

## The Comparison of Effectiveness of Self-Compassion and Emotion-Focused Therapy in Decreasing Psychophysical Vulnerability in Mothers of Children with Learning Disability

**Farzaneh Amjadiyan** 

Ph.D. Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Asghar Jafari** \*

Assistant Professor, Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran.

**Mohammad Ghamari** 

Associate Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

### Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of self-compassion training and emotion-focused therapy in decreasing psychophysical vulnerability in mothers of children with a learning disability. The method was quasi-experimental and with a pre-test, post-test design, and two-month follow-up. The control group was the population that included mothers of children with a learning disability who were referred to the Payvand counseling clinic in ۲۰۲۰-۲۰۲۱ in Melard city. Through purposeful sampling, ۴۵ participants were selected and randomly assigned to one group of EFT, one group of SCT, and one group of control,  $n_1=n_2=n_3=۱۵$ . Derogatis & et al's (۱۹۷۴) SCL-۲۵ questionnaire was administered on three groups and Gilbert's (۲۰۱۴) SCT on one group and Goldman and Greenberg, s (۲۰۱۵)

\* Corresponding Author: a.jafari@kashanu.ac.ir


**How to Cite:** Amjadiyan, F., Jafari, A., Ghamari, M. (۲۰۲۲). The Comparison of Effectiveness of Self-Compassion and Emotion-Focused Therapy in Decreasing Psychophysical Vulnerability in Mothers of Children with Learning Disability, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, ۲۲(۴۷), ۱۱۵-۱۴۹.


EFT on one group, and data were analyzed using repeated measurement analysis. Results showed that SCT and EFT had significantly decreased psychophysical vulnerability ( $P < 0.01$ ). EFT had more effect and these effects remained at follow-up. Since SCT and EFT likely lead to modification, experience, and acceptance of emotions, psychophysical vulnerability decreased. Hence, these can be used as efficient packages for improving the health of mothers of children with learning disabilities.


**Keywords:** Emotion, Compassion, Psychophysical Vulnerability, Learning disability.



## مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی - بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری

فرزانه امجدیان  دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

اصغر جعفری  \* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

محمد قمری  دانشیار گروه مشاوره، واحد ایهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ایهر، ایران.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش شفقت به خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی - بدنی مادران دارای کودک ناتوان یادگیری انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و یک پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری مادران کودکان ناتوان یادگیری مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پیوند در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ در شهرستان ملارد بودند. ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در یک گروه آزمایش ۱۵ نفره تحت برنامه آموزش شفقت خود، یک گروه آزمایش ۱۵ نفره تحت درمان هیجان‌مدار و یک گروه ۱۵ نفره کنترل جایگزین شدند. چک لیست علائم SCL-۲۵، دراگو تیس و همکاران (۱۹۷۴) روی سه گروه و برنامه‌های آموزش شفقت خود، گیلبرت (۲۰۱۴) برای یک گروه آزمایش و درمان هیجان‌مدار گولدمن و گرینبرگ (۲۰۱۵) برای گروه آزمایش دیگر اجرا و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش شفقت خود و درمان هیجان‌مدار آسیب‌پذیری روانی - بدنی را کاهش می‌دهند ( $P < 0.01$ ). درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری دارد و این تاثیرات در مرحله پیگیری پایدار بودند. از آن جایی که آموزش شفقت خود و درمان هیجان‌مدار احتمالاً منجر به تغییر، تجربه و پذیرش هیجان‌ها می‌شوند، آسیب‌پذیری مادران را کاهش می‌دهند. بنابراین می‌توان از این روش‌های کارآمد برای بهبود سلامت مادران کودکان ناتوان یادگیری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: هیجان، شفقت، آسیب‌پذیری روانی - بدنی، ناتوانی یادگیری.

\* نویسنده مسئول: a.jafari@kashanu.ac.ir

## مقدمه

ناتوانی‌های خاص یادگیری<sup>۱</sup> اخیراً به‌طور چشمگیری گسترش یافته و توجه متخصصان آموزش را بیشتر به خود جلب کرده است. علاوه بر کودکان ناشنوا، نابینا و عقب‌مانده ذهنی، کودکانی هستند که کلمات را درک نمی‌کنند و علیرغم آنکه از نظر ذهنی طبیعی هستند با روش‌های متداول آموزشی یاد نمی‌گیرند (هاگنر، ریکامینی، لی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). این دسته از کودکان گروه ناهمگنی را تشکیل می‌دهند که در گروه‌بندی کودکان استثنایی نمی‌گنجد، ولی از نظر تحول و یادگیری زبان، ادراک دیداری و شنیداری، خواندن، نوشتن و حساب مشکل دارند (افروز، ۱۳۹۹). اختلال یادگیری، نوعی اختلال عصبی-تحولی است که بر نقش فرآیندهای روانی اصلی در یادگیری؛ خواندن، نوشتن و ریاضی تأثیر می‌گذارد (وینیاک و سخون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ناتوانی یادگیری در طبقه اختلال‌های عصبی-تحولی قرار دارد که به‌صورت مشکلات یادگیری و نارسایی در خواندن، نوشتن و ریاضی در سال اول تحصیلی آشکار می‌شود. بر اساس تغییرات جدید در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup>، اختلال یادگیری خاص<sup>۵</sup> با عنوان ناتوانی در یادگیری آورده شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) که تحت تأثیر خصوصیات کودکان، عوامل خانوادگی و اجتماعی است. دیدگاه والدین نسبت به ناتوانی فرزندشان بسیار مهم است؛ زیرا خانواده به‌عنوان منبع حمایتی تأثیر زیادی بر تحول شخصیت کودک دارد (سینگر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). این کودکان ارتباط ضعیفی با والدینشان دارند که پویایی محیط خانواده را تهدید می‌کند (هوگان، شاندر و مسل، ۲۰۰۷).

والدین کودکان ناتوان یادگیری، به دلیل ناتوانی فرزندشان، فشار روانی شدید و

۱. Specific learning disability

۲. Hughes, Riccomini & Lee

۳. Vinayak & Sekhon

۴. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM)

۵. specific learning disorder

۶. Singer

اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد ابتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب هستند (کارانده، کامبهاره، کولکارنی، شاه<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). مادران کودکان ناتوانی یادگیری نسبت به پدران، فشار روانی بیشتر، رفتارهای سازش‌نا یافته، بدبینی درباره آینده کودک، مصرف داروهای ضدافسردگی و جستجوی درمان بیشتری را تجربه می‌کنند (هسیاو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). از طرفی دیگر، ناتوانی‌های یادگیری دانش‌آموزان ضربه‌های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌ها وارد می‌کند. والدین کودک ناتوان یادگیری، مشکلات سازشی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. آن‌ها محدودیت‌های بیشتری مانند احساس محرومیت و استرس و افسردگی نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند و مستعد آسیب‌پذیری روانی و جسمانی هستند (روآچ، آرموند و بارات<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ والتین، درمات و اندرس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). آسیب‌پذیری احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت‌های معین است. آسیب‌پذیری ممکن است در اثر وراثت، اضطراب و نگرانی زیاد، فقدان برخی مهارت‌ها مانند ناتوانی و عدم آرامش به هنگام تصمیم‌گیری و یا روبرو شدن با تجربه‌های دردناک افزایش یابد (آزاد، ۱۳۹۹). آسیب‌پذیری به عوامل خانوادگی، اختلالات جسمانی، ژنتیک، عوامل استرس‌زای روانی و اجتماعی ربط دارد. هر فردی آستانه خاصی برای آسیب‌پذیری و توانائی مدارا با استرس دارد؛ بنابراین تأثیر کودک ناتوان یادگیری بر خانواده یک تأثیر دو سویه است (گارمزی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹).

با توجه به رابطه متقابل ناتوانی یادگیری و خانواده، پژوهشگران دریافته‌اند که علاوه بر ریشه‌های عصب‌شناختی، محیط خانواده نیز در شکل‌گیری و تشدید ناتوانی یادگیری تأثیر دارد. والدین کودکان ناتوانی یادگیری استرس والدینی بیشتر، سبک مقابله‌ای ناکارآمد و سبک والدینی نامناسبی دارند (بونیفاسی، استورتی، توبیا و سوار دی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). بنابراین

---

۱. Karande, Kumbhare, Kulkarni, Shah

۲. Hsiao

۳. Roach, Ormond & Barratt

۴. Valentine, McDermott & Anderson

۵. Garmezzy

۶. Bonifacci., Storti., Tobia & Suardi

در صورتی که والدین دچار اختلال‌های روان‌شناختی باشند، آن‌ها نیز باید موضوع درمان قرار گیرند تا بتوانند این شرایط تنش‌زا را مدیریت کنند و درمان فرزندشان را تسهیل کنند. به‌ویژه مادران که بیشتر درگیر مشکلات روانی کودک می‌شوند و بحران‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (ایسنهور، بیکر و بلچر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). در بحث سلامت روانی، رابطه مادر و کودک، اهمیتی ویژه دارد و هرگونه تغییر در یکی روی دیگری اثر می‌گذارد. بر این اساس، اختلال‌های روان‌شناختی مادر بر رابطه او با فرزندش اثر می‌گذارد و تغییر رفتار کودک، مادر را متأثر می‌سازد (عبدالکریمی، موسوی، کوشا و خسرو جاوید، ۱۳۹۱). تا الآن پژوهش‌های مداخله‌ای محدودی درباره آسیب‌پذیری روانی و بدنی والدین انجام شده است.

تاکنون روش‌های درمانی گوناگونی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی، رفتاری و هیجانی مادران دارای کودکان مشکل‌دار بکار گرفته شده‌اند. این درمان‌ها در دو طبقه روش‌های درمان دارویی و روش‌های درمان روانی - اجتماعی و دارویی قرار دارند (بل<sup>۲</sup>، کان، استریلاگی، آلپرت - گیلیس، وبستر - استراتون، مانلی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از روش‌هایی که به نظر می‌رسد در کاهش آسیب‌پذیری روانی و بدنی والدین کودکان با ناتوانی یادگیری مؤثر است، آموزش شفقت خود<sup>۴</sup> است. شفقت خود یعنی توانایی نزدیک شدن به رنج و وقایع منفی، بدون داشتن نگرش سخت و انتقادی نسبت به خود شخص است. این افراد نسبت به خود شفقت می‌ورزند، رنج و تجربیات را به‌عنوان بخشی از زندگی می‌پذیرند و احساسات و افکار رنج‌آور خود را آگاهانه مشاهده می‌کنند (نف، ۲۰۰۹). از آنجایی که زنان دارای شفقت خود بالا کمتر خود را داوری می‌کنند، وقایع دردناک را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان بر اساس عملکرد واقعی است و کمتر دچار اضطراب، افسردگی و مشکلات فیزیولوژیکی می‌شوند (شیوندی،

۱. Eisenhower, Baker & Blacher

۲. Bell

۳. Conn, Szilagy, Alpert-Gillis, Webster-Sratton & Manly

۴. Self-Compassion

نعیمی و فرشاد، ۱۳۹۵). شفقت‌خود کمک می‌کند افراد در تجربه سختی‌ها، با آرامش بیشتری با مشکلات و رنج‌های خود مواجه شوند و سازگار شوند (نف و فاسو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). افراد دارای شفقت‌خود بالا، در مواجهه با استرس، پاسخ‌های فیزیولوژیکی مناسب و بهزیستی هیجانی بالاتری دارند (بلاث<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت‌خود در شرایط پراسترس پاسخ‌سازگارتی در فرد ایجاد می‌کند (فینلی-جونز، ریس و کانه<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

نف و فاسو (۲۰۱۴) معتقدند که شفقت‌خود سه مؤلفه دارد. محبت نسبت به خود<sup>۴</sup> در مقابل قضاوت نسبت به خود<sup>۵</sup> (درک خود به‌جای قضاوت، مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی<sup>۶</sup> در مقابل انزوا<sup>۷</sup> (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند)، ذهن‌آگاهی<sup>۸</sup> در مقابل همسان‌سازی افراطی<sup>۹</sup> (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته شوند). در حقیقت پرورش شفقت‌خود، خردمندی در فرد ایجاد می‌کند. این ویژگی کمک می‌کند که افراد بی‌فایده بودن خودانتقادی را درک و مهربان بودن بیشتر با خود را انتخاب کنند (رنجبرکهن، ۱۳۹۵). از نظر زیسین، دیک‌خاسر و گاربه<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵) شفقت‌خود دستیابی به نتایج مطلوب در آینده و تلاش بیشتر در اتخاذ رویکرد فعالانه مراقبت از خود را پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای شفقت‌خود بالا، تمایل به تجربه سطح بالاتری از احساسات خوشایند و مثبت دارند. نتایج پژوهش رستمی، قزلسفلو، محمدلو و قربانیان (۱۳۹۴) نشان داد که شفقت‌خود بالاتر با سلامت روانی بالاتر همراه است. آموزش شفقت به خود سبب امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان

۱. Neff, Faso

۲. Bluth

۳. Finlay-Jones, Rees, Kane,

۴. Self-Kindness

۵. Self-Judgment

۶. Common Humanity

۷. Isolation

۸. Mindfulness

۹. Over-Identification

۱۰. Zessin, Dickhauser, Garbade

ناتوان یادگیری می‌شود (صالح‌آبادی و ناعمی، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش کولز، رندل-فیلیپس و مدلی<sup>۱</sup> (۲۰۱۹) بر روی افراد مبتلا به استرس پس از سانحه نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود می‌تواند توانمندسازی فردی و امنیت روانی افراد را افزایش دهد و خودانتقادی آنان را کاهش دهد. بر این اساس به نظر می‌رسد آموزش شفقت خود می‌تواند آسیب‌پذیری بدنی-روانی مادران کودکان ناتوان یادگیری را کاهش دهد.

از آنجایی که مادران دارای کودکان با ناتوانی یادگیری فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند، معمولاً سلامت عمومی پایین دارند (کرانده و همکاران، ۲۰۰۹؛ حسینی‌قمی و جهان‌بخشی، ۱۴۰۰). حضور این دسته از کودکان در خانواده، گستره‌ای از پیامدهای منفی مانند استرس والدینی، اختلاف بین والدین، بروز هیجان‌های منفی در مادر و مشکلات در مدرسه ایجاد می‌کنند (دیسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). این مادران توانایی درک احساسات خودشان را ندارند و قادر نیستند احساسات خود را به خاطرات و تخیلات خود ربط دهند (هوری و کیم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). همچنین این مادران به لحاظ شناختی نمی‌توانند احساسات خود را بشناسند و شرایط آسیب‌زا را تجربه کنند (دینسر، آیاز و اوگوز<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). بنابراین مادران دارای کودکان با ناتوانی یادگیری به لحاظ ابراز هیجان مشکل دارند و معمولاً اضطراب دارند و واکنش روانی آن‌ها به مشکل فرزند با آسیب‌پذیری همراه است.

بر این اساس به نظر می‌رسد یک روش درمانی که می‌تواند در مقابله والدین کودکان ناتوان یادگیری با اثرات هیجان‌های منفی و در نتیجه کاهش آسیب‌پذیری والدین کودکان ناتوان یادگیری نقش داشته باشد، درمان هیجان‌مدار<sup>۵</sup> است. درمان هیجان‌مدار یک روش درمانی انسان‌گرا و تجربی است (گرینبرگ و گلر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). در درمان

۱. Cowles, M, Randle-Phillips, C, & Medley

۲. Dyson

۳. Hori, Kim

۴. Dincer, Ayaz, & Oguz

۵. Emotion- focused Therapy

۶. Greenberg & Geller



هیجان‌مدار تمرکز درمانگر نه تنها روی به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی انکار یا تحریف‌شده درمانجو است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (گرینبرگ و واتسون<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). از منظر رویکرد هیجان‌مدار، انسان‌ها به صورت نظام‌های پویایی عمل می‌کنند که فرآیندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه‌سازی می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد (پاسکال لیون و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی ناخوشایند، فرآیندی دشوار است و رسالت درمانگر هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد یک رابطه کارآمد، آموزش مهارت تنظیم هیجان است (گلینبرگ و گلر، ۲۰۱۹).

در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌های سازگار و ناسازگار اولیه، هیجان‌های ثانویه و ابزاری بررسی می‌شوند (اسانو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). هیجان‌ها، در سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس نسبت به خود و جهت‌گیری به سمت دیگران نقش دارند. درمان هیجان‌مدار سه راهبرد دارد: اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس، اضطراب و شرم، دسترسی به هیجان‌های انطباقی مهارشده مانند خشم و اندوه و فراهم کردن یک تجربه اصلاحی با درمانگر. هدف مهم این رویکرد، کمک به افرادی است که احساسات و نیازهایشان را روشن‌سازی کنند و پذیرش عاطفی بیشتری داشته باشند. همچنین تجربه هیجان‌ها در سازگاری شناختی و اجتماعی افراد با بیماری نقش اساسی دارند (کوچلین، کواکلی، اشچلر، ورنر و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های چیلینگ، باکن، بارنت و راگلند<sup>۵</sup> (۲۰۱۳) و وستمکوت و ادموندستون<sup>۶</sup> (۲۰۲۰) حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علائم هیجانی نابهنجارهای مختلف است. ضیغمی و پوربهالدینی (۱۳۹۰) گزارش

۱. Greenberg & Watson

۲. Pascual-Leone & Johnson

۳. Asano

۴. Koechlin, Coakley, Schechter, Werner & et al

۵. Chilling, Baucon, Burnet, Ragland

۶. Westmacott, Edmondstone

کردند که بین سلامت عمومی و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش سووگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) نشان داد که درمان هیجان‌مدار اضطراب بیماران را کاهش می‌دهد و علائم روان‌شناختی آسیب‌زا مانند نگرانی و فشار روانی بیماران را کاهش می‌دهد. پژوهش‌های قبلی بیشتر به مشکلات خود کودکان با ناتوانی یادگیری پرداخته‌اند. در صورتی که ورود یک کودک با ناتوانی یادگیری در خانواده به لحاظ عاطفی و هیجانی سلامت روانی مادران را کاهش می‌دهد و زمینه آسیب‌پذیری روانی- جسمانی را آنان ایجاد می‌کند. بر این اساس نتایج پژوهش حاضر با تأکید بر تغییر و درمان ابعاد عاطفی و هیجانی می‌تواند نویدبخش کاهش زمینه‌های آسیب‌پذیری مادران کودکان با ناتوانی یادگیری باشد. هدف درمان مبتنی بر شفقت خود، کمک به بهبود هیجانی و روانی افراد به وسیله تشویق آن‌ها به مهربانی با خود و دیگران است (باسیونی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹)؛ و هدف درمان هیجان‌مدار غلبه بر انسداد هیجانی و رهاسازی هیجان‌های سرکوب‌شده، آگاهی از وجود انسداد هیجانی و بررسی منشأ آن و سایر اتفاقاتی است که سبب ماندگاری آن‌ها شده‌اند (نونس<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). بر این اساس مطالعه اثربخشی این برنامه درمانی می‌تواند رهنمودهایی را در خصوص مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای مادران دارای کودکان با ناتوانی یادگیری ارائه نمود؛ بنابراین با توجه به شیوع ۵ تا ۱۵ درصدی ناتوانی‌های یادگیری (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳) و تأثیر آن در آسیب‌پذیری روانی- بدنی مادران و نقش کلیدی مادران در نظام سلامت خانواده (بهرامی و زهادی، ۱۳۹۷) و نگرانی درباره پیامدهای منفی ناتوانی یادگیری در زندگی خانوادگی و آینده کودکان، انجام این پژوهش ضرورت داشت. لذا این پژوهش باهدف مطالعه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت خود در کاهش آسیب‌پذیری روانی- بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری انجام شد.

---

۱. Suveg

۲. Basyouni

۳. Nunes

## روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری کلیه مادران دارای کودکان ناتوان یادگیری مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره پیوند آموزش و پرورش شهرستان ملارد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه آسیب‌پذیری روانی-بدنی، ۴۵ نفر که اضطراب، پرخاشگری و شکایت جسمانی بالایی داشتند و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی و مساوی در گروه آزمایش ۱۵ نفره تحت آموزش شفقت‌خود و گروه آزمایش ۱۵ نفره تحت درمان هیجان‌مدار و یک گروه ۱۵ نفره کنترل جایگزین شدند. از آنجایی که اضطراب، پرخاشگری و شکایت جسمانی پایه‌های اصلی آسیب‌پذیری روانی-بدنی هستند و سایر اختلالات شناختی، عاطفی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳)، در این پژوهش به‌عنوان ملاک انتخاب شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مادران دارای کودک ناتوان یادگیری، کسب نمره ۱۰ به بالا در پرسشنامه آسیب‌پذیری روانی-بدنی، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی یا در کارگاه‌های روان‌شناسی قبل یا هم‌زمان با پژوهش حاضر، عدم مصرف داروها و تمایل به انجام تکالیف جلسات و معیارهای خروج نیز عدم همکاری لازم در مراحل پژوهش و غیبت در دو جلسه متوالی بودند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، اهداف و چشم‌انداز پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه آنان در پژوهش کسب شد. همچنین رازداری در اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش رعایت شد. در صورت عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه همکاری، ترک پژوهش بدون پیامد منفی برای آن‌ها امکان‌پذیر بود.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه چک‌لیست علائم '۲۵-SCL: این پرسشنامه ۲۵ سؤالی فرم کوتاه شده پرسشنامه SCL-۹۰ است که توسط دراگوتیس، لیمن، ریکلز، اوکلنهایث و کووی<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) طراحی شد. این پرسشنامه ۹ بعد شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را می‌سنجد. پاسخگویی به سؤالات بر اساس طیف ۵ درجه‌ای از هیچ (صفر)، کمی (۱) تا جدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد یا به‌شدت (۴) صورت می‌گیرد. نمره کل آسیب‌روانی عمومی و نمره بالاتر آسیب‌پذیری بیشتر را نشان می‌دهد. میانگین دو و بالاتر در نمرات خام کل پرسشنامه، نشانه وجود علائم جدی محسوب می‌شود. فرم کوتاه شده در دانشگاه اهواز هنجاریابی شد. آلفای کرونباخ نسخه جدید را ۰/۹۷ برای زنان و ۰/۹۸ برای مردان و ضرایب بازآزمایی را نیز با فاصله ۵ هفته در کل نمونه ۰/۷۸، زنان ۰/۷۷ و مردان ۰/۷۹ گزارش کردند (نجاریان و داودی، ۱۳۸۰). در پژوهش تنهایی رشوانلو و سعادت‌شامیر (۱۳۹۴) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با الگوی مؤلفه‌های اصلی چرخش واریماکس از ساختار ۷ عاملی حمایت کرد که ۸۲/۱۶ درصد واریانس را تبیین کرد. تحلیل عاملی تأییدی نیز حاکی از برازش مناسب ساختار ۷ عاملی بود. همبستگی منفی و معنی‌دار بین خرده‌مقیاس‌های SCL-۲۵ و ابعاد بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد که نشان‌دهنده روایی و آگرایی مناسب SCL-۲۵ بود. بررسی پایایی ابزار نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری میان خرده‌مقیاس‌ها وجود دارد و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ و ضرایب دو نیمه‌سازی ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ برای خرده‌مقیاس‌ها و کل آزمون به‌دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ برای خرده‌مقیاس‌ها به‌دست آمد.

۲. برنامه آموزش شفقت‌خود گیلبرت (۲۰۱۴): این برنامه از کتاب شفقت‌خود گیلبرت

۱. Symptom Checklist ۲۵

۲. Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, Covi

مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان مدار در...؛ امجدیان و همکاران | ۱۲۷

(۲۰۱۴) ترجمه اثباتی و فیضی (۱۳۹۷) گرفته شد و در ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه برای گروه آزمایشی یک اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش شفقت خود

جلسه	اهداف	شرح جلسه	تکلیف جلسه
اول	آشنایی، معرفی برنامه آموزشی	آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه، مرور قوانین گروه، توضیح درباره ساختار و اهداف جلسه، اجرای پیش‌آزمون و توضیح درباره ماهیت شفقت و اصول آن.	تهیه لیستی از رنج‌ها، نگرانی‌ها و شیوه‌های مقابله خود با آن‌ها
دوم	آموزش ذهن آگاهی	خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش و اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی مانند تمرین تنفس، تمرین متمرکز بر شیء، تمرین وارسی بدن، تمرین خوردن و لمس کردن کشمش	انجام دقیق تمرین‌های ذهن آگاهی در منزل
سوم	تمرین مهربانی و شفقت	بازخورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسه گذشته، اهمیت تربیت ذهن مهربان، احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت با استفاده از عبارات (من احساس امنیت می‌کنم، من با خود مهربان هستم، من افکار و احساسات استرس‌زا را از ذهن خود بیرون می‌کنم) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، تمرین تصویرسازی از مکان امن.	انجام تمرین‌های جلسه در منزل و به کارگیری آن‌ها در زندگی روزمره خود
چهارم	یافتن جایگاه شفقت در خود	مرور تکلیف جلسه قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تقویت رفتارهای شفقت با خود، تمرین مهربانی کردن با خود با استفاده از عبارات (من تو را دوست دارم و نمی‌خواهم تو رنج بکشی، تمرین مهربانی گرفتن از دیگران)، پرورش ذهن مهربانانه، اجرای تمرین دو صندلی	تکرار این عبارات در زندگی روزانه و همچنین اجرای تکلیف مهربانی کردن با خود و دیگران.
پنجم	عمیق زندگی کردن	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، بررسی و کشف موارد مهمی که به زندگی فرد معنا می‌بخشد، انجام تمرین تصویرسازی از یک زندگی پربار و ارزشمند، نامه نوشتن درباره انتقاد مهربانانه از زندگی خود، تمرین استعاره یک روز عالی	انجام تمرین‌های جلسه در منزل و پیگیری عمق بخشیدن به آن‌ها
ششم	مدیریت احساسات و	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، آموزش رابطه بین اجزاء	آرام‌سازی جسمانی و روانی با تمرین‌های ذهن

جلسه	اهداف	شرح جلسه	تکلیف جلسه
	عواطف دشوار	فیزیکی، روانی و ذهنی عواطف دشوار و چگونگی تأثیر این اجزا ء بر یکدیگر، اجرای تمرین‌های آرامش بخشی فیزیکی و آرام بخشی روانی و فکری، معرفی استدلال منطقی و استدلال مهربانانه، معرفی تجربه حسی مهربانانه	آگاهانه، همچنین رها کردن ذهن خود از افکار منفی
هفتم	تغییر روابط	بازخورد جلسه گذشته، خلاصه‌ای از جلسه گذشته، شناسایی تمام رابطه‌های درد آور قطع شده با خود و دیگران و زمینه‌سازی برای اتصال رابطه خود با خود و خود با دیگران، تمرین آشتی با خود، بازگویی ویژگی‌های انسان مهربان	شناسایی قهر با خود و قهر با موقعیت‌ها و تمرین آشتی کردن و رابطه برقرار کردن با این سه نوع رابطه
هشتم	قبول و پذیرش زندگی	خلاصه‌ای از جلسه قبل، در این جلسه سعی می‌شود تعصبات منفی زندگی را مورد هدف قرار دهد که از طریق تکیه بر چیزهای خوب در زندگی و ویژگی‌های خوب در وجود خود بتوانند تعصبات منفی را کاهش دهند و بیشتر از زندگی لذت ببرند، جمع‌بندی نهایی، اجرای پس‌آزمون	ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی

۳. برنامه درمان هیجان‌مدار جانسون (۲۰۰۸): این برنامه درمانی بر اساس کتاب گلدمن و گرینبرگ ۱ (۲۰۱۵) ترجمه رضایی، شریف‌زاده و رسولی (۱۳۹۹) گرفته شده است و در ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای ۲ جلسه برای گروه آزمایشی دو اجرا شد.

#### جدول ۲. خلاصه برنامه درمان هیجان‌مدار

جلسه	موضوع	شرح خلاصه جلسات	تکلیف جلسه
اول	آشنایی، معرفی برنامه آموزشی،	آشنایی و برقراری رابطه حسنه، اجرای پیش‌آزمون، همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه وار	تعامل با کودک، توجه به احساسات، هیجانات و رفتارهای خود
دوم	تحلیل و تغییر هیجانات	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع، پذیرش	تمرین سبک پردازش هیجانی و تلاش برای پذیرش احساسات خود

جلسه	موضوع	شرح خلاصه جلسات	تکلیف جلسه
		احساسات	
سوم	تحلیل و تغییر هیجان‌ات	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تکلیف جلسه گذشته، تاگشایی هیجان‌های اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با نیازها و دلبستگی	تمرین تجربه هیجان‌ها و پذیرش احساسات خود
چهارم	درگیری هیجانی عمیق	بررسی تکلیف جلسه گذشته، ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دلبستگی، مشاهده و کشف یک پردازش هیجانی، پذیرش هیجان‌ات از طریق مراحل شناسایی آگاهی، پذیرش، تنظیم هیجان و عمق بخشیدن به تجربه هیجانی	تمرین برای ابراز هیجان‌ات و تلاش برای تنظیم هیجانی
پنجم	درگیری هیجانی عمیق	بررسی تکلیف جلسه گذشته، شناسایی هیجان‌های اولیه، ثانویه و یا ابرازی از طریق کار بر روی مارکرهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی	تمرین فن کار با صندلی برای هیجان‌ها
ششم	درگیری هیجانی عمیق	بررسی تکلیف جلسه گذشته، شناسایی و کار روی وقفه‌ها و یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه آن‌ها	تمرین برای از بین بردن وقفه‌های هیجان
هفتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بازنمایی، تنظیم هیجان‌ات اصلی سازگار و ناسازگار، بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها و نمادگذاری آرزوهای سرکوب‌شده	تمرین تنظیم هیجان و بازسازی مشکل
هشتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، آماده‌سازی برای بازنمایی ایزه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ایزه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ایزه‌های احتمالی	تمرین رفتار و تجربه احساسات بر اساس بینش تجربه‌ای
نهم	تحکیم و یکپارچه‌سازی	بررسی تکلیف جلسه گذشته، کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، موسیقی، حرکت و غیره، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده	تمرین رفتار پذیرش احساسات بر اساس خود جدید
دهم	تحکیم و	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تسهیل خلق	تمرین روش‌های

جلسه	موضوع	شرح خلاصه جلسات	تکلیف جلسه
	یکپارچه‌سازی، اجرای پس‌آزمون	راه‌حل‌های جدید برای مشکلات، بیان حکایت جدیدی از مشکلات و تلاش برای بازسازی و از نو قاب‌سازی آن، مراجعان مسیر حرکت قبلی خود را یادآوری کردند و این‌که چگونه راه برگشت را پیدا کردند. اجرای پس‌آزمون	آموخته‌شده و تلاش برای به‌کارگیری آن‌ها در زندگی

### روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مرکز مشاوره پیوند آموزش و پرورش شهرستان ملارد در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰، یک نشست توجیهی با حضور تمام والدین کودکان با ناتوانی یادگیری در مرکز برگزار شد و درباره ماهیت پژوهش، ملاحظات اخلاقی مانند رازداری در اطلاعات شخصی، محرمانه بودن نتایج و ساعت حضور در جلسات و تعداد جلسات توضیح داده شد. مداخلات مبتنی بر شفقت خود برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی یک و درمان‌هیجان‌مدار برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی دو به صورت گروهی و هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه قبل و پایان مداخلات و نیز پس از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. چون شرایط حضور در جلسات قبلاً برای شرکت‌کنندگان به‌خوبی توضیح داده شد تا پایان دوره هیچ افت آزمودنی وجود نداشت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام مراحل پژوهش مداخلات به‌طور فشرده در ۳ جلسه برای گروه کنترل اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از طرح تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه تحت آموزش شفقت خود به ترتیب ۳۴/۷۳ و ۸/۳۰، در گروه تحت درمان هیجان‌مدار ۳۱/۳۳ و ۵/۰۸ و در گروه کنترل ۳۴/۵۳ و ۶/۷۸ بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه تحت آموزش شفقت خود ۳۳/۳۰ درصد فوق‌دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۲ درصد فوق‌لیسانس بودند. در گروه تحت



مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان مدار در...: امجدیان و همکاران | ۱۳۱

درمان هیجان مدار ۴۶/۷۰ درصد دیپلم، ۲۶/۷۰ درصد فوق دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۶/۷ درصد دکترا بودند. در گروه کنترل ۲۰ درصد دیپلم، ۴۶/۷ درصد فوق دیپلم، ۶/۷ درصد لیسانس، ۲۰ درصد فوق لیسانس و ۶/۷ درصد دکترا بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار داده‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری (۱۵ نفر در هر گروه)

گروه‌ها	مراحل	آسیب‌پذیری روانی		آسیب‌پذیری بدنی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحت آموزش شفقت خود	پیش‌آزمون	۱۸/۱۳	۳/۰۹	۲۱/۸۷	۳/۹۴
	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۲/۵۳	۱۴/۶۰	۳/۹۴
	پیگیری	۱۴	۲/۷۸	۱۴/۴۷	۴/۱۹
تحت درمان هیجان مدار	پیش‌آزمون	۱۸/۶۷	۳/۷۲	۲۱/۸۰	۱/۹۷
	پس‌آزمون	۷/۴۷	۲/۷۲	۸/۶۷	۲/۸۲
	پیگیری	۷/۹۳	۳/۴۱	۸/۸۰	۳/۰۵
کنترل	پیش‌آزمون	۱۹	۴/۱۱	۲۱/۷۳	۲/۳۰
	پس‌آزمون	۱۸/۹۳	۳/۱۷	۲۱/۶۰	۵/۶۵
	پیگیری	۱۹/۲۰	۳/۱۲	۲۱/۳۳	۵/۶۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمره‌های گروه‌های آزمایش در پیش‌آزمون تقریباً مشابه گروه کنترل است ولی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت شده است. برای بررسی مفروضه‌ها، نتایج آزمون شاپیرو ویلک حاکمی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی نمره‌ها، نتایج آزمون لون حاکمی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها و معنادار نبودن آزمون‌های ام. باکس و کرویت موخلی حاکمی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و مفروضه برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های شفقت‌خود و کنترل در سه مرحله

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
آسیب‌پذیری روانی	درون‌گروهی (مراحل)	۷۵۸/۴۵	۲ و ۲۷	۳۷۹/۲۲	۴۱/۸۳**	۰/۵۳
	بین‌گروهی (مداخله)	۳۸۹/۳۹	۲۸ و ۱	۳۸۹/۳۹	۵۸/۶۸**	۰/۵۵
	تعامل (مراحل*مداخله)	۴۹۸/۷۳	۲۷ و ۲	۲۴۹/۳۶	۳۵/۶۰**	۰/۴۵
آسیب‌پذیری بدنی	درون‌گروهی (مراحل)	۴۰۶/۱۷	۲ و ۲۷	۲۰۳/۰۸	۳۴/۲۱**	۰/۵۱
	بین‌گروهی (مداخله)	۱۵۸/۴۴	۲۸ و ۱	۱۵۸/۴۴	۳۰/۸۲**	۰/۵۶
	تعامل (مراحل*مداخله)	۳۸۹/۲۸	۲۷ و ۲	۱۹۴/۶۴	۴۱/۲۸**	۰/۴۳

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروهی و درون‌گروهی در سه مرحله و اثر تعامل مداخله و مراحل اندازه‌گیری معنادار است ( $P < 0.01$ )؛ بنابراین آموزش شفقت‌خود در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران کودک ناتوان یادگیری اثر داشته و اثر تعامل برای آسیب‌پذیری روانی ۴۵ درصد و برای آسیب‌پذیری بدنی ۴۳ درصد است ( $P < 0.01$ ).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های هیجان‌مدار و کنترل در سه مرحله

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
آسیب‌پذیری روانی	درون‌گروهی (مراحل)	۵۶۳/۱۳	۲ و ۲۷	۲۸۱/۵۶	۳۲/۶۳**	۰/۴۹
	بین‌گروهی (مداخله)	۳۲۸/۳۱	۲۸ و ۱	۳۲۸/۳۱	۴۷/۱۹**	۰/۴۵
	تعامل (مراحل*مداخله)	۴۴۹/۹۴	۲۷ و ۲	۲۲۴/۹۷	۲۶/۴۱**	۰/۴۲
آسیب‌پذیری	درون‌گروهی (مراحل)	۴۶۱/۳۷	۲ و ۲۷	۲۳۰/۶۸	۲۷/۳۳**	۰/۴۴

مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان مدار در...؛ امجدیان و همکاران | ۱۳۳

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	ضریب اتا
بدنی	بین گروهی (مداخله)	۱۹۸/۹۴	۱ و ۲۸	۱۹۸/۹۴	۲۲/۷۹**	۰/۳۸
	تعامل (مراحل*مداخله)	۳۴۵/۰۸	۲ و ۲۷	۱۷۲/۵۴	۲۴/۲۸**	۰/۳۷

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروهی و درون گروهی در سه مرحله و اثر تعامل مداخله و مراحل اندازه‌گیری معنادار است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین درمان هیجان مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران کودک ناتوان یادگیری اثر داشته و اثر تعامل برای آسیب‌پذیری روانی ۴۲ درصد و برای آسیب‌پذیری بدنی ۳۷ درصد است ( $P < 0/01$ ).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آموزش شفقت خود		گروه درمان هیجان‌مدار	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
آسیب‌پذیری روانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴/۸۰**	۰/۱۸	۱۱/۲۰**	۰/۲۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۴/۱۳**	۰/۱۰	۱۰/۷۴**	۰/۰۹
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۶۷	۰/۰۴	-۰/۴۶	۰/۰۶
آسیب‌پذیری بدنی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۷/۲۷**	۰/۱۲	۱۳/۱۳**	۰/۳۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	۷/۴۰**	۰/۱۷	۱۳**	۰/۰۵
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۱۳	۰/۰۹	-۰/۱۳	۰/۱۰

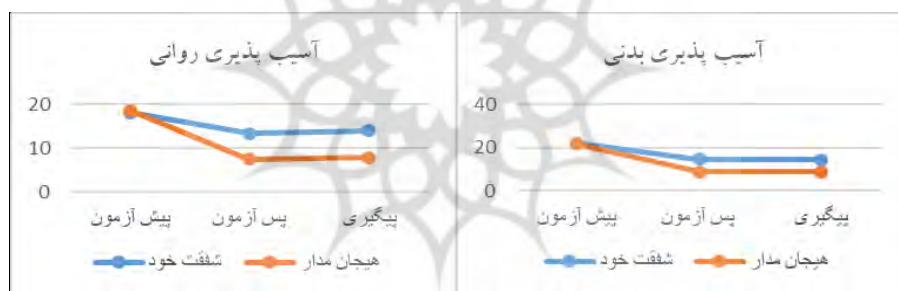
نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌های گروه‌های آموزش شفقت خود و درمان هیجان‌مدار در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار هستند که نشان‌دهنده تأثیر مداخلات در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری است. تفاوت میانگین تغییرات در گروه تحت درمان هیجان‌مدار نشان می‌دهد که این برنامه درمانی در کاهش آسیب‌پذیری روانی و بدنی نسبت به گروه تحت آموزش شفقت خود تأثیر بیشتر داشته است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در گروه‌های آموزش شفقت‌خود و درمان

هیجان‌مدار

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
گروه	آسیب‌پذیری روانی	۱	۶۱۵/۹۴	۱۶/۹۲**	۰/۵۷
	آسیب‌پذیری بدنی	۱	۴۱۹/۲۹	۱۴/۲۱**	۰/۴۶
خطا	آسیب‌پذیری روانی	۲۷	۹۸۲/۹۷		
	آسیب‌پذیری بدنی	۲۷	۷۹۶/۳۹		

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.01$ ). همچنین نمودار ۱ نشان می‌دهد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی بیشتر از اثربخشی آموزش شفقت‌خود است.



نمودار ۱. آسیب‌پذیری بدنی و روانی در دو گروه آزمایش در سه مرحله

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش شفقت‌خود در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک ناتوان یادگیری است و این نتیجه در راستای نتایج پژوهش‌های صالح‌آبادی و ناعمی (۱۳۹۹)، نف و فاسو (۲۰۱۴)، زسین و همکاران (۲۰۱۵)، فروستادوتیر و دورجی<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)، آلبرتسون، نف و دیل شاکلفورد<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)، بلاث و بلانتون

۱. Frostadottir, Dorjee

۲. Albertson و Neff و Dill-Shackleford

(۲۰۱۵) و سویسا و ویلکامب<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) بود.

زندگی با کودک ناتوان یادگیری زمینه آسیب‌پذیری روانی - جسمانی را در مادران ایجاد می‌کند (بونیفاسی و همکاران، ۲۰۱۵) و شفقت‌خود در تجربه سختی‌ها کمک می‌کند افراد با آرامش بیشتری با مشکلات و رنج‌های خود مواجه شوند و سازگار باشند (نف و فاسو، ۲۰۱۴). مؤلفه‌های شفقت‌خود؛ مهربانی با خود، قضاوت درباره خود، مشترکات انسانی، بهشیاری و همانندسازی فزاینده پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای وضعیت سلامت عمومی هستند. آموزش شفقت‌خود سبب افزایش امیدواری و کاهش باورهای غیرمنطقی در مادران کودکان با ناتوانی یادگیری می‌شود (صالح‌آبادی و ناعمی، ۱۳۹۹). شفقت‌خود بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و از طریق افزایش ایمنی و آرامش، بالا رفتن ارتباط درونی فرد با خود و کاهش نگرانی، تهدید و انزوا در فرد اتفاق می‌افتد؛ بنابراین افزایش شفقت‌خود باعث تعادل عاطفی بیشتر در فرد می‌شود و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد (نف و تیرچ، ۲۰۱۳). همچنین، شفقت‌خود انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد (سویسا و ویلکامب، ۲۰۱۵). افراد دارای شفقت‌خود بالا، در زندگی مشتاق‌تر هستند. آن‌ها تمایل دارند از درون برانگیخته شوند و بیشتر تحت تأثیر انگیزه‌های درونی خود قرار می‌گیرند و زمانی که با مشکلات و چالش‌های بزرگ و سخت مواجه می‌شوند کمتر از شکست و ناکامی می‌هراسند؛ بنابراین این افراد سطح بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند (نف و فاسو، ۲۰۱۴). آموزش و درمان مبتنی بر شفقت‌خود علائم افسردگی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهد. شفقت‌خود می‌تواند نشخوارهای ذهنی افراد را نسبت به علائم بیماری کاهش دهد. از آنجایی که در مداخلات درمان مبتنی بر شفقت‌خود بر ذهن آگاهی، مهربانی با خود، یافتن جایگاه خود، مدیریت احساسات و پذیرش آن‌ها تأکید می‌شود و فرد به یک نوع خویش‌دوستی عاطفی می‌رسد، شرایط آسیب‌پذیری روانی - بدنی از فرد دور می‌شود و سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی آنان را افزایش می‌دهد (فروستادوتیر و دورجی، ۲۰۱۹).

---

۱. Soysa, Wilcomb

آموزش شفقت‌خود در ابعاد احساسی، عاطفی و پذیرش هیجانات، تغییرات کارآمدی ایجاد می‌کند که موجب می‌شود حس مهربانی و خویش‌دوستی بیشتری را تجربه کردند و حس نارضایتی بدنی آنان کاهش یابد. زنان شرکت‌کننده در جلسات شفقت‌خود سرزنش و قضاوت درباره خود را کنار گذاشتند و تمرین کردند که بیشتر خود را بپذیرند و به حس‌های احساسی و عاطفی خود توجه کنند که در نهایت این زنان توانستند نارضایتی بدنی و نگرانی نسبت به خود را کاهش دهند (آلبرتسون و همکاران، ۲۰۱۵). بلاث<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶) اعتقاد دارند که افراد دارای شفقت‌خود بالاتر، پاسخ‌های فیزیولوژیکی کمتری در مواجهه با استرس دارند و بهزیستی هیجانی بالاتری را تجربه می‌کنند. از نظر زیسین و همکاران (۲۰۱۵) شفقت‌خود عنصری مولد در احتمال پیش‌بینی نتایج مطلوب در آینده و تلاش بیشتر در جهت رویکرد فعالانه مراقبت از خویش شده و افراد دارای شفقت‌خود بالا، تمایل به تجربه سطح بالاتری از احساسات خوشایند و مثبت دارند.

در تبیین نقش شفقت‌خود در آسیب‌پذیری روانی-بدنی می‌توان گفت که شفقت‌خود یک عامل مؤثر برای تعادل عاطفی محسوب می‌شود که موجب احساس مراقبت از خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به نابسندگی و شکست‌های خود می‌شود. از این جهت می‌تواند سلامت مادران کودکان ناتوان یادگیری را تحت تأثیر قرار دهد. شفقت‌خود مستلزم آن است که فرد احساسات خود را بازگو کند که این فرایند موجب شکستن چرخه در خود فرورفتگی فرد می‌شود و احساس خودمداری و تنهایی کاهش یافته و هم‌زمان احساس به هم پیوستگی و ارتباط افزایش می‌یابد (نف، ۲۰۱۲).

همچنین در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آموزش فنون شفقت‌خود به افراد کمک می‌کند که کمتر خودشان را قضاوت کنند و نسبت به خودشان شفقت بیشتری داشته باشند و وقایع دردناک و رنج‌آور زندگی را راحت‌تر بپذیرا باشند (شیوندی و همکاران، ۱۳۹۵). این تغییر زمینه بروز تغییرات شناختی و عاطفی را در آنان فراهم می‌کند

---

۱. Bluth

و موجب می‌شود که مشکلات و سختی‌های زندگی را به‌عنوان وقایع طبیعی زندگی ادراک کنند (سنبل و گانری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). آموزش فنون شفقت‌خود به افراد کمک می‌کند چگونه درد و غم زندگی را با دیگران به اشتراک بگذارند و سنگینی هیجانی را کاهش دهند (بیکر و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش شفقت‌خود می‌تواند به پاسخ‌های مثبت و کارآمد هیجانی، شناختی و رفتاری منجر شود که به‌نوبه خود سلامت روانی را افزایش می‌دهد (هومن، ۲۰۱۶).

همچنین افراد دارای شفقت‌خود بالا تمایل دارند که با شکست‌های خود با انطباق‌پذیری بیشتری مقابله کنند و دچار ارزیابی‌های منفی، هیجانی و درگیر نشخوار فکری نشوند؛ بنابراین، آن‌ها به‌احتمال‌زیاد برای رسیدن به اهداف موردنظر خود تلاش می‌کنند، پایداری بیشتر و انگیزه بالاتری در شرایط چالش‌برانگیز دارند. این شرایط به‌نوبه خود، تفکر امیدوارکننده بالاتر و انگیزه مثبتی بر هدف و رضایت بیشتری از زندگی ایجاد می‌کند (یانگ، ژانگ و کویو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). آموزش شفقت‌خود، آگاهی فرد را نسبت به جنبه‌های هیجانی و جسمی مانند احساس درد ناشی از عدم موفقیت و تلاش برای آرامش خود گسترش می‌دهد (اسوندسن، کورننز، کاترین، ویکر و دانداس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). بر این اساس آموزش شفقت‌خود می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی و ارتقاء سلامت افراد نقش داشته باشد.

افراد دارای شفقت‌خود بالاتر تحت‌تأثیر انگیزه‌های درونی خود قرار می‌گیرند. بالا رفتن سطح شفقت‌خود به افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری، سرکوب فکر و اضطراب، فشار روانی و افزایش تعادل روانی افراد منجر می‌شود (سویسا و ویلکامب، ۲۰۱۵)؛ بنابراین آموزش شفقت‌خود موجب افزایش انعطاف‌پذیری در افکار و مهربانی با خود در مادران دارای کودک نانون یادگیری می‌شود. همچنین موجب می‌شود مادران نسبت به خود، قضاوتی واقع‌بینانه داشته باشند و به‌دوراز خودسرزندی‌های

---

۱. Sunbula, Guneri,

۲. Yang, Zhan, Kou

۳. Svendsen, Kvernenes, Katrine, Wiker, Dundas

عملکرد خود را تحلیل کنند و تصمیمات مناسب را برای رفع آنها اتخاذ کنند. از سوی دیگر شناسایی نقاط قوت خود موجب افزایش عزت‌نفس شده و در عملکرد بعدی آنان اثر مثبت و فزاینده‌ای دارد. با اتکا به این اطمینان روحی و روانی، می‌توانند بر اعمال و رفتار خود تمرکز بیشتری داشته باشند و آنها را به‌خوبی مدیریت کنند. توجه به مشترکات انسانی، می‌تواند احساس هم‌سرنوشتی با دیگران را در فرد ایجاد کند و از قضاوت‌های تند و افراطی نسبت به خود که مختل‌کننده عملکرد مناسب هستند، جلوگیری نماید. شکل‌گیری و گسترش روابط اجتماعی جدید موجب کاهش انزوای روانی می‌شود که زمینه تعامل بیشتر با دیگران و کسب تجارب یادگیری متنوع را فراهم می‌سازد. در نتیجه آموزش شفقت خود می‌تواند آسیب‌پذیری روانی - بدنی مادران کودکان ناتوان یادگیری را کاهش دهد.

افزون بر این نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌پذیری روانی - بدنی مادران دارای کودک ناتوان یادگیری بود و این نتیجه در راستای نتایج پژوهش‌های گرینبرگ و واتسون، (۲۰۲۰). پاسکال لیون و جانسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، فراکوهار و همکاران (۲۰۱۸)، جانسون (۲۰۱۹)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۸)، ضمیری و زمانی (۱۳۹۸)، اسمری‌برده‌زرد، محمدامین‌زاده و حسین‌ثابت (۱۳۹۷) بود. مادران دارای کودک ناتوان یادگیری هیجان‌های منفی بیشتری مانند احساس محرومیت، استرس و افسردگی تجربه می‌کنند و آسیب‌پذیری روانی - جسمانی آنها را افزایش می‌دهد (روآچ و همکاران، ۲۰۱۲). در درمان هیجان‌مدار مراجعان یاد بگیرند که هیجان‌های خود را بیان کنند، آنها را بپذیرند و احساسات مربوط به آنها را تجربه کنند. درمان هیجان‌مدار بیان‌کننده آن است که هیجان‌ها در بردارنده پتانسیل درونی انطباقی می‌باشند و چنان‌چه فعال شوند، قادرند به مراجعان کمک کنند که وضعیت هیجانی مشکلشان تغییر کند. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود تا به‌صورت بهتری هیجان‌هایشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۰). درمان متمرکز بر هیجان با

۱. Pascual-Leone & Johnson



تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار به کاهش افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (اسمری برده‌زرد و همکاران، ۱۳۹۷). به کارگیری مداخلات مبتنی بر درمان هیجان‌مدار موجب کاهش اضطراب بیماران می‌شود. فزونی مانند تاگشایی هیجان‌ها و پردازش هیجانی و تجربه احساسات مرتبط با این هیجان‌ها که در درمان هیجان‌مدار بکار گرفته می‌شود، موجب برون‌ریزی هیجان‌های منفی و ناسازگار در بیماران می‌شود و به‌واسطه کاهش اضطراب و دور کردن پریشانی‌روانی از بیماران، علائم روان‌شناختی آسیب‌زا در آنان کاهش می‌یابد (فراکوهار و همکاران، ۲۰۱۸). بازداری هیجانی به‌عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان، منجر به مشکلاتی در ابعاد سازگاری و کیفیت زندگی می‌شود و بازاریابی شناختی هیجان‌ها به‌عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود سازگاری و کیفیت زندگی را به دنبال دارد. آموزش نظم‌بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است. از این رو می‌توان گفت که بهره‌گیری از راهبردهای نظم‌بخشی هیجان باعث می‌شود که افراد بتوانند در شرایط پرفشار و پرتنش حاصله از مشکلات روانی، به اصلاح ارزیابی‌های آسیب‌زای شناختی، عملکردی سازگارانه و انعطاف‌پذیرتری داشته باشند. هیجان‌های مثبت، منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کنند؛ در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمدی استفاده کند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، فرد دارای بازداری و ناگویی هیجانی ممکن است نشانه‌هایی را از بدن خود به‌صورت نابجا و تحریف‌شده دریافت کند. بین بازداری هیجانی و شدت درد افزایش‌یافته، حساسیت به درد و نمره تقویت حس‌های جسمانی رابطه وجود داد. بازداری هیجانی می‌تواند به‌طور غیرمستقیم افراد را به سمت بیماری‌های جسمانی سوق دهد. همان‌طور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی کمک می‌کنند. در طول درمان هیجان‌مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شوند تا افراد به اکتشاف و گسترش هیجان‌ات خود بپردازند و سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ات خود را

اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شوند و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه آن‌ها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شوند (فراکوهار و همکاران، ۲۰۱۸). دلبستگی‌های نایمن با آسیب‌پذیری روانی و بدنی و به طور خاص با ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب رابطه دارد (جانسون، ۲۰۱۹).

در مرحله تحلیل و تغییر هیجان‌ها، مادران از هیجان‌های خودشان آگاه شدند و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ها واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان دادند و این امر باعث افزایش سلامت روانی آنان می‌شود. از آنجایی که در فنون تحلیل و تغییر هیجان‌ها و درگیری هیجانی عمیق روی مهارت‌های ابراز هیجان، شناسایی نیازهای دلبستگی، مشاهده و کشف یک پردازش هیجانی، پذیرش هیجان‌ها از طریق مراحل آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان و عمق بخشیدن به تجربه هیجانی مادران کودکان ناتوان یادگیری کار شد و مادران تشویق شدند که تمرین‌ها و مهارت‌ها را در منزل انجام دهند، موجب کاهش آسیب‌پذیری روانی - بدنی آنان شد. از طرفی ممکن است مشکلات روانی مادران کودکان ناتوان باعث شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند. آن‌ها خود را کمتر در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر می‌کنند و آثار منفی آن می‌تواند به صورتی در ابعاد سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی آنان ظاهر شود. درمان هیجان‌مدار باعث شد که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آن‌ها آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خود تلاش کنند و از این طریق مشکلات روانی آنان کاهش یافت (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸).

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که مادران کودکان ناتوان یادگیری به دلیل تمرکز روی ضعف و ناتوانی کودک خود و نسبت دادن بخشی از سبب‌شناسی ناتوانی کودک به خود، دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند و به دلیل همین باورهای ناکارآمدی در مورد زندگی دارند و سلامت روانی پایین‌تری دارند و آسیب‌پذیرتر هستند.

مادران به دلیل عدم پذیرش وضعیت خود، احساسات و برداشت‌های مثبت از خود ندارند، تصویر ذهنی منفی از خود دارند. این شرایط سلامت روانی و جسمانی مادران را کاهش می‌دهد (ایسنهور و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین مادران کودکان ناتوان یادگیری به‌واسطه تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب کردند، یاد گرفتند که به‌جای سرکوب کردن هیجان‌های خود، بر وجود هیجان‌های خود آگاه شوند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر ادراک کنند. بر این اساس مادران کودکان ناتوان یادگیری شرکت‌کننده در جلسات درمان هیجان‌مدار به این مهارت رسیدند که تجربه هیجان‌های دردناک و منفی مرتبط با داشتن فرزند مشکل‌دار را برون‌ریزی کنند، احساسات مربوط به این هیجان‌ها را تجربه کنند و بتوانند دوباره هیجان‌های خودشان را ارزیابی کنند و به دنبال یافتن راه‌حل‌های جدید برای این مشکلات باشند. به نظر می‌رسد به‌واسطه این تغییرات توانستند تا حدود زیادی نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و استرس‌های آنان کم شد که در نهایت آسیب‌پذیری روانی و بدنی آنان کاهش یافت.

علاوه بر این، اثربخش‌تر بودن درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان‌های دیگر، همسو با نتایج پژوهش غزنوی خضرآبادی و نیکنام (۱۳۹۸) است. درمان هیجان‌مدار به‌علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله‌به‌مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود اختلال در آن به‌شدت کمتر است. این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس‌ازاین که دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به این دلیل افراد به‌تدریج موفق می‌شوند هیجان‌ات سرکوب‌شده و ناآشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند (غزنوی خضرآبادی و نیکنام، ۱۳۹۸). درمان هیجان‌مدار این قابلیت را به بیماران می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی بتوانند هیجان‌ات منفی از قبیل افسردگی را کنترل نموده و میزان سازگاری خود را بالا ببرند. در روش‌های درمان گروهی هیجان‌مدار تلاش می‌شود تا در جریان درمان، بیماران تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای

مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نماید (جاد، ۲۰۱۶). همچنین درمان هیجان‌مدار، آشفتگی‌های بیماران که به‌وسیله حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد می‌شوند را کاهش می‌دهند (جانسون، ۲۰۱۹). به‌طور کلی در این پژوهش نتیجه گرفته شد که آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار می‌توانند آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک ناتوان یادگیری را کاهش دهند. از آنجایی که این روش‌های درمانی موجب تغییر کارآمد و مطلوبی در کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران کودک ناتوان یادگیری می‌شوند، می‌توان از این روش‌ها که به‌کارگیری آن‌ها کم‌هزینه است و به امکانات خاصی هم نیاز ندارد، در ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی برای کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران کودک ناتوان یادگیری استفاده کرد. از آنجایی که مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر دارای توانمندی‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و ویژگی‌های خانوادگی و شخصیتی متفاوتی هستند، احتمال دارد این ویژگی‌ها روی نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد. بر این اساس محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی متغیرها ایجاد می‌کند که باید به آن‌ها توجه شود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل شوند. همچنین با توجه به کارآمدی برنامه آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار، پیشنهاد می‌شود برای کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک ناتوان یادگیری از این برنامه‌ها استفاده شود.

مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان‌مدار در...؛ امجدیان و همکاران | ۱۴۳

## سپاسگزاری

از مسئولان مرکز مشاوره پیوند آموزش و پرورش شهرستان ملارد و کلیه مادران شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است و دارای کد اخلاق ۱۴۰۰،۲۱۸ IR.IAU.SRB.REC می‌باشد.

## ORCID

Farzaneh Amjadiyan  <http://orcid.org/0000-0001-05463-3919>

Asghar Jafari  <http://orcid.org/0000-0001-6581-3246>

Mohammad Ghamari  <http://orcid.org/0000-0003-0913-0561>



## منابع

- اسمری برده زرد، یوسف؛ محمدمین‌زاده، دانا؛ و حسین‌ثابت، فریده. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به بیمارستان سینا. *فصلنامه نوید نو*، ۲۱(۶۵): ۱۱-۲۲.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ویرایش پنجم. تهران: انتشارات ارجمند.
- آزاد، حسین. (۱۳۹۸). *آسیب‌شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت.
- بهرامی، فاطمه و زاهدی، یونس. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان استثنایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۵)، ۱۷۱-۱۸۹.
- تنهایی‌رشوانلو، فرهاد و سعادت‌شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۴). اعتبار و روایی فهرست ۲۵ سؤالی نشانه‌های روان‌شناختی (SCL-۲۵). *اصول بهداشت روانی*، ۱۸(۱)، ۴۸-۵۶.
- حسینی‌قمی، طاهره و جهان‌بخشی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲(۴۶)، ۲۰۵-۲۲۸.
- رستمی، مهدی؛ قزلسفلو، مهدی؛ محمدلو، هادی و قربانیان، الهام. (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت‌روانی بر مبنای شفقت خود، هویت و خودشناسی دانشجویان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۵)، ۳۱-۴۴.
- رنجبرکهن، زهره. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمانی شفقت محور*. تهران: انتشارات نهر.
- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرفراز، مهدی‌رضا و شریفیان، محمدحسین. (۱۳۹۱). رابطه شفقت به خود، ارزش خودتنظیم هیجان خودآگاه. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۳)، ۱-۹.
- شیوندی، کامران؛ نعیمی، ابراهیم و فرشاد، محمدرضا. (۱۳۹۵). ارائه مدل ساختاری خوددلسوزی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی عزت‌نفس و تصویر بدنی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی بالینی*، ۶(۲۴): ۱۱۵-۱۲۳.

- مقایسه اثربخشی آموزش شفقت‌خود و درمان هیجان‌مدار در...؛ امجدیان و همکاران | ۱۴۵
- صالح‌آبادی، اعظم؛ و ناعمی، علی محمد. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش شفقت به خود بر امیدواری و باورهای غیرمنطقی مادران کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۰(۳۹): ۱۷۸-۱۵۷.
- ضمیری، عارفه و زمانی، ساناز. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی و سازگاری اجتماعی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. فصلنامه سبک زندگی با محوریت سلامت، ۳: ۲۰-۱۱.
- ضیغمی، مریم؛ پوربهاء‌الدینی زرنندی، نرجس. (۱۳۹۰). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی با سلامت عمومی و سبک‌های مقابله‌ای در دانشجویان پرستاری و مامایی و بهداشت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، ۸(۱)، ۴۸-۴۱.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ موسوی، سید ولی‌الله؛ کوشا، مریم و خسروجاوید، مهناز. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش شیوه‌های صحیح مدیریت رفتار بر میزان افسردگی و اضطراب مادران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی - کمبود توجه. مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۶)، ۵۷-۴۵.
- غزنوی خضرآبادی، فاطمه و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سبک دلبستگی و رضایت‌مندی جنسی زوجین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۶(۳): ۲۲۵-۲۱۳.
- گلدمن، آر. ان؛ و گرینبرگ و آل. اس. (۲۰۱۵). فرمول‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار: همکاری در نقشه‌های درمانی برای تغییر. ترجمه محمدآرش رضائی، شریف‌زاده، مسعود و سمیرا السادات رسولی (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ویرایش.
- گیلبرت، پل. (۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی (۱۳۹۷). تهران: انتشارات آب سینا.
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-۲۵ (فرم کوتاه SCL-۹۰-R). مجله روان‌شناسی، ۵(۲)، ۱۴۹-۱۳۶.

Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (۲۰۱۵). Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, ۶(۳), ۴۴۴-۵۴.

Asano, K. (۲۰۱۹). Emotion Processing and the Role of Compassion in Psychotherapy from the Perspective of Multiple Selves and the

Compassionate Self. *Case Reports in Psychiatry*, ۶(۱): ۱-۶,  
[doi.org/11,1155/2019/7214752](https://doi.org/11,1155/2019/7214752)

- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (۱۱۱۹). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, ۹۰(۳), ۱۵۴-۱۶۱.
- Basyouni, S. S. (۱۱۱۹). Psychological Stress, Self-Compassion and Self-Punishment among Tension-Type Headache and Healthy University Students (A Comparative Study). *International Journal of Psychological Studies*, ۱۱(۴): ۵۳-۷۲.
- Bluth, K., & Blanton, P. W. (۱۱۱۵). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *Journal of Positive Psychology*, ۱۰(۳): ۱۱۹-۳۰.
- Bluth, K., Roberson, P. N., Gaylord, S. A., Faurot, K. R., Grewen, K. M., Arzon, S., & Girdler, S. S. (۱۱۱۶). Does Self-Compassion Protect Adolescents from Stress? *Journal of Child and Family Studies*, ۲۵(۴), ۰۰۹۸-۰۰۰۹.
- Bonifacci, P. Storti, M. Tobia, V. & Suardi, A. (۱۱۱۵). Specific Learning Disorders a Look inside Children's and Parents' Psychological Well-Being. *Journal of learning disabilities*, ۴۹(۵), ۵۳۲-۵۴۵.
- Chilling, E., Baucon, D., Burnet, C. K., Ragland, D. (۱۱۱۳). Altering the course of marriage. The effect of PREP communication skills acquisition on couples' risk of becoming martially distressed. *Journal of family psychology*, ۱۷(۵), ۴۱-۵۳.
- Cowles, M, Randle-Phillips, C, & Medley, A. (۱۱۱۹). Compassion- focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities and self-criticism: A conceptual review. *Journal of Intellectual Disabilities*, ۱۷(۴۴): ۶۲-۷۹.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (۱۹۷۴). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self report symptom inventory. *Behavioral Science*, ۱۹(۱), ۱-۱۵.
- Dincer, B., Ayaz, E.Y., & Oguz, A. (۱۱۱۱). Changes in Sexual Functions and Alexithymia Levels of Patients with Type ۲ Diabetes during COVID-۱۹ Pandemic. *Sexuality and Disability*, ۳۹(۳): ۴۶۱-۴۷۸.
- Dyson, L. (۰۰۰۰). Unanticipated effects of children with learning disabilities on their families. *Learning Disability Quarterly*, ۳۳(۱): ۴۳-۵۵.
- Eisenhower, AS. Baker, BL. & Blacher, J. (۱۱۱۵). Preschool children with intellectual disability syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal intellectual Disable*; ۴۹(۹), ۶۵۷-۶۷۱.
- Feagans, L. V., Merriwether, A. M., & Haldane, D. (۱۹۹۱). Goodness of Fit in the Home Its Relationship to School Behavior and Achievement in children with learning disabilities. *Learning Disability*, ۲۴(۷): ۴۱۳-۰۰.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, S. C., & Kane, T. R. (۱۱۱۵). Self-Compassion,



- Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PLOS ONE*, ۱۱(۷), e۱۱۳۳۴۸۱.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (۲۰۱۹). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in Psychology*, ۱۰, ۱۰۹۹.
- Garmezy, N. (۲۰۱۹). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. (۲۰۱۹). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: APA.
- Greenberg, L., & Watson, J. (۲۰۰۰). *Emotion focused therapy for depression*, Washington: American psychological Association.
- Hogan, D. P., Shandra, C. L., & Msall, M. E. (۲۰۰۷). Family developmental risk factors among adolescents with disabilities and children of parents with disabilities. *Journal of Adolescence*, ۳۰(۶):۱۱۱۱-۱۱۱۹.
- Homan, K. (۲۰۱۶). Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of Adult Development*, ۲۳(۲), ۱۱۱-۱۱۹.
- Hori, H., & Kim, Y. (۲۰۱۹). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, ۷۳(۴): ۱۴۳-۵۳. Doi.org/۱۰.۱۱۱۱/pcn.۱۱۸۱۱
- Hsiao, Y. J. (۲۰۱۸). Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in School and Clinic*, ۵۳(۴), ۱۱۱-۱۱۵.
- Hughes, E. M., Riccomini, P. J., & Lee, J. Y. (۲۰۰۰). Investigating written expressions of mathematical reasoning for students with learning disabilities. *Mathematical Behavior*, ۵۸, ۱۳۴-۱۴۵.
- Johnson, S. M. (۲۰۱۹). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications.
- Judd, M. W. (۲۰۱۶). *The moderating effects of positive and negative automatic thoughts on the relationship between positive emotions and resilience*. Electronic Theses and Dissertations.
- Karande, S., Kumbhare, N., Kulkarni, M., & Shah, N. (۲۰۰۹). Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. *Journal Postgrad Medicine*, ۵۵(۳):۱۶۵-۱۷۰.
- Koehlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (۲۰۱۸). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, ۱۱۷: ۳۸ - ۴۵. Doi: ۱۰.۱۱۱۱/j.jpsychores.۱۰۱۸.۰۲.۰۰۲
- Lardieri, L. A., Blacher, J., & Swanson, H. L. (۲۰۰۰). Sibling relationships

- and parent stress in families of children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, ۲۳(۲), ۰۰۵-۱۶.
- Lee, M., Park, S., & Lee, K. S. (۰۰۰۰). Relationship between Morbidity and Health Behavior in Chronic Diseases. *Journal of Clinical Medicine*, ۹(۱), ۱۱۱-۰۳۰.
- Neff, K. D. (۰۰۰۹). The role of self- Compassion in development: a healthier way to relate top one sel. *Human development*, ۵۲(۴), ۱۱۱-۱۱۴. doi: ۱۱,۱۱۹۹/۱۱۱۱۱۵۱۷۱
- Neff, K. D. (۱۱۱۱). The science of self-compassion. In: *Germer C, Siegel R, editors. Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press; p. ۷۹-۹۲.
- Neff, K. D., & Faso, D. J. (۱۱۱۴). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, ۱-۰۰.
- Neff, K., & Tirsch, D. (۲۰۱۳). Self-compassion and ACT. In: *Kashdan TB, Ciarrochi J, editors. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. Oakland, CA US: Context Press/New Harbinger Publications; p. ۷۸-۰۰۶.
- Nunes, S. A. (۱۱۱۱). Developing Emotional Skills and the Therapeutic Alliance in Clients with Alexithymia: Intervention Guidelines. *Psychopathology*, ۵۴, ۲۸۲-۰۹۰. doi.org/۱۰.۲۱۵۹/۰۰۰۵۱۹۷۸۶
- Pascual-Leone, J., & Johnson, J. (۰۰۱۸). Affect, self- motivation and cognitive development: A dialectical constructivist view. In Y. D. Dai & R. J. Sternberg (Eds.), *motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (PP. ۱۹۷- ۲۳۶). Mahwah, NJ: Eelbaum.
- Roach, M. A. Ormond, G. I., & Barratt, M. S. (۲۲۲۲). Mothers and fathers of children with Down syndrome: Parental Stress and involvement in children. *American Journal of Mental Retardation*, ۰۰۴(۳), ۴۲۲-۴۳۶.
- Singer, G. H. (۱۱۱۶). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *Am J Ment Retard*, ۱۱۱(۳), ۱۵۵-۱۶۹.
- Soyza CK, Wilcomb CJ. Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*. ۱۱۱۵;۶(۲):۲۱۷-۲۶.
- Sunbula, Z. A., & Guneri, O. Y. (۱۱۱۹). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of selfcompassion and emotion regulation in a sample of underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, ۱۳۹, ۳۳۷-۳۴۲.
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K., et al. (۱۱۱۸). Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, ۴۶(۳), ۹۶۹-۸۰.

- Svendsen, J. L., Kvernenes, Katrine V., Wiker, A. S. & Dundas, I. (۱۱۱۶). Mechanisms of mindfulness: Rumination and self- Compassion. *Journal of Nordic Psychology*, ۶۹ (۲), ۷۱-۸۲.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., & Irwin, B. (۱۱۱۸). A comparison of emotion focus therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, ۱۹(۱), ۱-۱۱.
- Valentine, D. P. McDermott, S. & Anderson, D. (۲۰۱۰). Mothers of adults with mental retardation: Is race a factor in Perceptions of burdens and gratification? *Families in Society*, ۷۹(۳), ۵۷۷-۵۸۴.
- Vinayak, S. Sekhon, P. (۲۲۲۲). Parenting of children with learning disabilities and their siblings. *Journal of the Indian academy of applied psychology*, ۳۸ (۱), ۸۴-۹۲.
- Westmacott, R., & Edmondstone, C. (۰۰۰۰). Working with transgender and gender diverse clients in emotion-focused therapy: targeting minority stress. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, ۳۴(۲), ۱-۱۹.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (۱۱۱۶). Self-compassion and life satisfaction: The mediating role of hope. *Journal of Personality and Individual Differences*, ۹۸ (۵), ۹۱-۵۵.
- Zessin, U., Dickhauser, O., & Garbade, S. (۱۱۱۵). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Appl Psychol Health Well Being*, ۷(۳), ۳۴۰-۶۴.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

**استناد به این مقاله:** امجدیان، فرزانه، جعفری، اصغر، قمری، محمد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش شفقت خود و درمان هیجان مدار در کاهش آسیب پذیری روانی- بدنی مادران کودکان با ناتوانی یادگیری، *روان شناسی افراد استثنایی*، ۱۲(۴۷)، ۱۱۵-۱۴۹.

DOI: ۱۰.۲۲۰۵۴/jpe.۲۰۲۲.۶۵۱۶۹.۲۴۰۱



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial ۴,۰ International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی