



اثربخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

یلدا محفوظی

دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، پردیس بین‌الملل ارس دانشگاه تهران

منیژه فیروزی

عضو هیأت علمی، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، ایران (نویسنده مسئول)

mfiroozy@ut.ac.ir

سیما خاوندی زاده اقدم

عضو هیئت علمی، گروه مامایی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

khavantizadeh@yahoo

چکیده

زمینه و هدف: هدف از تحقیق حاضر اثربخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. **روش کار:** تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی بود. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه بود. جامعه آماری پژوهش، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شده و در دو گروه ۵۰ نفری (آموزش خودشفقتی و گواه) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. گروه آموزش خودشفقتی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان داد که در متغیر تصور از شایستگی فردی ($F=441/15$)، اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی ($F=423/05$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F=399/82$)، کنترل ($F=261/60$) و تاثیرات معنوی ($F=241/62$) در نمرات پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین در متغیر سلامت جسمانی فردی ($F=66/60$)، سلامت روان ($F=157/29$)، روابط اجتماعی ($F=146/62$) و سلامت محیط ($F=135/45$) در نمرات پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودشفقتی بر ابعاد تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد و باعث بهبود شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی می‌شود. همچنین آموزش خودشفقتی بر ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد و باعث بهبود سلامت جسمانی فردی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش خودشفقتی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی



مقدمه

کم توانی ذهنی یکی از اختلالات مکانیسم رشدی ۱ است که به شکل کمبود در کارکرد ذهنی ۲ و رفتار سازشی در حوزه‌های نظری و عملی تفسیر شده است. خصوصیت‌های متمایز این کودکان ، پدر و مادر این کودکان را در مقایسه با پدر و مادر کودکان عادی در معرض اضطراب‌های مختلف قرار می‌دهد و آنها را در زمینه بیماری‌های جسمی ۳ و کمبود بهزیستی ذهنی مستعد می‌کند [۱]. در ادامه باید گفت که در مبانی نظری این متغیر، عوامل ذهنی یا عناصر اجتماعی- فرهنگی موثر بر خانواده به طور مستمر مورد توجه قرار می‌گیرد. بر همین اساس، عناصر مرتبط با مکانیسم‌های تغییریری همچون دوران نخستین کودکی، به همراه دقت در قابلیت‌های مناسب در اشخاص در جهت هماهنگی، از ضرورت خاصی برخوردار است [۲].

باید به این امر توجه ویژه داشت که معلولیت یکی از کودکان در درون خانواده و کارکردهای متعدد آن را دچار تحول می‌نماید و بر همین اساس می‌تواند صدمات جبران ناپذیری به وحدت و شکل خانواده وارد نماید که باعث تحولاتی در جایگاه‌ها، کارکرد و هماهنگی گردد [۳]. این کودکان ، والدین را در زندگی خانوادگی دچار بحران می‌نماید. بارهای ذهنی و جسمی باعث این می‌گردد که مادران دچار مشکلات و عدم توازن فردی و گوشه‌گیری و استرس گردند [۴].

مطالعات صورت گرفته در زمینه این کودکان نشان می‌دهد که مادران این کودکان ، تحمل پایین تری در مقایسه با مادران کودکان عادی دارند [۵]. در اصل تاب‌آوری قابلیت هماهنگی و غلبه بر اتفاقات و حوادثی است که در زندگی ایجاد استرس می‌نمایند، همچون داشتن کودکی با معلولیت حاد و بازگشت نتایج مثبت و تسلط فردی، ایجاد خودکارآمدی و امید تفسیر می‌شود [۶]. تاب‌آوری یک مکانیسم شخصی ۴ است که حیات و مکانیسم‌های امنیتی ۵ ایجاد شده به واسطه مکانیسم‌های کلان را بهبود می‌بخشد تا موقعیت‌هایی را برای اشخاص در جهت مواجهه با اضطراب فراهم کند [۷].

بر اساس تحقیقات انجام شده، مادرانی که دارای کودکان ناتوان ذهنی هستند، در مقایسه با مادران کودکان عادی دارای اختلالاتی هستند. این مشکلات بر کیفیت زندگی آنها اثر می‌گذارد. بر اثر بالا رفتن میزان استرس و انزوای پدر و مادر، امکان دارد کیفیت زندگی تقلیل یابد [۸]. در صورتی که کودک دارای ناتوانی شدید باشد و پدر و مادر توانایی انجام اقدامات دیگر را نداشته باشند، این مکانیسم بر کیفیت زندگی اثر نامطلوب می‌گذارد. از نظر سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی اصطلاحی چند بعدی است که در نتیجه درک هر شخص از زندگی، باورها، نیت، علایق و استانداردهای زندگی شخصی به وجود می‌آید [۹]. این فرآیند به شدت تحت تاثیر عناصر اصلی ذهنی و جسمانی است. علاوه بر این اعتقادات شخصی و ارتباطات فرهنگی [۱۰] و سطح پایین زندگی بر ارتباطات خانوادگی و مکانیسم‌های مواجهه اثر می‌گذارد و باعث هماهنگی‌های ناکارآمد در اشخاص و در نتیجه بالا رفتن تنش در بین افراد می‌شود [۱۱]. مادرانی که از ایم کودکان محافظت می‌نمایند به طور معمول از معضلات مختلفی همچون معضلات جسمانی، ذهنی و فرهنگی رنج می‌برند [۱۲].

- 1 Growth mechanism disorders
- 2 Mental function
- 3 Physical diseases
- 4 Personal mechanism
- 5 Security mechanisms



با دقت در اثرپذیری تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی از موقعیت ایجاد شده و همچنین با دقت در خواسته‌های مادران به مقدار زیادی از تاب‌آوری برای افزایش کیفیت زندگی، استفاده از شیوه‌های آموزشی برای این منظور دوری ناپذیر است. یکی از شیوه‌های جدید که می‌تواند در این حوزه اثرگذار باشد، شیوه مداخله آموزش خودشفقتی ۶ است. خودشفقتی ۷ به معنای اندیشیدن به احساسات و عواطف و افکار خود است و این فرآیند اشخاص را به سویی می‌برد که به طور کامل با خودشان با رفتار رفتار نمایند. این روش سه بعد اساسی دارد که عبارت هستند از رفت با خویش در مقابل با داوری از خود؛ انسانیت در مقابل منزوی بودن؛ ذهن آگاهی در مقابل ماهیت غیرواقعی [۱۳].

در بیان دلیل استفاده از آموزش خودشفقتی در راستای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی باید گفت که بر اساس مطالعات انجام شده، این روش از طریق ایجاد فرصتی برای ذهن آگاهی، مهربانی و عشق ورزیدن، کاهش روابط چالش برانگیز، درک عمیق و پذیرش زندگی به افراد کمک می‌کند با به کار بستن تجارب یادگیری به صورت سازگارانه تری در مواجهه با رویدادهای تنش زای زندگی عمل کنند و زندگی مطلوب تری داشته باشند [۱۴، ۱۵، ۱۶].

بر اساس مطالعات انجام شده، استفاده از شیوه آموزش خودشفقتی، می‌تواند تاب‌آوری و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. شمس و همکاران [۱۷] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در مادران گروه خودشفقتی در قیاس با گروه کنترل به شکل قابل توجهی تقلیل پیدا نموده است. همچنین نوری و شهابی [۱۸] در تحقیق خود نشان دادند که آموزش شفقت با خود به طور معناداری بر تاب‌آوری اشخاص شرکت‌کننده اثرگذار بوده و مادران در گروه آزمایشی افزایش معناداری را در مقیاس تاب‌آوری نشان دادند. در نهایت در تحقیق لانگ-فرانکو و کریستی [۱۹] شرکت‌کنندگان در مداخله بهبود قابل توجهی در خودشفقتی، ذهن آگاهی، شفقت با افراد دیگر، تاب‌آوری و رضایت از شفقت و تقلیل قابل توجهی در فرسودگی شغلی، استرس و اضطراب در قیاس با گروه غیر مداخله نشان دادند. در ادامه دروه ئی و همکاران [۲۰] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خودشفقتی مبتنی بر توجه آگاهی بر تقلیل اضطراب تروماتیک ثانوی و فرسودگی شغلی و نیز بهبود رضایت ناشی از شفقت اثر معناداری داشته است. همچنین شیخان و همکاران [۲۱] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خودشفقتی با تاکید بر سه مولفه رفت با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی بر افزایش تصویر بدنی تاثیر مثبت و معنادار داشته است. علاوه بر این بر اساس یافته‌ها، کیفیت زندگی زنان به ویژه در حیطه‌های جسمانی و ذهنی در گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه بعد آموزش بهبود مثبت و معناداری داشت. درویشی و خیاطان [۲۲] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت در مقایسه با خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر دارد. در نهایت پینتو و همکاران [۲۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، خودشفقتی به عنوان بهترین پیش‌بینی‌کننده گوشه‌گیری، اضطراب و عناصر کیفیت زندگی است. شفقت درمانی به عنوان روش مداخله‌ای در تحقیق حاضر انتخاب شده است. این روش درمانی، علاوه بر تمرینات اجرایی، حمایت از سوی درمانگر را نیز شامل می‌شود. از آنجا که مشخص شده که مداخلات روانشناختی از نوع خودشفقتی اثرات مثبتی بر خصوصیت‌های روانشناختی اشخاص می‌گذارد و نیز با در نظر گرفتن این مهم که مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی در طول زندگی خود دچار معضلات ذهنی مختلفی

- 6 Self-Compassion training intervention method
- 7 Self-Compassion



می‌شوند که بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری آنها و سایر اشخاص خانواده اثر می‌گذارد، پژوهش حاضر در پی تعیین میزان اثربخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است.

۱- متغیرهای پژوهش

۱-۱. تاب‌آوری (متغیر ملاک)

۱-۱-۱. تعریف مفهومی

تاب‌آوری به ظرفیت تطابق افراد در مقابله با حوادث و تنش‌های سخت، تقویت افراد در برابر آن به وسیله آن تجارب اطلاق می‌گردد. این ویژگی با قابلیت فردی اشخاص و قابلیت‌های فرهنگی و تعامل با محیط صیانت می‌گردد، توسعه می‌یابد و به عنوان یک خصوصیت مثبت متبلور می‌گردد [۲۴].

۱-۱-۲. تعریف عملیاتی

منظور از تاب‌آوری در این پژوهش، نمره‌ای است که اشخاص در پرسشنامه‌ی ۲۵ سوالی کانر و دیویدسون [۲۵] کسب نموده‌اند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

۲-۱. کیفیت زندگی (متغیر ملاک)

۲-۱-۱. تعریف مفهومی

کیفیت زندگی به عنوان ذهنیت هر شخص در رابطه با این مساله که آیا وی علیرغم روابطی که با همسالان، دوستان و اعضای خانواده دارد، این نوع ارتباطات لذت بخش و موثر هستند. این متغیر در اصل وضعیت حیات اشخاص را از وجهه‌های متعدد همچون خصوصیات جسمی و اجتماعی ارزیابی می‌کند [۲۶].

۲-۱-۲. تعریف عملیاتی

منظور از کیفیت زندگی نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی کسب می‌نمایند. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

۳-۱. آموزش خودشفقتی (متغیر پیش‌بین)

۳-۱-۱. تعریف مفهومی

خودشفقتی اصطلاحی است که قبول هیجانی رخدادهایی را که در درون انسان رخ می‌دهد را منعکس می‌نماید و به دارای سه بعد رفت با خود، اشتراکات انسانی و به هوشیاری است [۱۴].



۱-۳-۲. تعریف عملیاتی

برنامه آموزشی خودشفقتی از کتاب درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت [۱۶] به روش برنامه آموزشی و مباحثه گروهی در طول هفت جلسه به مدت ۹۰ دقیقه است که به شکل هفتگی اجرا خواهد شد.

۲- روش کار

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی است. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه است. جامعه آماری پژوهش، مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ است. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شده و در دو گروه ۵۰ نفری (آموزش خودشفقتی و گواه) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. قابل ذکر است که در تحقیقات شبه‌آزمایشی و آزمایشی با گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل نمونه ۱۵ نفر است که در برای افزایش اعتبار، این تعداد به پنجاه افزایش یافت. گروه آموزش خودشفقتی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. قبل از آموزش در بین هر دو گروه، پرسشنامه‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی توزیع و جمع‌آوری شد. گروه آموزش خودشفقتی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و بعد از آن مجدد پرسشنامه‌ها توزیع و جمع‌آوری شد تا در نهایت تفاوت میانگین متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه کنترل با نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و با کنترل اثر پیش‌آزمون، مقایسه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت زن، سطح تحصیلات دست‌کم سوم راهنمایی، ساکن اردبیل، داشتن حداقل یک کودک کم‌توان ذهنی (کمتر از ۱۵ سال) در زمان شرکت در پژوهش، دسترسی به اینترنت برای بهره‌گیری از کلاس‌های آنلاین، اطمینان از نگهداری کودک کم‌توان توسط فرد دیگر در زمان شرکت در کلاس‌ها و پر کردن فرم‌ها، دارا بودن توانایی صحبت کردن و دارا بودن شرایط جسمی و روحی و روانی مناسب (یعنی دچار استرس و اضطراب تأثیرگذار بر روند نمونه‌گیری نباشند و داروهای موثر بر اعصاب مصرف نکنند) و رضایت و تمایل به شرکت در جلسات تکمیل پرسشنامه‌ها داشته باشند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌ای است که شامل:

۲-۱. پرسشنامه تاب‌آوری

این پرسشنامه به وسیله کاتر و دیویدسون [۲۵] طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال است که شامل زیرمقیاس تصور از صلاحیت فردی، اطمینان نسبت به گرایش شخصی، تاب‌آوری در برابر عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات و ارتباطات ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است با سوالاتی همچون (وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم، حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی ام با او در زمان استرس به من مساعدت می‌کند). زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی با سوالات ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰، زیرمقیاس اعتماد به گرایش فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶، زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱، زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳ و زیرمقیاس تأثیرات معنوی با سوالات ۹-۳ اندازه‌گیری می‌شود. در این پرسشنامه نمره بین ۲۵ تا ۴۱ نشان‌دهنده تاب‌آوری افراد در حد پایین می‌باشد، نمره بین ۴۱ تا ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری افراد در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری افراد در حد بالا می‌باشد. در پژوهش محمدی (۱۳۸۴) روایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده است و



پایایی با بهره جویی از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و ضریب پایایی برابر ۰/۹۲ بدست آمده است. این پرسشنامه در قالب طیف لیکرت طراحی شده است و نمره گذاری به شرح جدول زیر است:

همیشه درست	اغلب درست	گاهی درست	بندرت درست	کاملاً نادرست
۵	۴	۳	۲	۱

۲-۲. پرسشنامه کیفیت زندگی

پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی شده است و توسط نجات (۱۳۸۵) استانداردسازی و به گونه ایرانی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که شامل زیرمقیاس سلامت جسمانی (سوالات ۱ تا ۶)، سلامت روان (سوالات ۷ تا ۱۳)، روابط اجتماعی (سوالات ۱۴ تا ۲۰) و سلامت محیط (سوالات ۲۱ تا ۲۶) است. با سوالاتی همچون (به نظر شما زندگی شما تا چه حد معنادار است؟، در امور خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟). در این پرسشنامه نمره بین ۰ تا ۳۹ نشان دهنده کیفیت زندگی در حد پایین می باشد، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ نشان دهنده کیفیت زندگی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۷۰ نشان دهنده کیفیت زندگی در حد بالا می باشد. در پژوهش نجات (۱۳۸۵) روایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده است و پایایی با بهره جویی از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و ضریب پایایی برابر ۰/۸۱ بدست آمده است. این پرسشنامه در قالب طیف لیکرت طراحی شده است و نمره گذاری به شرح جدول زیر است:

اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۰	۱	۲	۳	۴

۳- روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش با مراجعه به مرکز بهزیستی و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آنها در گروههای آزمایش و گواه، پرسشنامههای پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه می شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی میماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروههای آزمایش مداخله آموزش خودشفقتی انجام خواهد شد در حالی که گروه گواه این آموزش را دریافت نمی کنند. برنامه مداخله ای درمان مبتنی بر خودشفقتی در هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای، هفته ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم طبق جدول زیر اجرا می شود:



جدول ۱- جلسات مربوط به آموزش خودشفقتی [۱۶]

جلسه	عنوان جلسه
۱	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه تعیین هدف و فرمول بندی مراجع گوش سپردن به روایت‌های دانش آموزان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن توصیف مختصری در خصوص کمروبی و خودناتوان سازی تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به دانش آموزان
۲	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت گرا) تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن تعریف شفقت تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر نسبت به خودتان شفقت ورز هستید؟
۳	معرفی ویژگی ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیر گذاری بر حالات روانی فرد معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر
۴	معرفی تصویر سازی ذهنی بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن. آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگیهای شفقت گر) تکلیف: تمرین تصویر سازی ذهنی
۵	پرورش خود شفقتورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ پرورش خودشفقت- ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت - پذیری در ایجاد شفقت آموزش نحوه ی تصویر پردازی در مورد خودشفقتورز تکلیف: تصویر پردازی ذهنی خود شفقتورز
۶	آموزش نامه نگاری شفقت ورز بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل آموزش نامه نگاری شفقت ورز تکلیف: " تصور کنید خود شفقت ورتتان به شما نامه ای می نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید"
۷	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل ترس از شفقت به خود شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها
۸	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه تکلیف: ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی



داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله پیش آزمون و پس آزمون با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و با بهره جویی از نرم افزار آماری SPSS با نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

جدول ۲- ویژگی های جمعیت شناختی پاسخگویان

گروه	وضعیت	متغیر		
		کنترل	آزمایش	
تحصیلات	زیر دیپلم	فراوانی	۲۵	
		درصد	۴۴	
	دیپلم	فراوانی	۱۳	
		درصد	۲۶	
	فوق دیپلم	فراوانی	۶	
		درصد	۱۲	
	لیسانس	فراوانی	۴	
		درصد	۸	
	فوق لیسانس	فراوانی	۲	
		درصد	۴	
	وضعیت اشتغال	خانه دار	فراوانی	۴۳
			درصد	۸۶
شاغل		فراوانی	۷	
		درصد	۱۴	

طبق نتایج جدول (۲) در هر دو گروه کنترل و آزمایش، بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات زیر دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به گروه فوق لیسانس است. همچنین در هر دو گروه کنترل و آزمایش، بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار و کمترین فراوانی مربوط به گروه شاغل است.



جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل و آزمایش

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴/۴۸	۳۰/۱۴	۴/۳۸	۲۹/۵۶	سن

طبق نتایج جدول (۳) میانگین سنی گروه کنترل ۲۹/۵۶ و در گروه آزمایش برابر ۳۰/۱۴ است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار تاب آوری و ابعاد آن در پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش

انحراف معیار	میانگین	گروه	متغیر
۳/۲۸	۱۶/۰۸	کنترل	تصور از شایستگی فردی
۵/۱۷	۲۱	آزمایش	
۳/۳۹	۱۴/۱۸	کنترل	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی
۴/۰۱	۱۸/۳۲	آزمایش	
۳/۲۵	۱۲/۴۲	کنترل	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۴/۳۶	۱۶/۷۲	آزمایش	
۲/۹۷	۴/۱۸	کنترل	کنترل
۲/۸۳	۱۰/۶۰	آزمایش	
۱/۶۳	۴/۸۴	کنترل	تأثیرات معنوی
۱/۳۰	۸/۰۶	آزمایش	
۷/۳۸	۵۴/۷۰	کنترل	نمره کل تاب آوری
۸/۲۴	۷۴/۷۰	آزمایش	

میانگین و انحراف تاب آوری و ابعاد آن در پس آزمون گروه کنترل و آزمایش در جدول (۴) آمده است.



جدول ۵ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در پس آزمون گروه های کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	کنترل	۱۲/۴۲	۲/۹۰
	آزمایش	۱۷/۸۴	۳/۵۰
سلامت روان	کنترل	۱۰/۱۴	۲/۵۱
	آزمایش	۱۷/۷۲	۳/۴۵
روابط اجتماعی	کنترل	۱۲/۱۴	۲/۵۳
	آزمایش	۱۹/۱۴	۳/۳۸
سلامت محیط	کنترل	۱۲/۶۲	۱/۹۷
	آزمایش	۱۹/۳۶	۳/۵۴
نمره کل کیفیت زندگی	کنترل	۴۷/۳۲	۶/۰۲
	آزمایش	۷۴/۰۶	۱۰/۷۹

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در پس آزمون گروه کنترل و آزمایش در جدول (۵) آمده است.

جدول ۶- آزمون باکس جهت بررسی مفروضه های همگنی ماتریس واریانس مربوط به ابعاد تاب آوری

آزمون	مقدار
باکس	۹/۵۵
F	۱/۷۶
درجه آزادی ۱	۱۵
درجه آزادی ۲	۳۸۶۶۸/۷۳
سطح معناداری	۰/۱۹

طبق جدول ۶ نتیجه ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه ی همگنی ماتریس واریانس ها آورده شده است. براساس نتایج مندرج، سطح معناداری ($\text{sig}=0/19$)، بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین مفروضه ی همگنی ماتریس واریانس ها برقرار است.



جدول ۷- نتایج آزمون معناداری کواریانس چندمتغیری نمرات ابعاد تاب آوری

منبع تغییرات	نام آزمون	مقادیر	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه‌ی آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلاهی	۰/۷۱	۴۳/۵۳	۵	۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۹	۴۳/۵۳	۵	۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	اثرهتلینگ	۲/۴۴	۴۳/۵۳	۵	۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۴۴	۴۳/۵۳	۵	۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱

همانطور که جدول (۷) نشان می‌دهد سطوح معنی داری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمرد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$)، $F = 43/53$ و لامبدای ویلکز = $0/29$). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر ۷۱ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۸- نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی ابعاد تاب آوری

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
گروه	تصور از شایستگی فردی	۴۴۱/۱۵	۱	۴۴۱/۱۵	۲۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰
	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	۴۲۳/۰۵	۱	۴۲۳/۰۵	۳۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۳۹۹/۸۲	۱	۳۹۹/۸۲	۲۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	کنترل	۲۶۱/۶۰	۱	۲۶۱/۶۰	۳۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	تأثیرات معنوی	۲۴۱/۶۲	۱	۲۴۱/۶۲	۱۰۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که در متغیر تصور از شایستگی فردی ($F = 441/15$)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی ($F = 423/05$)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ($F = 399/82$)، کنترل ($F = 261/60$) و تأثیرات معنوی ($F = 241/62$) در نمرات پس آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.01$). بنابراین می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی بر ابعاد تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد.



جدول ۹- آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس مربوط به ابعاد کیفیت زندگی

مقدار	آزمون
۷/۹۶	باکس
۲/۲۰	F
۱۰	درجه آزادی ۱
۴۵۹۱۵/۵۳	درجه آزادی ۲
۰/۱۴	سطح معناداری

طبق جدول ۹ نتیجه ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه ی همگنی ماتریس واریانس ها آورده شده است. براساس نتایج مندرج، سطح معناداری (sig=۰/۱۴)، بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین مفروضه ی همگنی ماتریس واریانس ها برقرار است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون معناداری کواریانس چندمتغیری نمرات ابعاد کیفیت زندگی

منبع تغییرات	نام آزمون	مقادیر	F	درجه ی آزادی فرضیه	درجه ی آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۴	۶۶/۵۶	۴	۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۶۶/۵۶	۴	۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر هتلینگ	۲/۹۲	۶۶/۵۶	۴	۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۲/۹۲	۶۶/۵۶	۴	۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴

همانطور که جدول (۱۰) نشان می‌دهد سطوح معنی داری تمام آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمرد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد (p < ۰/۰۵, F = ۶۶/۵۶ و لامبدای ویلکز = ۰/۲۵). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر ۷۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است.



جدول ۱۱- نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی ابعاد کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۶۹۲/۱۲	۱	۶۹۲/۱۲	۶۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	سلامت روان	۱۴۰۴/۶۱	۱	۱۴۰۴/۶۱	۱۵۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	روابط اجتماعی	۱۱۸۴/۷۷	۱	۱۱۸۴/۷۷	۱۴۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	سلامت محیط	۱۱۱۳/۲۲	۱	۱۱۱۳/۲۲	۱۳۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد که در متغیر سلامت جسمانی فردی ($F=۶۶/۶۰$)، سلامت روان ($F=۱۵۷/۲۹$)، روابط اجتماعی ($F=۱۴۶/۶۲$) و سلامت محیط ($F=۱۳۵/۴۵$) در نمرات پس آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). بنابراین می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی بر ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد.

۴- بحث

طبق نتایج بدست آمده از تحقیق، آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری و ابعاد آن شامل تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد. نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های تحقیق شمس و همکاران [۱۷]، نوری و شهابی [۱۸]، لانگ-فرانکو و کریستی [۱۹] همخوانی و مشابهت دارد. چنانچه شمس و همکاران [۱۷] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در مادران گروه خودشفقتی در قیاس با گروه کنترل به شکل قابل توجهی تقلیل پیدا نموده است.

همچنین نوری و شهابی [۱۸] در تحقیق خود نشان دادند که آموزش شفقت با خود به طور معناداری بر تاب‌آوری اشخاص شرکت کننده اثرگذار بوده و مادران در گروه آزمایشی افزایش معناداری را در مقیاس تاب‌آوری نشان دادند.

در نهایت در تحقیق لانگ-فرانکو و کریستی [۱۹] شرکت کنندگان در مداخله بهبود قابل توجهی در خودشفقتی، ذهن آگاهی، شفقت با افراد دیگر، تاب‌آوری و رضایت از شفقت و تقلیل قابل توجهی در فرسودگی شغلی، استرس و اضطراب در قیاس با گروه غیر مداخله نشان دادند. در ابتدای تبیین یافته فوق باید گفت که تاب‌آوری ویژگی یا خصلتی نیست که برخی دارای آنها باشند و برخی آن را نداشته باشند، به بیان دقیق تر، تاب‌آوری بیانگر تعاملی بین انسان و محیط است. تاب‌آوری اشاره به ایستادگی در برابر خطر دارد، اما یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را نیز مغلوب سازد. البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌های یا شرایط تهدید کننده و حالتی انفعالی در برابر رویارویی با شرایط خطرناک ناست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است [۲۷].



از این رو می‌توان گفت که این روش مادران را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهند و با خودنظم دهی هیجان، کیفیت زندگی بهتری را تجربه کند. با توجه به مطالب بیان شده باید گفت که در هر جامعه ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای کودکان کم توان ذهنی کافی نیست، بلکه خانواده ها و بخصوص مادران این کودکان نیز به کمک و آموزش نیاز دارند. یکی از روش های بهبود تاب آوری در بین مادران دارای کودکان کم توان ذهنی، استفاده از شیوه های آموزش خودشفقتی است. والدین برای ایفای صحیح مسئولیت های خویش از سویی و از سوی دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی در مورد کودک خویش داشته باشند و بدانند چه رفتاری با کودک خود در جهت تعلیم و تربیت او داشته باشند، در این شرایط والدین سخت به مشاوره و راهنمایی مسولان متعهد و دلسوز، دوستان آگاه و آشنا و فهیم نیاز دارند. برگزاری کلاس های آموزش خانواده می تواند سطح آگاهی و پذیرش والدین را نسبت به پدیده کم توانی و خصوصیات فرزندشان افزایش دهد، می تواند احساسات و واکنش هایی را که اغلب والدین از خود بروز می دهند، برای آنان روشن سازد و با آموزش راهکارها، از تنش موجود بین خانواده بکاهد، تعامل بهینه بین والد و فرزند را افزایش داده و تأثیر به سزایی بر سلامت خانواده داشته باشد

بنابراین در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی باعث بهبود تاب‌آوری و ابعاد آن شامل تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌شود.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که آموزش خودشفقتی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد.

نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های تحقیق دروه‌ئی و همکاران [۲۰]، شیخان و همکاران [۲۱]، درویشی و خیاطان [۲۲]، پینتو و همکاران [۲۳] همخوانی و مشابهت دارد.

چنانچه دروه ئی و همکاران [۲۴] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خودشفقتی مبتنی بر توجه آگاهی بر تقلیل اضطراب تروماتیک ثانوی و فرسودگی شغلی و نیز بهبود رضایت ناشی از شفقت اثر معناداری داشته است.

همچنین شیخان و همکاران [۲۱] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خودشفقتی با تاکید بر سه مولفه رافت با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی بر افزایش تصویر بدنی تاثیر مثبت و معنادار داشته است. علاوه بر این بر اساس یافته ها، کیفیت زندگی زنان به ویژه در حیطه های جسمانی و ذهنی در گروه آزمایش در قیاس با گروه گواه بعد آموزش بهبود مثبت و معناداری داشت.

در ادامه درویشی و خیاطان [۲۲] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت در مقایسه با خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای اتیسم تأثیر دارد.

در نهایت پینتو و همکاران [۲۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، خودشفقتی به عنوان بهترین پیش بینی نماینده گوشه گیری، اضطراب و عناصر کیفیت زندگی است.

مادرانی که از کودکان معلول خود محافظت می‌نمایند به طور معمول از معضلات مختلفی همچون معضلات جسمانی، ذهنی و فرهنگی رنج می‌برند. معلولیت کودکان علاوه بر این می‌تواند به شکل مستقیم بر کیفیت زندگی مادران اثر بگذارد. حال برای بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی از موثرترین روش ها استفاده کرد. بار اضافه نگهداری از کودکان کم توان ذهنی بر دوش مادران است و این مساله



باعث ایجاد پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی جبران ناپذیر بر خانواده می‌شود. مادران مراقبت کننده از کودکان کم توان ذهنی علاوه بر ابراز محبت و نگهداری از کودکان، نیاز دارند تا خودشان را نیز دوست داشته باشند و نسبت به خویشتن کمتر سختگیر باشند. در راستای بهبود کیفیت زندگی مادران می‌توان از آموزش خودشفقتی استفاده کرد تا از میزان چالش‌ها و سختی‌های ایجاد شده برای این مادران کاست. بنابراین در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی باعث بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط در بین مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی می‌شود.

نتیجه گیری

باتوجه به تایید اثربخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، می‌توان برنامه‌هایی برای افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودکان کم توان ذهنی تدوین و اجرا نمود تا به مادران کمک شود تا با استفاده از شاخص‌های خودشفقتی، میزان تاب‌آوری خود را بهبود دهند و با این روش تاحدودی از فشارهای ایجاد شده بر اثر نگهداری از کودکان خود بکاهند و با ناملایمات زندگی با توان و استقامت بیشتری کنار بیایند. چرا که شفقت نسبت به خود می‌تواند رشد مداخله‌ای و پژوهشی را در حوزه روان‌درمانی به دنبال داشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌گردد آموزش و پرورش استثنایی و مراکز ارائه خدمات به کودکان کم توان ذهنی منطبق با یافته‌های پژوهش، دوره‌های آموزشی و کارگاهی شفقت نسبت به خود راجهت آموزش این روش به مشاوران و درمانگران جهت کاربرد آن در مادران کودکان کم توان ذهنی به کار گیرند تا با استفاده از این روش، شاخص‌های کیفیت زندگی مادران کودکان کم توان ذهنی بهبود یابد.

محدودیت های پژوهش

- همزمانی انجام تحقیق با شیوع ویروس کرونا و محدودیت در برگزاری حضوری کلاس‌های آموزش خودشفقتی از محدودیت‌های اصلی تحقیق حاضر است.
- محدود بودن جامعه آماری به مادران کودکان دارای کم توانی ذهنی و عدم مطالعه پدران این کودکان
- شرایط خاص و ویژه مادران و لزوم توجه کامل آنها به فرزندان، باعث محدودیت آنها در شرکت در کلاس‌های آموزش خودشفقتی و پاسخگویی به سوالات می‌شد.

پیشنهادات پژوهشی

- به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود در صورت همزمانی انجام تحقیق با همه‌گیری ویروس، از برنامه‌های مخصوص پرسشگری در شبکه‌های اجتماعی استفاده کنند.
- روش آموزش خودشفقتی می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی نیز مورد استفاده قرار گیرد.
- در تحقیقات آتی می‌توان علاوه بر مادران، پدران دارای کودکان کم توان ذهنی را نیز مورد مطالعه قرار داد.
- پیشنهاد می‌شود موضوع مورد مطالعه در جامعه وسیع‌تر انجام شود و بین مشخصات فردی مقایسه شود.



تشکر و قدردانی

بدینوسیله از موسسه آموزشی و توانبخشی معلولین ذهنی زیر ۱۵ سال سلامت کودک آرتاویل با توجه به همکاری و مساعدت هایی که در جمع آوری نمونه و برگزاری جلسات آموزشی نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم. قابل ذکر است که این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی در پردیس بین‌المللی ارس دانشگاه تهران استخراج شده است.

فهرست منابع

- [1] Ronmark L. The Never Ending Shower: planning bility, intellectual disability and cognitive artifacts, Master thesis in Cognitive Science, Linkoping University, Faculty of Art and Sciences, 2014.
- [2] Nemati S, Mehdipour Maralani F, Ghbari Bonab B. Attachment to God and resilience among mothers of intellectual disability and normal children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6(23): 199-215. (Full text in Persian)
- [3] Kalhori RP, Ziapour A, Kianipour N, Foroughinia A. A study of the relationship between lifestyle and happiness of students at Kermanshah University of Medical Sciences over 2015–2016. *Ann. Trop. Med. Publ. Health*. 2017;10(4):1004.
- [4] Yarar F, Akdam M, Çarpan İ, Topal S, Şenol H, Tekin F. Impact of having a disabled child on mothers' anxiety, depression and quality of life levels. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2021; 14(1): 223–232.
- [5] Farhadi B, Omidi M, Aziz Malayeri, K. Comparison of resilience and self-esteem in mothers with mentally disabled and healthy children. *The 5th International Conference on The new Horizons in The Educational Sciences, Psychology and Social Injuries*, 2019. (Full text in Persian)
- [6] Keniş-Coşkun Ö, Atabay CE, Şekeroğlu A. The relationship between caregiver burden and resilience and quality of life in a Turkish pediatric rehabilitation facility. *J. Pediatr. Nurs*. 2020; 52:e108–e113.
- [7] Ungar M, Liebenberg L, Dudding P, Armstrong M, Van de Vijver FJ. Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child Abuse Neglect*. 2021; 37(2-3): 150–159.
- [8] Pocinho M, Fernandes L. Depression, stress and anxiety among parents of sons with disabilities. *PPRJ*. 2018; 1:94–103.
- [9] WHO Quality of Life Group Measuring quality of life: the development of the world health organization quality of life instrument (WHOQoL). Geneva. World Health Organ. 2017; 35(6): 401–411.
- [10] Estrella-Castillo DF, Gomez-de-Regil L. Quality of life in Mexican patients with primary neurological or musculoskeletal disabilities. *Disabil*. 2016; 9(1): 127–133.
- [11] Lebni JY, Toghrolı R, Abbas J, Kianipour N, NeJhaddadgar N, Salahshoor MR. Nurses' work-related quality of life and its influencing demographic factors at a public hospital in western Iran: a cross-sectional study. *Int. Q Community Health Educ*, 2020.



- [12] Fereidouni Z, Kamyab AH, Dehghan A, Khiyali Z, Ziapour A, Mehedi N, Toghrilig R. A comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran, *Heliyon Journal*. 2021, 7(6): e07285. (Full text in Persian)
- [13] Arnos OM. Perceived stress, self-compassion, and emotional variance in parents of children with communication disorders: a family approach to service delivery in speech-language pathology [Thesis for M.Sc]. [Illinois, USA]: Illinois State University; 2017.
- [14] Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013; 69(1): 28-44.
- [15] Germer C, Neff KD. Mindful Self-Compassion (MSC). In: Ivtzan I, editor. *Handbook of mindfulness-based programmes: mindfulness interventions from education to health and therapy*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge; 2020: 357-67.
- [16] Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009; 15(3):199-208.
- [17] Shams Z, Meshkati Z, Madanian L. Yoga and Self-Compassion Training on Aggressiveness in the Mothers of Children with Physical-Motor Disorders. *MEJDS*. 2020; 10: 110-110. (Full text in Persian)
- [18] Nuri HR, & Shahabi B. The Effectiveness of Self-Compassion Training on Increase of Mothers' Resiliency with Autistic Children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 18(3), 118-126. (Full text in Persian)
- [19] Long Franco, P, Christie, LA. Effectiveness of Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience, *Journal of Pediatric Nursing*. 2021; 61: 109-114.
- [20] Darvehi F, Zoghi paidar M, Yarmohammadi Vassel M, Imani B. The Impact of Mindful Self-Compassion on Aspects of Professional Quality of Life among Nurses. *Clinical Psychology Studies*. 2019; 9(34): 89-108. (Full text in Persian)
- [21] Sheykhan R, Ghadampour E, & Aghabozorgi R. The effect of self compassion training on body image and quality of life in women with breast cancer without metastasis under chemotherapy. *Clinical Psychology Studies*. 2019; 9(35): 131-145. (Full text in Persian)
- [22] Darvishi S, Khayatan F. Effects of Self-Compassion on the Quality of Life and Happiness of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *JOEC*. 2018; 17 (4): 77-86. (Full text in Persian)
- [23] Pinto Gouveia J, Duatre C, Matos M, Fraguas S. The Protective Role Of Self Comassion In Relation To Psychology Symptoms And Quality Of Life In Chronic And In Cancer Patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2019; 21(4): 311- 323.
- [24] Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. New York:Oxford University Press.
- [25] Conner KM, & Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82.
- [26] Ghaffari, Gholamreza and Omid, Reza. *Quality of life index of social development*, Tehran:2020: Shirazeh Publishing.
- [27] Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. *Journal of Learning Disabilities*. 2015; 4(3): 39-55. (Full text in Persian)



The Effectiveness of Self-Compassion Training on Resilience & Quality of Life in Mothers of Children with Intellectual Disability

Yalda Mahfovi

M.A Student in Field of Clinical Psychology, Ares International Campus, University of Tehran

Manizheh firoozi

Faculty Member, Department of Psychology, University of Tehran, Iran (corresponding Author)
mfiroozy@ut.ac.ir

Sima Khavandi Zadeh Aghdam

Faculty Member, Midwifery Department, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
khavantizadeh@yahoo

Abstract

Background & Purpose: The purpose of this research was the effectiveness of self-compassion training on the resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children.

Methods: The current research was practical in terms of purpose. The research method was experimental with a pre-test-post-test design in two groups. The statistical population of the research was mothers with mentally retarded children in Ardabil city in 1401 and the sampling method was available. Among the qualified volunteers, 100 people entered the study and were randomly replaced in two groups of 50 people (self-compassion training and control).

Findings: The findings of the showed that in the variable of perception of individual competence (F=441.15), trust in individual instincts and tolerance of negative emotions (F=423.05), positive acceptance of change and secure relationships (F=399.82), control (F=261.60) and spiritual effects (F=241.62) in the post-test scores, there is a significant difference between the control and experimental groups ($p < 0.01$). Also, in the variables of individual physical health (F=66.60), mental health (F=157.29), social relations (F=146.62) and environmental health (F=135.45) in the post-test scores between the two groups There is a significant difference between control and experiment ($p < 0.01$)...

Conclusion: therefore, it can be concluded that self-compassion training has a positive effect on the dimensions of resilience of mothers with mentally retarded children and improves individual competence, trust in individual instincts and tolerance of negative emotions, positive acceptance of change and safe relationships, control and spiritual effects. Also, self-compassion training has a positive effect on the dimensions of the quality of life of mothers with mentally retarded children and improves individual physical health, mental health, social relationships and environmental health.

Keywords: Teaching Self-Compassion, Resilience, Quality of Life, Mothers with Mentally Retarded Children