshodi, Y. O., Umeh, C. S., Afolabi Lesi, F. E., Eigbike-Aideyan, M., & Adeyemi, J. D. (2014). Burden and psychological challenges in caregivers of children with intellectual disabilities in a child neurology clinic in Lagos, Nigeria. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(4), 226-234.
- Robinson, S., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Pagavathsing, J., & Lunskey, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 454-458.
- Tara, M., Hobbs, M. A., Lorraine, M., & Arthur, K. C. (2019). The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children with Chronic Illness or Disability: A Conceptual Model. *Frontiers in Psychology*, 10, 1602.
- Vandesande, S., Bosmans, G., & Maes, B. (2019). Can I be your safe haven and secure base? A parental perspective on parent-child attachment in young children with a severe or profound intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 93, 103452.