

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

Mahfouzi Y¹, Firoozi M*², Khavandizadeh Aghdam S³

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Jolfa, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +982122959635, Fax: +982122959635, E-mail: mfiroozy@ut.ac.ir

Received: Mar 12, 2023 Accepted: Jun 2, 2023

ABSTRACT

Background & objective: The purpose of this research was to evaluate 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 also, the availability sampling method was used. Among the qualified volunteers, 100 people entered the study and were randomly replaced in two groups of 50 people (self-compassion training and control). The self-compassion training group received eight 90-minute sessions. Standard questionnaires on resilience and quality of life were used to collect information. The data collected in the pre-test and post-test stages were analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS version 26 statistical software.

Results: The findings of the present study showed, there is a significant difference between the control and experiment ($p < 0.01$) groups in the post-test scores in terms 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 ($F = 241.62$) variables. Also, in respect of individual physical health ($F = 66.60$), mental health ($F = 157.29$), social relations ($F = 146.62$) and environmental health ($F = 135.45$) variables in the post-test scores, there is a significant difference between control and experiment ($p < 0.01$) groups.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that self-compassion training has a positive effect on the dimensions of the 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: Self-compassion; Quality of Life; Mentally Retarded

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

یلدا محفوظی^۱، منیژه فیروزی^{۲*}، سیما خاوندی زاده اقدم^۳

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تهران، جلفا، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۲۲۹۵۹۶۳۵ فاکس: ۰۲۱۲۲۹۵۹۶۳۵ پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: هدف از تحقیق حاضر اثر بخشی 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 گروه شاهد) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. گروه شاهد آموزش خودشفقتی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد کانر و دیویدسون و پرسشنامه کیفیت زندگی طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت و نجات (۱۳۸۵) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و با بهره‌جویی از نرم افزار آماري SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

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 ($p<0/01$).

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: خودشفقتی، کیفیت زندگی، کم‌توان ذهنی

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۱ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۱۲

مقدمه

کم‌توانی 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. اختلالات مکانیسم رشدی به عنوان مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که در دوره رشد شروع می‌شوند و معمولاً در اوایل رشد آشکار می‌شوند و قبل از اینکه کودک وارد دبستان شود و با نقایص رشدی مشخص می‌شوند. 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 مستعد می‌کند [۱]. در ادامه باید گفت که عوامل ذهنی و عناصر اجتماعی- فرهنگی موثر بر خانواده به طور مستمر مورد توجه قرار می‌گیرند [۲].

برای فهم بیشتر این مطلب، 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 جایگاه افراد در داخل خانواده، کارکرد والدین به عنوان پدر یا مادر و هماهنگی بین نقش و کارکرد گردد [۳]. این کودکان، والدین را در زندگی خانوادگی دچار بحران می‌کنند. بارهای ذهنی و جسمی باعث می‌گردد که مادران دچار مشکلات و عدم تعادل روانی و گوشه‌گیری و استرس گردند [۴].

مطالعات صورت گرفته در زمینه این کودکان نشان می‌دهد که مادران آن‌ها، تحمل پایین تری در مقایسه با مادران کودکان عادی دارند [۵]. تاب‌آوری قابلیت هماهنگی و غلبه بر اتفاقات و حوادثی است که در زندگی ایجاد استرس می‌نمایند [۶]. تاب‌آوری به عنوان قدرت، توانایی برگشتن به زندگی اولیه و

شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط تعریف می‌گردد. همچنین تاب‌آوری به توانایی یک انسان گفته می‌شود که به طور موفقیت آمیز شرایط نامطلوب را پشت سر گذارده و با آن‌ها تطابق می‌یابد 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 مشکلات مختلف، از جمله عدم تحمل ناکامی هستند [۵]. 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، نیات، 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 بر ارتباطات خانوادگی اثرگذار است [۱۰]. همچنین سطح پایین زندگی و مکانیسم‌های مواجهه اثر می‌گذارد و باعث هماهنگی‌های ناکارآمد در اشخاص و در نتیجه بالا رفتن تنش در بین افراد می‌شود [۱۱، ۱۲].

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

¹ Growth Mechanism Disorders

² Mental Function

³ Physical Diseases

آموزش خودشفقتی^۱ است. خودشفقتی^۲ 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 رافت رفتار نمایند. این روش سه بعد اساسی دارد که عبارت هستند از رافت با خویش در مقابل با داوری از خود؛ انسانیت در مقابل منزوی بودن؛ ذهن آگاهی در مقابل ماهیت غیر واقعی [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 مطلوب‌تری داشته باشند [۱۴-۱۶].

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، میزان پرخاشگری به شکل قابل توجهی تقلیل پیدا نموده است. همچنین نوری و همکاران [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 تحقیق لانگ-فرانکو و همکاران [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.

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 رافت 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 شاهد بعد آموزش بهبود مثبت و معناداری داشت. درویشی و همکاران [۲۲] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش شفقت در مقایسه با خود بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی مادران کودکان دارای ایتسم تأثیر دارد. پینتو و همکاران [۲۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، خودشفقتی به عنوان بهترین پیش‌بینی نماینده گوشه‌گیری، اضطراب و عناصر کیفیت زندگی است.

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

¹ Self-Compassion Training Intervention Method

² Self-Compassion

متغیرهای پژوهش**تاب‌آوری (متغیر ملاک 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].

تعریف عملیاتی: منظور از تاب‌آوری در این پژوهش، نمره‌ای است که اشخاص در پرسشنامه‌ی ۲۵ سوالی کانر و دیویدسون کسب نموده‌اند [۲۵].

کیفیت زندگی (متغیر ملاک ۲)

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].

تعریف عملیاتی: منظور از کیفیت زندگی نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه ۲۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی کسب می‌نمایند.

آموزش خودشفقتی (متغیر پیش بین)

تعریف مفهومی: خودشفقتی اصطلاحی است که قبول هیچانی رخدادهایی را که در درون انسان رخ می‌دهد را منعکس می‌نماید و دارای سه بعد رافت با خود، اشتراکات انسانی و هوشیاری است [۱۴].

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

ضرورت انجام تحقیق

در بیان ضرورت دقت در تاب‌آوریم در بین مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی بایستی گفت که

پژوهش‌های مربوط به تاب‌آوری نشان می‌دهند که اشخاص در مواجهه با عناصر تنش‌زا که در شکل فرهنگی وجود دارد، با کامیابی مطلق بیرون می‌آیند. در اصل این رویکرد تفکری را مهیا می‌نماید تا از دیدگاه تنگ فرهنگی و ذهنی که توجه خویش را به ریسک، کمبود و صدمات معطوف نموده‌اند دوری کرده و به سوی دقت در توانایی‌های اشخاص با رویکردی ارتقانگر توسعه یابد [۵]. از این رو دقت در این موضوع که مادرانی که کودکان ناتوان ذهنی دارند، دارای توانایی و قابلیت‌هایی در جهت ایجاد تحول شرایط هستند، نه تنها باعث می‌گردد که در زمینه بهداشت ذهنی آن‌ها مکانیسم‌های موثر مشخص گردند، بلکه موجب می‌گردد تا بی مورد در قیاس با توجه به شناخت ریسک به عنوان رویکرد یک‌جانبه قضاوت نشود.

برای افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، روش‌های مختلفی از سوی روانشناسان ارائه شده است که بعضی از آن‌ها منطقی و دارای تأثیرات مناسب بوده‌اند و بعضی نیز کارکرد مطلوبی نداشتند. اما آموزش خودشفقتی به اشخاص کمک می‌نماید تا به روش کارآمدتری بهزیستی خویش را حفظ نموده و همچون یک ضربه گیر در مقابل اتفاقات ناگوار زندگی عمل نماید. اشخاصی که خودشفقتی مطلوب را تجربه می‌کنند، با توجه به اینکه با شاخص‌های سهل گیرانه، خود را مورد داوری قرار می‌دهند، بر همین اساس اتفاقات ناگوار زندگی را به سهولت پذیرفته و خود سنجش‌های مناسبی دارند و بهزیستی ذهنی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. قسمت بزرگی از سلامت و شادابی کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی به سلامت و بهزیستی مادر وابسته است و در صورتی که مادر کیفیت زندگی بهتری داشته باشد، دشواری‌های مربوط به نگه داری کودک با محدودیت‌های مختلف را آسان‌تر مدیریت خواهد کرد [۲۱]. از این رو در بیان ضرورت نظری تحقیق حاضر می‌توان گفت که با مطالعه عوامل تاب‌آوری و

استرس و اضطراب تاثیرگذار بر روند نمونه‌گیری نباشند و داروهای موثر بر اعصاب مصرف نکنند) و رضایت و تمایل به شرکت در جلسات تکمیل پرسشنامه‌ها داشته باشند. این پژوهش با کد IR.UT.PSYEDU.REC.1401.054 در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ثبت گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌ای است که شامل:

پرسشنامه تاب‌آوری

این پرسشنامه به وسیله کانر و دیویدسون [۲۵] طراحی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال است که شامل زیرمقیاس تصور از صلاحیت فردی، اطمینان نسبت به غرایز 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 غرایز 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 نمره‌گذاری به شرح جدول ۱ است.

کیفیت زندگی و علاوه بر این آموزش خودشفقتی، از رویکردهای جدید و بر اساس مدل‌های نوین در این زمینه، ادبیات و مبانی نظری برای تحقیقات آتی در اختیار محققان قرار می‌گیرد. در بیان ضرورت کاربردی یا عملی تحقیق نیز می‌توان گفت که با انجام تحقیق حاضر و با مشخص شدن اثر بخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، پیشنهاداتی ارائه می‌گردد که در راستای بهبود مولفه‌های مرتبط با تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

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 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. قبل از آموزش در بین هر دو گروه، پرسشنامه‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی توزیع و جمع‌آوری شد و بعد از انجام آموزش مجدداً 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 دست کم 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، دارا بودن توانایی صحبت کردن و دارا بودن شرایط جسمی و روحی و روانی مناسب (یعنی دچار

جدول ۱. نمره‌گذاری پرسشنامه تاب‌آوری

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

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

نشان‌دهنده کیفیت زندگی در حد پایین می‌باشد، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ نشان دهنده کیفیت زندگی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۷۰ نشان‌دهنده کیفیت زندگی در حد بالا می‌باشد. در پژوهش نجات (۱۳۸۵) روایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده است و پایایی با بهره‌جویی 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 نمره‌گذاری به شرح جدول ۲ است.

جدول ۲. نمره‌گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی

اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۰	۱	۲	۳	۴

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 شاهد، پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت 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 می‌شدند. همچنین به افراد گروه شاهد 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 شاهد این آموزش را دریافت نمی‌کنند. برنامه مداخله‌ای درمان مبتنی بر خودشفقتی در

هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه و نیم طبق جدول ۳ اجرا می‌شود. داده‌های جمع‌آوری شده در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

طبق نتایج 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 خانه‌دار و کمترین فراوانی مربوط به گروه شاغل است (جدول ۴). همچنین طبق نتایج جدول ۵ میانگین سنی گروه کنترل ۲۹/۵۶ و در گروه آزمایش برابر ۳۰/۱۴ است. میانگین تاب‌آوری و ابعاد آن در پس‌آزمون گروه

کنترل و آزمایش در جدول ۶ آمده است. کنترل و آزمایش نیز در جدول ۷ آمده است. میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در پس آزمون گروه

جدول ۳. جلسات مربوط به آموزش خودشفقتی [۱۶]

جلسه	عنوان جلسه
۱	معرفی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی
۲	معرفی شفقت به خود و خود انتقادی
۳	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیر گذاری آن بر حالات روانی فرد
۴	معرفی تصویر سازی ذهنی
۵	پرورش خود شفقتورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری
۶	آموزش نامه نگاری شفقت ورز
۷	توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود
۸	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات

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

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؟

بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ بررسی ویژگی‌ها 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

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

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

بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل آموزش نامه نگاری شفقت ورز تکلیف: «تصور کنید خود شفقت ورزتان به شما نامه ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید»

بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل ترس از شفقت به خود شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربرد روی آن‌ها تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آن‌ها

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

جدول ۴. ویژگی‌های جمعیت شناختی پاسخگویان

متغیر	وضعیت	گروه	
		کنترل	آزمایش
زیر دیپلم	فراوانی	۲۵	۲۲
	درصد	۵۰	۴۴
دیپلم	فراوانی	۱۳	۱۴
	درصد	۲۶	۲۸
تحصیلات	فراوانی	۶	۷
	فوق دیپلم	۱۲	۱۴
	فراوانی	۴	۵
	لیسانس	۸	۱۰
وضعیت اشتغال	فراوانی	۲	۲
	فوق لیسانس	۴	۴
	فراوانی	۴۳	۴۲
	خانه‌دار	۸۶	۸۴
شاغل	فراوانی	۷	۸
	درصد	۱۴	۱۶

جدول ۵. میانگین سن در گروه کنترل و آزمایش

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

جدول ۶. میانگین تاب‌آوری و ابعاد آن در پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش

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

جدول ۷. میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در پس آزمون گروه‌های 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

جدول ۸. آزمون شاپیرو ویلک جهت مشخص کردن توزیع نرمال نمرات

متغیر	مقدار آزمون	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۰/۹۸	۰/۳۰
کیفیت زندگی	۰/۹۷	۰/۲۷

طبق نتایج جدول ۸ و با توجه به اینکه سطح معنی‌داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۵ بیش از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان گفت فرض صفر تایید شده و این نشان می‌دهد که توزیع متغیرهای تحقیق نرمال است و جهت تحلیل فرضیات می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

طبق جدول ۹ نتیجه‌ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس‌ها آورده شده است. براساس نتایج مندرج، سطح معناداری

جدول ۹. آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس مربوط به ابعاد تاب‌آوری

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

جدول ۱۰. نتایج آزمون معناداری کواریانس چندمتغیری نمرات ابعاد تاب‌آوری

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

وجود دارد ($F=43/53, p<0/05$) و لامبدای ویلکز = $0/29$). مجذور انا 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.

همانطور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد سطوح معنی‌داری 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 معنی‌داری

جدول ۱۱. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی ابعاد تاب‌آوری

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
	تصور از شایستگی فردی	۴۴۱/۱۵	۱	۱۲۷/۳۲	۲۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰
	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	۴۲۳/۰۵	۱	۷۹/۳۱	۳۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴
گروه	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۳۹۹/۸۲	۱	۸۴	۲۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	کنترل	۲۶۱/۶۰	۱	۵۹/۴۱	۳۱/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵
	تأثیرات معنوی	۲۴۱/۶۲	۱	۴۴/۴۸	۱۰۹/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴

است. براساس نتایج مندرج، سطح معناداری ($\text{Sig}=0/14$)، بزرگتر از $0/05$ است. بنابراین مفروضه همگنی ماتریس واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۱۲. 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

نتایج جدول ۱۱ 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 تاثیرات معنوی ($F=241/62$) در نمرات پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$). بنابراین می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی بر ابعاد تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد. طبق جدول ۱۲ نتیجه‌ی آزمون باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس‌ها آورده شده

جدول ۱۳. نتایج آزمون معناداری کواریانس چندمتغیری نمرات ابعاد کیفیت زندگی

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

نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=66/56, p<0/05$) و لامبدای ویلکز =

همانطور که جدول ۱۳ نشان می‌دهد سطوح معنی‌داری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می‌شمرد. این نتایج

۰/۲۵). مجذور انا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. به عبارت دیگر ۷۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۱۴. 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	۱۵۴/۴۹	۶۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	سلامت روان	۱۴۰۴/۶۱	۱	۲۹۸/۲۲	۱۵۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	روابط اجتماعی	۱۱۸۴/۷۷	۱	۲۶۸/۲۹	۱۴۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	سلامت محیط	۱۱۱۳/۲۲	۱	۲۳۴/۴۹	۱۳۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹

آزمایشی افزایش معناداری را در مقیاس تاب آوری نشان دادند.

در نهایت در تحقیق لانگ-فرانکو و همکاران [۱۹] شرکت‌کنندگان در مداخله بهبود قابل توجهی در خودشفقتی، ذهن‌آگاهی، شفقت با افراد دیگر، تاب‌آوری و رضایت از شفقت و تقلیل قابل توجهی در فرسودگی شغلی، استرس و اضطراب در قیاس با گروه غیرمداخله 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 دقیق‌تر، 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 تهدیدکننده و حالتی انفعالی در برابر رویارویی با شرایط خطرناک نیست، 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 این‌رو می‌توان گفت که این روش مادران را قادر می‌سازد که بیشتر خود را تسکین دهند و با خودنظم‌دهی هیجان، کیفیت زندگی بهتری را تجربه کند. با توجه به مطالب بیان شده باید گفت که در هر جامعه‌ای فقط وجود مراکز حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای

نتایج جدول ۱۴ نشان می‌دهد که 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 پس آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). بنابراین می‌توان گفت که آموزش خودشفقتی بر ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی تاثیر مثبت دارد.

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 همکاران [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 میزان تاب‌آوری افزایش پیدا نموده است. همچنین نوری و همکاران [۱۸] در تحقیق خود نشان دادند که آموزش شفقت با خود به طور معناداری بر تاب‌آوری اشخاص شرکت‌کننده اثرگذار بوده و مادران در گروه

کودکان کم‌توان ذهنی کافی نیست، بلکه خانواده‌ها و بخصوص مادران این کودکان نیز به کمک و آموزش نیاز دارند. یکی از روش‌های بهبود تاب‌آوری در بین مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی، استفاده از شیوه‌های آموزش خودشفقتی است. والدین برای ایفای صحیح مسئولیت‌های خویش از سویی و از سوی دیگر غلبه بر احساسات منفی خویش باید اطلاعات و شناخت لازم و جامعی درمورد 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 فهم نیاز دارند. برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده می‌تواند سطح آگاهی و پذیرش والدین را نسبت به پدیده کم‌توانی و خصوصیات فرزندشان افزایش دهد، می‌تواند احساسات و واکنش‌هایی را که اغلب والدین از خود بروز می‌دهند، 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 به‌سزایی 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 به‌غیر فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات 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 تأثیر مثبت دارد.

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

در بیان دلیل همسویی باید گفت که دروه‌ئی و همکاران [۲۴] نیز همچون تحقیق حاضر، 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. شیخان و همکاران [۲۱] نیز مانند پژوهش حاضر، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش خودشفقتی با تأکید بر سه مولفه رافت با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی بر افزایش تصویر بدنی تأثیر 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 شاهد بعد آموزش بهبود مثبت و معناداری داشت. در ادامه در بیان دلیل همسویی تحقیق با یافته تحقیق درویشی و خیاطان [۲۲] باید گفت که آن‌ها نیز 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. پینتو و همکاران [۲۳] نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، خودشفقتی به عنوان بهترین پیش‌بینی نماینده گوشه‌گیری، اضطراب و عناصر کیفیت زندگی است.

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.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأیید اثربخشی آموزش خودشفقتی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی،

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 کم‌توان ذهنی را نیز مورد مطالعه قرار داد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از موسسه آموزشی و توانبخشی معلولین ذهنی زیر ۱۵ سال سلامت کودک آرتاویل با توجه به همکاری و مساعدت‌هایی که در جمع‌آوری نمونه و برگزاری جلسات آموزشی نمودند کمال تشکر و قدردانی می‌گردد.

قابل ذکر است که این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی در پردیس بین‌المللی ارس دانشگاه تهران استخراج شده است.

می‌توان برنامه‌هایی برای افزایش شفقت به خود در مادران دارای کودکان کم‌توان 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 کم‌توان ذهنی منطبق با یافته‌های پژوهش، دوره‌های آموزشی و کارگاهی شفقت نسبت به خود راجعت آموزش این روش به مشاوران و درمانگران جهت کاربرد آن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی به کار گیرند تا با استفاده از این روش، شاخص‌های کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بهبود یابد.

محدودیت‌های پژوهش

- همزمانی انجام تحقیق با شیوع ویروس کرونا و محدودیت در برگزاری حضوری کلاس‌های آموزش خودشفقتی از محدودیت‌های اصلی تحقیق حاضر بود.
- شرایط خاص و ویژه مادران و لزوم توجه کامل آن‌ها به فرزندان، باعث محدودیت آن‌ها در شرکت

References

- 1- Azari Z, Amini Manesh, S, Mozafari M, Omidhar B. The effectiveness of teaching life skills based on mindfulness on the parent-child relationship of parents of mentally retarded children. J Psychol Sci. 2021; 9(1):83-90. [Full text in Persian]
- 2- Nemati S, Mehdipour Maralani F, Ghobari Bonab B. Attachment to God and resilience among mothers of intellectual disability and normal children. Psycho Except Individual. 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 Public Health. 2017; 10(4):1004-1009.
- 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. Pamukk Med J. 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; 52:108–113.
- 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. *J Pract Res*. 2018; 1(1):94–103.
- 9- The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 2017; 28(3):551-558. In: *Quality of life assessment: international perspectives: proceedings of the joint-meeting organized by the world health organization and the foundation IPSEN in Paris, July 2–3*. Springer Berlin Heidelberg. 2017; 41-57.
- 10- Estrella-Castillo DF, Gomez-de-Regil L. Quality of life in Mexican patients with primary neurological or musculoskeletal disabilities. *Disabil Health J*. 2016; 9(1):127–133.
- 11- Lebni JY, Togholi 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*. 2021; 42(1):37-45.
- 12- Fereidouni Z, Kamyab AH, Dehghan A, Khyali Z, Ziapour A, Mehedi N, et al. Comparative study on the quality of life and resilience of mothers with disabled and neurotypically developing children in Iran. *Heliyon*. 2021; 7(6):1-7.
- 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. 2017 [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- Ivtzan I. *Handbook of mindfulness-based programmes: Mindfulness interventions from education to health and therapy*. 2nd ed. Routledge Publishing, 2019:359-364.
- 16- Gilbert P. Introducing compassion focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 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. *Middle East J Disabil Stud*. 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 Res Appl Psychol*. 2017; 18(3):118-126. [Full text in Persian]
- 19- Long Franco, P, Christie, LA. Effectiveness of self-compassion training for pediatric nurses' resilience. *J Ped Nurs*. 2021; 61:109-114.
- 20- Darvehi F, Zoghi Paidar M, Yarmohammadi Vasel M, Imani B. The impact of mindful self-compassion on aspects of professional quality of life among nurses. *Clin Psychol Stud*. 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. *Clin Psychol Stud*. 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. *J Except Child*. 2018; 17(4):77-86. [Full text in Persian]
- 23- Pinto Gouveia J, Duatré C, Matos M, Fraguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clin Psychol Psychother*. 2019; 21(4):311- 323.
- 24- Diener E, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press. 2009.
- 25- Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2):76-82.

- 26- Ghaffari G, Omidi R. Quality of life, social development index. 2nd ed. Tehran: Shirazeh Publishing, 2020:57-60. [Full text in Persian]
- 27- Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. J Learn Disabil. 2015; 4(3):39-55. [Full text in Persian]