

اثربخشی شفقت درمانی بر تاب آوری، خودکنترلی هیجانی و خشم در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی

نارین مرادی^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر شفقت درمانی بر تاب آوری، خودکنترلی هیجان و خشم در بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه بود. پژوهش حاضر طرحی نیمه آزمایشی از نوع آزمایش و کنترل بود. نمونه آزمایشی شامل تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در سال ۱۴۰۰ بودند. با روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند، گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای تحت آموزش درمان شفقت به صورت گروهی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در دو مرحله آزمایش و کنترل، سطح معناداری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که گروه درمان شفقت گروهی به طور معناداری بر مؤلفه های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان اثر بخش بود. بر اساس نتایج این مطالعه، به نظر می رسد با آموزش درمان شفقت می توان میزان خشم و افزایش تاب آوری و خودکنترلی هیجان مادران دارای کودکان کم توان ذهنی را افزایش داد.

واژه های کلیدی: شفقت درمانی، کنترل خشم، تاب آوری، خودکنترلی هیجانی، کودکان کم توان ذهنی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱-مقدمه

کم توان ذهنی یکی از مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان جوامع بشری امروزی می باشد که تا سن بزرگسالی نیز باقی می ماند و یک اختلال نسبتا شایع است که حدود ۳٪ جمعیت را مبتلا می کند. مطابق آمار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در ایران سالانه حدود ۲۴ هزار کودک با ناتوانی هوشی و کم توان ذهنی به جمعیت کشور افزوده می شود (شریفی درآمدی و مرادی، ۱۳۹۴) و اختلال کم توانی ذهنی شامل افرادی می شود، که هوش آنها حدود ۲ انحراف معیار از میانگین هوش عمومی پایینتر بوده و دارای اختلال در کارکرد سازشی هستند و از نظر رشدی دچار تاخیر چشمگیری می باشند. این دانش آموزان به علت ویژگیهای که دارند، بسیار آسیب پذیرند و نیاز به حمایت و مراقبت ما دارند. اما گاهی بزرگسالان به دلایل مختلف، به جای حمایت و مواظبت از کودکان، آنان را مورد خشم قرار می دهند. خشم و عصبانیت احساسی است که میزان آن را تحریک خفیف و احساس رنجش تا خشمی شدید و جنون آور در نوسان است. خشم احساسی است که همه آن را به خوبی می شناسند و در کل واکنشی طبیعی به ناکامی و بدرفتاری محسوب می شود و همه ما ناگزیریم در طول زندگی با موقعیت هایی روبرو شویم که ما را خشمگین می کنند ویژگی خشم این است که در عین حالی که جزیی از زندگی است می تواند ما را از رسیدن به هدف هایمان بازدارد. بیشترین واکنش افراد به ابراز خشم خود عبارت است از احساس تحریک پذیری، عصبانیت، ناراحتی و غمگینی، افسردگی، احساس شرمندگی و گناه، احساس آرامش، رضایت و خشنودی، خشم مضراتی مانند: استرس، ناراحتی های بدنی، احساس درماندگی، تنهایی و انزوا دارد. "مدیریت خشم" و "کنترل خشم" یکی از مباحثی است که مدتهاست در حوزه روانشناسی مطرح شده است و کارشناسان تلاش می کنند در این حوزه به کسانی که نیازمند کمک هستند، اطلاعات کافی درباره هیجان خشم، مهار آن؛ خطراتی که سلامتی روحی و روانی آنها را تهدید می کند ارائه دهند. کنترل و مدیریت خشم نه از روی بر انگیزاننده ها بلکه روی واکنش به آن ها متمرکز است تا فردی که دایما به علت بر انگیزاننده های درونی و بیرونی تحریک می شود بتواند عصبانیت خود را مهار و کنترل کند. مدیریت خشم در واقع به فرد کمک می کند تا یاد بگیرد چه طور خون سرد باشد و احساس منفی قبل از شروع خشم را مهار کند و تحت کنترل بگیرد (شکوهی یکتا و همکاران، ۱۳۹۳)

یکی از متغیرهای که در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرد خودکنترلی هیجانی است. خود کنترلی هیجانی، راه اندازی، افزایش دادن، حفظ کردن و یا کاهش دادن هیجانات مثبت و منفی خود در پاسخ و متناسب با رخدادهای محیطی است (پاروت، ۱۹۹۳، به نقل از چمبرز، گالون و آلن (۲۰۰۹) به بیان دیگر خودکنترلی هیجانی فرآیندی است منحصر بفرد و یگانه برای تعدیل تجارب هیجانی خود به منظور دستیابی به مطلوبیت اجتماعی و قرارگیری در یک وضعیت روانی و جسمانی آماده برای پاسخگویی مناسب به تقاضاهای درونی و بیرونی (هوانگ، ۲۰۰۶) از خلال بررسی ادبیات پژوهشی تصور می شود که سه مهارت اصلی تنظیم هیجانی یعنی آگاهی هیجانی، پذیرش هیجانی، و بکارگیری استراتژیهای متنوع تنظیم هیجانی زمینه تنظیم هیجانی سازگار را فراهم می کنند. دلایل تئوریک و شواهد تجربی از ارتباط بین این مهارتها و تنظیم هیجانی با رفتار سازگاران و کاهش خشم حمایت می کنند. آگاهی هیجانی به معنای توانایی تشخیص و توصیف تجارب هیجانی و فهم و آگاهی از پاسخهای هیجانی است (گرینبرگ، الیوت و پوس، ۲۰۰۷). آگاه بودن از پیام هایی که هیجانات ارسال می کنند به افراد کمک می کند تا منطبق با این پیامها و نیازهای مربوط به آنها رفتار خود را هماهنگ کنند. تحقیقاتی مانند (تول، میدجلی و رومر، ۲۰۰۵)، نشان داده اند که در افراد با سطح آگاهی های هیجانی پایین احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه بالاتر است. همچنین شواهد زیادی نشان می دهند که افراد با آگاهی های هیجانی بالا، بهتر قادر به کنترل هیجانات خود و انجام رفتارهای سازگاران به هنگام تجربه حالات هیجانی منفی هستند (ویلکوفسکی و رابینسون، ۲۰۰۸). پذیرش هیجانی به معنای مواجهه و برخورد غیرقضاوتی با تمام هیجانات بدون نشان دادن واکنش های منفی در مورد هیجاناتی خاص است. تحقیقات نشان داده است وقتی پذیرش هیجانی برای افراد مشکل باشد احتمال بالاتری دارد که از رفتارهای پرخاشگرانه به عنوان ابزاری جهت جبران کردن یا پایان دادن به تجارب هیجانی ناگوار استفاده کنند (چمبرز و همکاران، ۲۰۰۹). به علاوه تنظیم هیجانی مؤثر مستلزم دستیابی به استراتژیهای متنوعی از کنترل هیجانی است که در تعدیل هیجانات درونی و رفتارهای بیرونی نقش ایفا

کنند. این دسترسی به استراتژیهای متنوع در خصوص تنظیم هیجانی به افراد اجازه می‌دهد واجد نوعی از تجارب هیجانی شوند متناسب با موقعیت باشد (باتلر و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از متغیرهایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد تاب آوری است. تاب آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت های سخت و تنش زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (وایت، درایور و وارن، ۲۰۱۰). همچنین توانایی سازگاری با درد، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). در واقع تاب آوری، نه پایداری در برابر آسیب ها و شرایط تهدید کننده است و نه حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک است؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط سخت است (لینداستروم، ۲۰۱۱). افزون بر این پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (عشورنژاد، ۱۳۹۵).

همچنین نتایج مطالعات پیشین در ارتباط با تاب آوری نشان می‌دهد که افزایش تاب آوری منجر به توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌گردد. براساس مشاهدات بلسکی (۲۰۰۲)، افراد با تاب آوری بالا رویدادهای تنش زا را کمتر تهدید آمیز ادراک می‌کنند و به جای سرکوب کردن به احتمال بیشتری در پی جست و جو کمک برمی‌آیند، لذا، به دلیل اهمیت زیادی که تاب آوری در سلامت روان افراد دارد (داودو، استوارت، ریچی و چادویو، ۲۰۱۰)، همواره برای شناخت عوامل مؤثر در افزایش آن تلاش می‌شود. برخی پژوهشگران مانند هاکینز، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲ نیز تاب آوری را سازه ای شناختی دانسته اند (دهقانی، ۱۳۹۴). کهولیک (۲۰۱۱) نیز گزارش نمود که توانش شناختی و به ویژه فراشناختی مانند ذهن آگاهی می‌تواند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و توانش های کنار آمدن، تاب آوری او را بهبود بخشد. درمان های موج سوم شناختی که مشخصه آنها تمرکز بیشتر بر عملکرد است تا محتوای شرایط تحول روزافزونی داشته (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) و بر مفاهیمی مانند ذهن آگاهی و بافت گرایی، شفقت نسبت به دیگران و نسبت به خود تأکید دارند.

از جمله این درمان ها، درمان مبتنی بر شفقت است که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماران خاص جلب کرده است (روزمورننه، مورا، نادال، بلد و برنگر، ۲۰۱۷). شفق خود شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج های خودش است (نف، ۲۰۰۹). نتایج حاصل از این مطالعات حاکی از این است که رفتار نامهربانی و عدم شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت نسبت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (نف، ۲۰۰۹). در مقابل این مسئله نیز اثبات شده است که رفتار نامهربانه و شفقت خود، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت نسبت به دیگران را به دنبال دارد. در حقیقت نف و برتواس (۲۰۱۲)، نشان دادند که افرادی که رتبه بالاتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت تری از خود نشان می‌دهند. از این رو گیلبرت (۲۰۰۹)، به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد.

درمان مبتنی بر شفقت توسط پل گیلبرت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، هنگام ورود به درمان های سنتی در ایجاد صدا درونی مهربان و خود حمایتگر دشواریهایی بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساس، راهکارهای احساس، امنیت و پیامدها و نتایج پیش بینی نشده متمرکز است (اشورث، گریسی و گیلبرت، ۲۰۱۱). شفقت درمانی بر مبنای رویکرد تکاملی نسبت به کارکردهای روانشناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش ها و قابلیت های شفقت ورزی با نظام های مغزی تکامل یافته ای مرتبط دانست که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع دوستی و مهرورزی قرار دارند. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه، فراهم کردن موقعیت هایی برای به هم پیوستگی، امنیت، تسکین بخشی، مشارکت، ترغیب و حمایت است (دیوئه و مورونه- استروپنسکی، ۲۰۰۵). محور اصلی شفقت درمانی پرورش ذهن شفقت ورز است. در حقیقت، درمانگر با توضیح و تشریح توانش و ویژگی های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد. بنابراین از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، بجای سرزنش کردن، محکوم کردن، یا خود انتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). مسائل دیده شده ضرورت تأمین امکانات درمان مناسب در زمینه مهار کردن هر چه مطلوب تر مادران دارای کودک کم توان ذهنی را

تأیید می نماید. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر کنترل خشم، افزایش تاب آوری و خودکنترلی هیجانی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام می شود.

۲-مرور پیشینه پژوهش

سیدجعفری و همکاران(۱۳۹۹)، در پژوهشی به اثر بخشی درمانی متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی در بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداختند، پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل می دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره روان یار مراجعه کرده بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه با روش نمونه گیری در دسترس در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۴)، مقیاس امیدواری اشنايدر (۱۹۹۱) و مقیاس تاب آوری کونور - دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده ها با تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. یافته ها: درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار داشت و بیمارانی که در جلسات درمانی متمرکز بر شفقت شرکت کرده بودند تاب آوری بیشتر و امید به زندگی بیشتری داشتند.

قطور و همکاران(۱۳۹۷)، در پژوهشی به تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری زنان مبتلا به MS پرداختند این پژوهش، یک مداخله آزمایشی به شیوه پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران زن دارای پرونده فعال در انجمن ام اس شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. نمونه ۳۰ زن بیمار بودند که بر اساس ملاک های ورود و خروج به مطالعه و نمرات اکتسابی در پرسشنامه، به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در گروه های ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار مطالعه مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون بود. پس از اخذ پیش آزمون از هر دو گروه، آزمودنی های گروه آزمایش، ۸ جلسه دو ساعته درمان متمرکز بر شفقت را به شیوه گروهی و هفتگی دریافت نمودند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. داده ها با بهره گیری از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند و نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون $66/73 \pm 14/27$ و در مرحله پس آزمون $87/33 \pm 7/06$ بود. در گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری قبل از مداخله $59 \pm 16/01$ و بعد از مداخله $58/80 \pm 15/85$ بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون، بین میانگین گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=78/63$ که نشان دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تاب آوری آزمودنی های تحت مداخله است).

محبوبی، کریمی و زارع(۱۳۹۷)، در پژوهشی به اثربخشی خودکنترلی هیجانی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در دانشجویان دانشگاه پیام نور پرداختند بدین منظور ۴۰ نفر انتخاب و به عنوان نمونه منظور گردیدند. روش تحقیق در این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه بود و از مقیاس پرخاشگری ویلیامز(۱۹۹۶) به عنوان ابزار پژوهش استفاده گردید. برنامه آموزش خودکنترلی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای و در مدت ۵ هفته ای متوالی به دانشجویان ارائه گردید. بدین منظور نمونه تحقیق به صورت تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفری (یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه) گمارده شدند. گروه آزمایشی، تحت آموزش خودکنترلی هیجانی قرار گرفت، در حالی که گروه گواه در معرض هیچ مداخله ای قرار نگرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی بوسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس و در سطح $p < 0/05$ برای گروه وابسته به منظور تعیین اثربخشی آموزش خودکنترلی هیجانی نشان داد که این کاربندی توانسته است به عنوان مداخله ای موثر موجب کاهش پرخاشگری فیزیکی دانشجویان در مرحله آزمایش ($F=38/317$ و مجذور اتا $0/509$) شود.

نوری و شهابی(۱۳۹۶)، در پژوهشی به اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم پرداختند نتایج نشان داد که آموزش شفقت با خود به طور معناداری بر تاب آوری افراد شرکت کننده موثر بوده و مادران

در گروه آزمایشی افزایش معناداری ($P < 0.001$) را در مقیاس تاب آوری نشان دادند. با توجه به یافته های این پژوهش می توان آموزش شفقت با خود را به عنوان یک روش موثر بر افزایش تاب آوری مادران دارای کودک مبتلا به اتیسم پیشنهاد داد. ابراهیمی مقدم و واحدی (۱۳۹۴)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش خودکنترلی هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران شهر تهران پرداختند نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل کواریانس، بیانگر تأثیر آموزش خودکنترلی بر بهبود اختلالات سایکوفیزیولوژیکال بود ($P < 0.001$). به طوری که علائم اختلال، بین گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری بود. با توجه به اینکه پرستاران در مواجهه مداوم با شرایط پر استرس هستند، آموزش مهارت های خودکنترلی هیجانی برای این گروه شغلی، حائز اهمیت است. از این رو آموزش خودکنترلی به عنوان یکی از مهارت های کاربردی به منظور بهبود علائم اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران، پیشنهاد می شود.

نورستروم و پاپی (۲۰۲۰)، در پژوهشی به بررسی خودکنترلی هیجانی و پرخاشگری پرداختند که نشان دادند که خودکنترلی هیجانی پایین به طور کامل و معناداری رابطه بین هیجانات منفی و پرخاشگری فیزیکی را میانجی گیری می کند. خودکنترلی هیجانی پایین به معنای استفاده از راه های ناسازگارانه ای است که فرد به هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات هیجانی از خود نشان می دهد و به لحاظ تجربی ثابت شده است که با انواع پرخاشگری رابطه معنی داری دارد. تاگر، گود و برامر (۲۰۲۰)، در پژوهشی نشان دادند افرادی که در کنترل هیجانی مشکل دارند با احتمال بیشتری اطرافیان خود را مورد پرخاش و سوء استفاده قرار می دهند.

کولینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۹)، در مطالعه ای به ارزیابی گروه درمانی مبتنی شفقت برای زوج هایی که زوال عقل را تجربه می کردند، پرداختند، نتایج مطالعه نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و نرخ تنفس در افرادی دارای زوال عقل و همسران آنها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر بود. میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در خط پایه و پس از سنجش در طیف نرمال قرار گرفت؛ اگر چه برای افراد دارای زوال عقل، یک کاهش معنی دار در افسردگی با اثر متوسط مشاهده شد. ۵۷ درصد افراد مبتلا به زوال عقل با نمرات خط پایه مرزی تا ناهنجار، بهبود بالینی معنی داری در اضطراب و افسردگی نشان دادند. برای همسران، ۲۳ درصد بهبود بالایی معنی داری در افسردگی و ۱۳ درصد نیز در اضطراب مشاهده شد. نرخ تنفسی برای بیماران مبتلا به زوال عقل و همسران آنها کاهش یافت، همچنین کیفیت زندگی افراد مبتلا به زوال عقل با اندازه اثری بزرگ بهبود یافت.

اسماعیلی، آقای، عبدی، اسماعیلی و آقای (۲۰۱۸)، تحت عنوان اثربخشی تنظیم هیجان و کنترل خشم دختران دچار حملات صرعی، یافتند که آموزش تنظیم هیجان سبب کاهش معنادار خشم در میان گروه آزمایش شده است. موس، کوک، چنج و گراس (۲۰۱۷)، در پژوهشی به بررسی خودکنترلی هیجانی و پرخاشگری پرداختند که نتایج نشان داد کسب مهارت های کنترل هیجان و تنظیم هیجان می تواند خشم و پرخاشگری افراد را کاهش دهد.

تالی هیمانی (۲۰۱۷)، در پژوهشی کخ تاب آوری و چیره شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده هایی با کودکان ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمی را بررسی کرده بودند، نتیجه گرفتند که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می شوند و در زندگی اجتماعی خود نیز سطوح بالایی از سرخوردگی و نارضایتی و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می کنند. نف و فاسو (۲۰۱۴)، در پژوهشی شفقت ورزی و مشکل فرزندان یافتند که سطح پائین این ویژگی در مادران فرزندان اتیستیک و ارتباط آن با سطح مشکل فرزندان یاد می کنند.

۳- روش شناسی تحقیق

این تحقیق از نوع تحقیقاتی است که بر اساس آزمایش و کنترل می باشد و از پرسشنامه جهت جمع آوری اطلاعات و از تحلیل مانکوا جهت توصیف و تحلیل فرضیه های پژوهش اجر شد. آزمودنی ها به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و با همین روش در دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل)، جایگزین شدند. آزمودنی ها قبل و بعد از اجرای متغیرهای مستقل (شفقت

درمانی) به وسیله آزمون های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجانی برای مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان ارومیه مورد سنجش انجام می شود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان ارومیه می باشد که جهت انتخاب دو گروه آزمایش و کنترل از بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۴۰ نفر تعیین و با روش تصادفی در دسترس به عنوان نمونه انتخاب خواهند گردید. روش گرد آوری اطلاعات از نوع تحقیقات توصیفی- تحلیلی خواهد بود. ابزار گردآوری اطلاعات براساس متغیرهای تحقیق و از طریق پرسشنامه استاندارد خواهد بود. در پژوهش فوق نمونه ها از جامعه مادران دارای کودکان کم توان ذهنی انتخاب گردید و از روش نمونه گیری تصادفی در دسترس استفاده شده است. از بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی به شیوه از راه دور در واقع به صورت مجازی پرسشنامه ها توزیع و آموزش های انجام گرفت و در این زمینه تعداد ۴۰ نفر از مادران دارای کودکان کم توان ذهنی انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات:

پرسشنامه ی خشم: این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر از سال ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ ساخته شده است و به سنجش خشم افراد در ابعاد مختلفی می پردازد. پرسشنامه خشم اسپیلبرگر (۲-STAXI) دارای ۵۷ سوال است که جواب هر سوال به صورت طیف لیکرت چهار درجه ای از هرگز تا همیشه است. همچنین این پرسشنامه دارای روایی و اعتبار و نمره گذاری است. برای هنجاریابی و بررسی ویژگی های روانسنجی ۲-STAXI، این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر و همکاران بر روی ۱۶۴۴ نفر بزرگسال عادی و ۲۷۶ نفر بیمار روانپزشکی اجرا شد و بر مبنای داده های جمع آوری شده، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفا، رتبه های درصدی و نمره های استاندارد T برای مقیاس ها و خرده مقیاس های ۲-STAXI محاسبه و در راهنمای عملی آن گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس صفت خشم این پرسشنامه با انجام یک مطالعه بر روی ۲۸۰ نفر دانشجوی دوره ی کارشناسی و ۲۷۰ نفر سرباز نیروی دریایی بررسی و تایید شد. افراد مورد مطالعه به پرسشنامه STAXI، پرسشنامه خصومت و مقیاس های خصومت و خصومت آشکار و پرسشنامه MMPI پاسخ دادند. سپس ضرایب همبستگی مقیاس صفت خشم با سه اندازه ی مربوط به خصومت محاسبه شد که این ضرایب برای دانشجویان مرد از ۰/۳۲ تا ۰/۷۱. و برای سربازان از ۰/۳۱ تا ۰/۶۶. متغیر بوده و همه ضرایب به دست آمده از لحاظ آماری معنادار بودند.

پرسشنامه تاب آوری: این پرسشنامه توسط کورنو و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است و جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران با استرس پس از سانحه انجام شده است. طیف پاسخگویی به آن از نوع لیکرت ۵ درجه ای بوده که از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) می باشد. پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و گرچه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود هفت عامل (احساس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، احساس حمایت اجتماعی، ایمان و رویکرد برا عمل گرایانه به فنون حل مسئله) را برای مقیاس تاب آوری تأیید کرده است، چون پایایی و روایی زیر مقیاس ها هنوز به طور قطعی تأیید نشده اند، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب آوری برای هدف های پژوهشی معتبر محسوب می شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ به نقل از بشارت، عباسپور و دوپلاتی، ۱۳۸۹). در پژوهش جوکار (۱۳۸۶)، الفای کرونباخ پرسشنامه کانر و دیویدسون ۰/۹۳. گزارش شده است.

پرسشنامه خودکنترلی هیجانی: پرسشنامه خودکنترلی در سال ۲۰۰۴ توسط تانجی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان کنترل افراد بر خودشان است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. حداکثر نمره برای پرسشنامه خود کنترلی تانجی ۶۵ و حداقل ۱۳ است. نمره بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس (تانجی، ۲۰۰۴).

روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش موسوی مقدم و همکاران (۱۳۹۴) محاسبه و مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش تانجی و همکاران (۲۰۰۴) خودکنترلی با مقیاس های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت، مهارت های بین فردی، دلبستگی ایمن و پاسخ های هیجانی بهینه همبستگی مثبت و با اخلاص های خوردن و مصرف الکل همبستگی منفی معناداری دارد. همچنین پایایی آن بر روی دو نمونه آماری با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پروتکل شفقت درمانی: پروتکل توسط گیلبرت (۲۰۱۴) در ۸ جلسه به شرح زیر تهیه و اجرا می شود:

جلسه اول: اجرای پیش آزمون - آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.

جلسه دوم: توضیح و تشریح شفقت: اینکه شفقت چیست و چگونه می توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد. آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت.

جلسه سوم: آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایض و مشکلاتی دارند.

جلسه چهارم: ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان به شفقت ورز یا غیر شفقت ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن شفقت ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.

جلسه پنجم: آموزش سبک ها و فن های ابزار شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این فن ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.

جلسه ششم: آموزش توانش های شفقت به شرکت کنندگان در حوزه های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از فن صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم های مهم زندگی مانند پدر و مادر.

جلسه هفتم: پرکردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پر کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت گر که اجزای تصویرپردازی های شفقت ورز می توانند باشند، کاربر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش فنون تصویرپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن شفقت ورز.

جلسه هشتم: جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدرانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس آزمون.

۴- یافته های تحقیق

جدول (۱): جدول فراوانی بر حسب شغل جدول فراوانی بر حسب مشخصه شغل مادر

شغل مادر	خانه دار	آزاد	کارمند	کل
کنترل	۱۹	۰	۱	۲۰
	٪ ۹۳/۳	٪ ۰	٪ ۶/۷	٪ ۱۰۰
گروه شفقت درمانی	۱۳	۵	۲	۲۰

۱۰۰٪	٪ ۶/۷	٪ ۶/۷	٪ ۸۶/۷	
۴۰	۳	۵	۳۲	کل
۱۰۰٪	٪ ۶/۷	٪ ۲۲/۲	٪ ۷۱/۱	

با توجه به جدول فراوانی (۱) مشاهده می شود که، در گروه کنترل، ۹۳/۳ درصد از مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شغل خود را خانه دار، و ۶/۷ درصد کارمند اظهار نمودند، در گروه شفقت درمانی، ۸۶/۷ درصد از مادران خود را خانه دار، ۶/۷ درصد دارای شغل آزاد و ۶/۷ درصد دیگر کارمند اظهار نمودند.

جدول (۲) - جدول فراوانی برحسب مشخصه شغل پدر

شغل پدر	آزاد	کارمند	مهندسی یا پزشکی	کشاورز	کل
	۱۹	۱	۰	۰	۲۰
کنترل	٪ ۹۳/۳	٪ ۶/۷	۰	۰	۱۰۰٪
	۱۴	۳	۲	۱	۲۰
گروه درمان شفقت	٪ ۷۳/۳	٪ ۶/۷	٪ ۱۳/۳	٪ ۶/۷	٪ ۱۰۰
کل	۳۳	۴	۲	۱	۴۰
	٪ ۷۵/۶	٪ ۱۷/۸	٪ ۴/۴	٪ ۲/۲	٪ ۱۰۰

با توجه به جدول فراوانی (۲)، مشاهده می شود که در گروه کنترل ۹۳/۳ درصد شغل پدر خود را آزاد، ۶/۷ درصد کارمند اظهار کرده و این پاسخ ها در گروه درمان شفقت به صورت ۷۳/۳ درصد شغل آزاد، ۶/۷ درصد کارمند، ۱۳/۳ درصد مهندسی یا پزشکی، ۶/۷ درصد کشاورز می باشد.

جدول (۳) - جدول فراوانی برحسب مشخصه تحصیلات مادر

تحصیلات مادر	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	کل
	۸	۷	۵	۰	۲۰
کنترل	٪ ۵۳/۳	٪ ۳۳/۳	٪ ۱۳/۳	۰٪	۱۰۰٪
	۴	۱۴	۱	۱	۲۰
گروه درمان شفقت	٪ ۱۳/۳	٪ ۷۳/۳	٪ ۶/۷	٪ ۶/۷	٪ ۱۰۰
کل	۱۲	۲۱	۶	۱	۴۰
	۴۶/۷	۴۰	۱۱/۱	۲/۲	٪ ۱۰۰

طبق گزارشات ارائه شده در جدول (۳)، در گروه کنترل، ۵۳/۳ درصد تحصیلات مادران را در سطح کمتر از دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم، اظهار نمودند؛ مادران در گروه درمان شفقت، به میزان ۱۳/۳ درصد زیر دیپلم، ۷۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۶/۷ درصد دیگر لیسانس می باشند.

جدول (۴) - جدول فراوانی برحسب مشخصه تحصیلات پدر

تحصیلات پدر	زیر دیپلم	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس و دکتری	کل
	۸	۷	۳	۲	۰	۲۰
کنترل	۴۰٪	٪ ۳۳/۳	٪ ۱۳/۳	٪ ۱۳/۳	۰٪	۱۰۰٪
	۵	۹	۳	۱	۲	۲۰
گروه شفقت	۲۰٪	٪ ۵۳/۳	٪ ۶/۷	٪ ۶/۷	٪ ۱۳/۳	٪ ۱۰۰
کل	۱۳	۱۶	۶	۳	۲	۴۰
	۳۱/۱	۳۵/۶	۱۱/۱	۱۵/۶	۶/۷	٪ ۱۰۰

طبق گزارشات ارائه شده در، جدول (۴)، در گروه کنترل، ۴۰ درصد تحصیلات پدر کودکان را در سطح کمتر از دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد فوق دیپلم، ۱۳/۳ درصد لیسانس اظهار نمودند؛ پدران در گروه درمان شفقت، به میزان

۲۰ درصد زیر دیپلم، ۵۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۶/۷ درصد دیگر لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس و دکتری می باشند.

جدول (۵) - میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
کنترل خشم	کنترل	۶/۰۷	۱/۱۶	۱/۸۱	۵/۴۴	۱/۸
	مداخله ی شفقت	۴/۶	۱/۴	۳/۸۷	۲/۰۶	۲/۴۲
تاب آوری	کنترل	۳/۲۷	۱/۹	۰/۹۷	۳/۶۲	۱/۵
	مداخله ی شفقت	۳/۴۷	۱/۴	۳	۳/۱۳	۱/۸
خودکنترلی هیجان	کنترل	۳	۱/۰۶	۲/۹۳	۱/۴۸	۱/۲۸
	مداخله ی شفقت	۳/۳۳	۰/۹۷	۱/۰۷	۱/۰۳	۱/۴

در جدول (۵)، مولفه های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای شاخص کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. همین گونه که ملاحظه می شود؛ بعد از مداخله های شناختی رفتاری، مقادیری میانگین سازه های شاخص مورد مطالعه کاهش یافته است.

جدول (۶) - توزیع نرمال متغیرهای تحقیق

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		آماره	sig	آماره	sig	
کنترل خشم	کنترل	۰/۸۷	۱۰۳	۰/۷۶۸	۰/۱۴۷	۰/۴۵
	مداخله ی شفقت	۰/۹۰۴	۱۱	۰/۹۳	۰/۲۷۱	۰/۱۱۴
تاب آوری	کنترل	۰/۹۴	۴۲۱	۰/۸۳۹	۰/۱۲۴	۰/۳۳۱
	مداخله ی شفقت	۰/۸۶۶	۲۹۷	۰/۹۲۶	۰/۲۴	۰/۳۳۲
خودکنترلی هیجان	کنترل	۰/۹۳۴	۳۱۶	۰/۸۸	۰/۴۷۷	۰/۰۷
	مداخله ی شفقت	۰/۸۵	۷۳۱	۰/۹۱۸	۰/۱۸۱	۰/۴۴۵

با توجه به نتایج مشاهده در جدول (۶)، نشان می دهد در این پژوهش سطح معناداری آزمون بزرگتر از خطای ۵٪ بوده به عبارتی شرط $sig > \alpha = 5\%$ ؛ برقرار است، بنابراین فرض صفر مبنی بر نرمال بودن این فاکتورها تایید می شود. به عبارتی متغیرهای پنهان تحقیق دارای توزیعی منطبق بر توزیع نرمال می باشند و امکان استفاده از روش های پارامتریک وجود دارد.

جدول (۷) - جدول همگنی ماتریس واریانس - کواریانس در پس آزمون

SI G	df ₂	df ₁	F	SMBOX	بررسی پس آزمون
۱۹۸	۱۷۷	۳۸	۱/۴۳	۱۳۰/۳۶	
۰/	۲۵۳۱				

با توجه به آزمون M باکس؛ $F = 1/43$ ؛ و سطح معناداری آزمون برابر $0/198$ شده و از خطای 5% بزرگتر می باشد، لذا فرض صفر مبنی بر همگنی ماتریس واریانس کوواریانس تایید می شود.

جدول (۸) - اثرات آزمون بین گروهی شیب های رگرسیون برای خرده مقیاس ها در مرحله پس آزمون

مقیاس	منبع	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	آمار F	sig
خشم	پیش آزمون * گروه	۱/۶۸۱	۱	۱/۶۸۱	۰/۵۱۶	۰/۴۷۹
تاب آوری	پیش آزمون * گروه	۰/۵۴۳	۱	۰/۵۴۳	۰/۱۸۸	۰/۶۶۸
خودکنترلی هیجان	پیش آزمون * گروه	۰/۹۳۱	۱	۰/۹۳۱	۰/۸۳۳	۰/۳۷

با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول (۸)، با توجه به اینکه اثر متقابل (گروه و کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان، پیش آزمون) در مرحله پس آزمون دارای سطوح معناداری بیشتر از خطای 5% شده است ($p\text{-value} > 5\%$)، لذا پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون نیز برقرار است لذا امکان استفاده از آنالیز کواریانس چند متغیره وجود دارد.

جدول (۹) - بررسی همگنی واریانس خطا در مرحله پس آزمون

خرده مقیاس ها	F	df ₁	df ₂	سطح معناداری
کنترل خشم	۰/۸۰۸	۱	۳۸	۰/۹۶۳
رشد خودپنداره	۰/۳۰۰	۱	۳۸	۰/۸۸۳
روابط صمیمانه	۲/۵۰۲	۱	۳۸	۰/۳۶۴

همانطور که در جدول (۹)، مشاهده می شود که سطوح معنی داری برای آزمون لون در هر خرده مقیاس دارای مقداری بیشتر از خطای 5% بوده، لذا فرض همگنی واریانس های خطا برای گروه کنترل و گروه آزمایشی پذیرفته می شود و این پیش فرض از ۴ پیش فرض لازم جهت اجرای تحلیل کواریانس چند متغیره برقرار است. با توجه به برقراری پیش فرض های لازم جهت اجرای تحلیل مانکوا، امکان استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره صحیح می باشد.

جدول (۱۰) - آزمون تحلیل کواریانس چند گانه در مرحله پس آزمون

نوع آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	همبستگی مجذور اتا
لاندا ویلکز	۰/۲۹	۴/۳۹	۱۰	۲۸	۰/۰۰۳	۰/۷۱

آماره چند متغیری مربوطه یعنی لاندا ویلکز در سطح اطمینان ۹۹ درصد با خطای (1%) ، معنی دار می باشد؛

$$\eta^2 = 0/71 \quad ; \quad P\text{-VALUE}_{F(10,28)} = < 0/01$$

بدین ترتیب فرض صفر رد می شود به عبارتی ترکیب خرده مقیاس های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان پس از تعدیل نمرات آزمایش از روش های درمانی تأثیر پذیرفته اند. بنابراین تحلیل کوواریانس چند متغیره معنادار بوده و روش درمان بر ترکیب خطی این سه خرده مقیاس موثر بوده است. به منظور مقایسه میانگین نمرات کنترل زیر مقیاس های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان بعد از کنترل اثر آزمایش در گروه ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول (۱۱)، ارائه شده است.

جدول (۱۱) - آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	همبستگی مجذور اتا
کنترل خشم	بین گروهی	۴۴/۷۲	۱	۴۴/۷۲	۱/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	خطا	۸۶/۳۷	۳۸	۳/۱۹	۱۳		
تاب آوری	بین گروهی	۲۴/۸۷	۱	۲۴/۸۷	۸/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۲۴

			۲/۸	۳۸	۷۵/۶۸	خطا	
۰/۰۵۴	۰/۲۲	۱/۵۳	۱/۷	۱	۱/۷	بین گروهی	خودکنترلی هیجان
			۱/۱	۳۸	۲۹/۹۸	خطا	

با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول (۱۱)، ملاحظه می شود که بین میانگین نمرات زیر مقیاس های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان، در مرحله کنترل بین گروه آزمایش تحت روش شفقت، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر روش های درمانی شفقت به طور معنی داری در دوره پس آزمون، بر شاخص های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان اثر داشته است. با در نظر گرفتن مقدار همبستگی مجذور اتا، می توان اذعان داشت بیشترین اثربخشی به زیر مقیاس کنترل خشم به میزان (۰/۳۶/۲) و کمترین اثر بخشی بر سازه خودکنترلی هیجان (۰/۰/۷) بوده است.

جدول (۱۲)-جدول همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در مرحله پیگیری

SI	df ₂	df ₁	F	SMBOX ^a	بررسی پس آزمون
G	۱۵۷	۳۸	۱/۳۵	۱۳۰/۸۶	
	۲۰۸۲				

با توجه به سطح معناداری آزمون M باکس، که برابر ۰/۴۳ شده و از خطای ۵٪ بزرگتر است، لذا فرض همگنی ماتریس واریانس کواریانس در مرحله پیگیری تایید می شود.

جدول (۱۳)- اثرات آزمون بین گروهی و همگنی شیب های رگرسیون برای خرده مقیاس ها در مرحله پیگیری

مقیاس	منبع	مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	آمار F	sig
خشم	پیش آزمون * گروه	۱/۶۱	۱	۱/۶۱	۰/۳۴۸	۰/۵۶
تاب آوری	پیش آزمون * گروه	۰/۹۹	۱	۰/۹۹	۰/۳۶۱	۰/۵۵۴
خودکنترلی هیجان	پیش آزمون * گروه	۰/۳۴۶	۱	۰/۳۴۶	۰/۲۰۷	۰/۶۵۳

با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول (۱۴)، اثر متقابل (گروه و خرده مقیاس های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان پیش آزمون) در مرحله پیگیری دارای سطوح معناداری بیشتر از خطای ۵٪ شده است (p-value > 5%)، لذا پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون نیز برقرار است. لذا امکان استفاده از آنالیز کواریانس چند متغیره وجود دارد.

جهت بررسی این مفروضه از آزمون لون استفاده شده و نتایج در جدول (۱۴)، گزارش شده است، آزمون لون همگنی واریانس ها را در نمونه های متفاوت بررسی می نماید. به عبارتی فرض تساوی متغیر وابسته را برای گروه هائی که توسط عامل رسته ای تعیین شده اند، آزمون می کند و نسبت به اکثر آزمونها کمتر به فرض نرمال بودن وابسته بوده و در واقع به انحراف نرمال مقاوم است. این آزمون در نظر می گیرد که واریانس جمعیت آماری در نمونه های مختلف برابر است. فرض صفر همگن بودن واریانس ها می باشد یعنی واریانس جمعیت ها با هم برابر است و اگر مقدار P-VALUE در اماره لون کمتر از ۰/۰۵ باشد؛ فرض صفر که برابری واریانس ها می باشد رد می شود و به این نتیجه می رسیم که بین واریانس ها در نمونه تفاوت وجود دارد.

Levene's Test of Equality of Error Variances

جدول (۱۴) - بررسی همگنی واریانس خطا در مرحله پیگیری

خرده مقیاس ها	F	df ₁	df ₂	سطح معناداری
کنترل خشم	۱/۰۲	۱	۲۶	۰/۳۲
تاب آوری	۰/۰۰۷	۱	۲۶	۰/۹۳
خودکنترلی هیجان	۰/۰۱۱	۱	۲۶	۰/۹۱

همانطور که در جدول (۱۴)، مشاهده می شود، سطوح معنی داری برای آزمون لون در هر خرده مقیاس دارای مقداری بیشتر از خطای ۵٪ بوده، لذا فرض همگنی واریانس های خطا برای گروه کنترل و گروه آزمایش تحت درمان رفتاری شناختی پذیرفته می شود و این پیش فرض جهت اجرای تحلیل کواریانس چند متغیره برقرار است. با توجه به برقراری پیش فرض های لازم جهت اجرای تحلیل مانکوا، استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره صحیح می باشد.

جدول (۱۵) - آزمون تحلیل کواریانس چند گانه در مرحله پیگیری

نوع آزمون	مقادیر	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	همبستگی مجذور اتا
لاندا ویلکز	۰/۴۵۶	۱/۳۴	۱۰	۲۶	۰/۲۹	۰/۴۵۶

با توجه به نتایج مشاهده شده در جدول (۱۵)، آماره چند متغیری مربوطه یعنی لاندا ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد با خطای (۵٪) معنی دار نمی باشد:

$$\eta^2 = ۰/۴۵۶ \quad ; \quad P\text{-VALUE}_{1/34F(10,26)} = > ۰/۰۵$$

بدین ترتیب فرض صفر تایید می شود به عبارتی ترکیب خرده مقیاس های خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان، پس از تعدیل نمرات آزمایش از روش درمانی شفقت تأثیر معناداری نپذیرفته اند. بنابراین تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پیگیری معنادار نیست و روش درمان شفقت در مرحله پیگیری بر ترکیب خطی این سه خرده مقیاس موثر نمی باشد و با توجه به عدم معناداری اثرگذاری این روش درمانی نیاز به بررسی آزمون تعقیبی بونفرونی نیست.

۵- نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثر بخشی شفقت درمانی بر به شیوه ی گروهی بر مولفه های خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه انجام شد. حجم نمونه ی مورد پژوهش ۴۰ نفر از مادران دارای کودکان کم توان ذهنی شهر ارومیه سال ۱۴۰۰ بود که در پرسشنامه ی کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان نمرات پایین تری کسب نمودند و به طور مجزا در دو گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. (گروه آزمایشی و گروه کنترل). نتایج تحلیل نشان می دهد بین میانگین نمرات زیر مقیاس های کنترل خشم؛ تاب آوری و خودکنترلی هیجان بین گروه آزمایش تحت روش درمانی شفقت و گروه کنترل، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر روش های درمانی شفقت به طور معنی داری در دوره آزمایش، بر شاخص های کنترل خشم؛ تاب آوری و خودکنترلی هیجان اثر داشته است. با در نظر گرفتن مقدار همبستگی مجذور اتا، می توان اذعان داشت بیشترین اثربخشی به زیر مقیاس کنترل خشم به میزان (۳۴٪) و کمترین اثر بخشی بر سازه خودکنترلی هیجان (۰/۷) بوده است. یافته های پژوهش را می توان این طور تبیین کرد که بین گروه های آزمایشی که تحت تأثیر آموزش درمان شفقت و گروه کنترل که تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند، تفاوت معناداری وجود دارد و رفتار درمانی شفقت به طور معناداری باعث کاهش نمره ی پرسشنامه ی کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان از طریق اثر بخشی این شیوه ی درمانی بر مولفه های کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی می شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته های تحقیقات قبلی سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، قطور و همکاران (۱۳۹۷)، محبوبی، کریمی و زارع (۱۳۹۷)، نورستروم و پای (۲۰۲۰) و تاگر، گود و برامر (۲۰۲۰)، همسو است. براساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می شود که:

غربال گری باتوجه به نمرات کنترل خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجانی، برای شناسایی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تا آموزش های لازم جهت کاهش عوامل مستعد کننده و افزایش عوامل محافظت کننده با حداقل هزینه انجام گیرد.

از آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی به عنوان نهادهای مهم و تاثیر گذار در این امر مهم تقاضا می شود که همکاری های لازم را با پژوهشگران داشته باشند.

از رویکرد درمان شفقت در جهت بهبود خشم، تاب آوری و خودکنترلی هیجان سایر افراد استفاده شود. آموزش لازم شفقت در برخورد درست و منطقی با توجه به نیاز های هیجانی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در مراحل زندگی بهره گرفته شود.

رویکردهای آموزشی شفقت به عنوان یک فاکتور حفاظتی در کلیه ی سطوح و برای تمامی افراد صورت گیرد. آموزش های مداوم و مداخله های تخصصی برای افراد آسیب پذیر تداوم داشته باشد.

منابع:

- ابراهیمی مقدم، حسین؛ واحدی، سید حامد(۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی آموزش خودکنترل هیجانی بر اختلالات سایکوفیزیولوژیکال پرستاران شهر تهران، مجله علوم مراقبتی نظامی، شماره ۴، ۲۱۳-۲۰۶.
- محبوبی، طاهر، کریمی، سید بهالدین، زارع، حسین(۱۳۹۷)، اثربخشی آموزش خودکنترلی هیجانی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی دانشجویان دانشگاه پیام نور، شماره ۴۱، ۱۱۴-۹۹.
- نوری، حمیدرضا؛ شهابی، بهاره(۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش شفقت با خود بر افزایش تاب آوری مادران دارای فرزند اتیسم، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، دوره ۱۸، شماره ۳، ۱۲۶-۱۱۸.
- قطور، زینب؛ مصطفی پور یحیی، سید مصطفی؛ داورنیا، رضا؛ سلیمی، آرمان؛ شاکرمی، محمد(۱۳۹۷)، تأثیر درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS)، ارمغان دانش، دوره ۲۳، ۳۶۵-۳۵۰.
- سید جعفری، جواد، برجعلی، احمد؛ شرافتی، شاهین؛ پناهی، مهدی، دهناشی لاطان، تاجماه؛ عبودیت، سعیده(۱۳۹۹)، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، علوم شناختی، دوره ۱۹، شماره ۹۲، ۹۵۶-۹۴۵.
- ملکی، صدیقه؛ فلاحی خشکناز، مسعود؛ ره گوی، ابوالفضل؛ رهگذر، مهدی(۱۳۹۰)، بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت خشم بر پرخاشگری دانش آموزان پسر ۱۵-۱۲، نشریه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۲۶، شماره ۶۹، ۲۶-۳۵.
- Adili, F., Larijani, B., & Haghigatpanah, M. (2006). Diabetic patient: psychological aspects. *Annals New York Academy of Sciences*, 1084, 329-349.
- Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(2), 39-128.
- Attari, A., Sartippour, M., Amini, M., & Haghigat, S. (2006). Effect of stress management training on type I diabetes mellitus, *Diabetes Care*, 10(1), 72-75.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassionbased therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior therapy*, 48 (2), 207-221.
- Beaumont, E., & Martin, C. J. H. (2016). A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through Compassionate Mind Training. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 111-118.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, 4(2), ۱۶۶-۱۷۰.
- Bergman, Y. S., Bodner, E., & Haber, Y. (2018). The connection between subjective nearness-to-death and depressive symptoms: The mediating role of meaning in life. *Psychiatry Research*, 261, 269-273.

- Chu, X. W., Fan, C. Y., Liu, Q. Q., & Zhou, Z. K. (2018). Cyberbullying victimization and symptoms of depression and anxiety among Chinese adolescents: Examining hopelessness as a mediator and self compassion as a moderator. *Computers in Human Behavior*, 86, 377-386.
- Coholic, D. A. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. *In Child & Youth Care Forum*, 40(4), 303-317.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A Neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral Brain Sciences*, 28(3), 50- 313.
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D., & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 46(5), 661-670.
- Egede, L. E., & Dismuke, C. E. (2012). Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Current psychiatry reports*, 14(1), 15-22.
- Esmaeili, L., Aghaei, A., Abedi, M. R., Esmaeili, M., & Aghaei, M. (۲۰۱۸). The efficacy of emotional regulation on the aggression of epileptic girls (14-18) in Isfahan. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 2183-2187
- Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Arean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 1096–1101
- Fosca, G.M., (2008). *Beyond the Parent-child Dyad: Testing Family Systems Influences on Children's Emotion Regulation*, Doctoral Dissertation of Philosophy, Marquette University, Milwaukee, Wisconsin
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), ۱۹۹-۲۰۸.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gonzalez, J., & Peyrot, M. (2008). Depression and Diabetes Treatment Nonadherence. A Meta-Analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 1_6.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850–855
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & GlennLawson, J. L. (2007). Improving diabetes selfmanagement through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336.
- Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S & Irons C. (2011). Acompassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3, 47-54.
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 15, 363(9421), 1589-97.
- Marius, P., Pascariu, D., Canudas-Romo, V., & Vaupel, J. W. (2018). The double-gap life-expectancy forecasting model. *Insurance: Mathematics and Economics*, 78, 339-350.
- Motabi, f. & Fati, L. (2007). Life skills training "Stress Management and Adaptive Coping". Tehran: Women's Affairs Office of the Ministry of Health, Education, and Medicine [In Persian]
- Neff, K. D. (2009). The role of selfcompassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211- 214.

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Neff, K., & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Journal Self and Identity*, 12, 78-98.
- Redman, K.B. (2004). Patient self management of chronic disease (the health care challenges), edition. Canada, Jones and Bartlett publisher. Ros-Morente, A., Mora, C. A., Nadal, C. T., Belled, A. B., & Berenguer, N. J. (2017). An Examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Annals of Psychology*, 34(1), 63-67.
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(1), 4-14.
- Smith C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 17-30.
- Snoek, F.J., & Skinner, T.C., (Eds.). (2005). *Psychology in diabetes care*, Chichester, UK: Wiley.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., et al. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 30-34.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., L. M., Irving, S. A., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, ۵۷۰-۵۸۵.
- Tager, D., Good, G. E., & Brammer, S. (۲۰۲۰). "Walking over 'em": An exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(3), 233-239
- Taylor, C., Keim, K. S., Sparrer, A., Van, J. D., & Parker, S. (2004). Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian women. *Preventing chronic disease*, 1(2), A06-A06.
- vnn oon, J., Nykkkkkk I., Pop, .. J., & Pouwrr, .. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 131.
- White B, Driver S, Warren AM. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

The effectiveness of compassion therapy on resilience, emotional self-control and anger in mothers with mentally retarded children

Abstract:

The aim of this study was to investigate the effect of compassion therapy on resilience, emotion self-control and anger among mothers with mentally retarded children in Urmia. The present study was a quasi-experimental design of experimental and control type. The experimental sample included 40 mothers with mentally retarded children in 1400. They were selected by available random sampling method and were divided into experimental and control groups. The experimental group underwent group compassion training for 8 sessions of 60 minutes. Anger control, resilience and emotion self-control scales were used to collect data. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in two stages of experiment and control, significance level $p < 0.05$. The results showed that group compassion treatment group was significantly effective on the components of anger control, resilience and emotion self-control. Based on the results of this study, it seems that compassion therapy training can increase the level of anger and increase resilience and self-control of mothers with children with mental retardation.

Keywords: compassion therapy, anger management, resilience, emotional self-control, children with mental retardation

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی