

The Effectiveness of Compassion-based Parenting on Feelings of Shame and Post-traumatic Growth in Mothers with Children with Physical-mental Disabilities

Sahebeh Barimani^{1*}, Samaneh Farahani², Kamran Shoorangiz³

1. PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2. PhD Student in Family Psychology and Sexual Health, Department of Family and Sexual Health, Faculty of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

3. Master's degree of General Psychology, Payame Noor university of Garmsar, Garmsar, Iran.

Corresponding author: Sahebeh Barimani, PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
Email: sahebehbarimani1361@gmail.com

Received: 2023/07/1

Accepted: 2025/04/14

Abstract

Introduction: Caring for a disabled child has many complications and can have negative psychological and social consequences for parents. The present study was conducted to investigate the effectiveness of compassion-based parenting on feelings of shame and post-traumatic growth in mothers with children with physical-mental disabilities.

Methods: The present research was a semi-experimental design of pre-test-post-test-follow-up type with the control group. The statistical population included the students of Imam Javad educational center for children with special needs in Sari in 1401-1402, from which 30 children were select, and their mothers were randomly assigned to the intervention group of compassionate parenting or the control group. For the experimental group, 8 weekly 60-minute sessions of compassion-based parenting were implemented. No intervention was performed for the control group. At the beginning and after completing of the intervention sessions also one month later, all participants completed the guilt and shame scale and the post-traumatic growth questionnaire. The data were analyzed using the repeated analysis of variance test.

Results: The results showed that the compassion-based parenting significantly reduces shame and increases post-traumatic growth in mothers with children with physical-mental disabilities ($p < 0.001$).

Conclusions: According to the results of this study, the feeling of shame and post-traumatic growth in mothers with children with physical-mental disabilities can be corrected through the compassion-based parenting.

Keywords: Compassion-based parenting, Feeling of shame, Post-traumatic growth, Physical-mental disability.

اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی

صاحبه بریمانی^{۱*}، سمانه فراهانی^۲، کامران شورانگیز^۳

۱. دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی خانواده و سلامت جنسی، گروه خانواده و سلامت جنسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور مرکز گرمسار، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: صاحبه بریمانی، دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، ایران.
sahebehbarimani1361@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۱۰

چکیده

مقدمه: مراقبت از یک کودک معلول دارای پیچیدگی های بسیاری است و می تواند با پیامدهای منفی روانی و اجتماعی برای والدین همراه باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانش آموزان مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که از بین آنها، ۳۰ کودک انتخاب شدند و مادران آنها به طور تصادفی در گروه مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و یا گروه کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه ای مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله ای انجام نشد. در ابتدا و بعد از اتمام جلسات مداخله و همچنین یک ماه بعد از آن، تمام شرکت کنندگان مقیاس احساس گناه و شرم و پرسشنامه رشد پس از سانحه را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت در کاهش احساس شرم و افزایش رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی اثربخشی معنی دار دارد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: طبق نتایج حاصل از این مطالعه، احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی از طریق مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت قابل اصلاح است.
کلیدواژه ها: فرزند پروری مبتنی بر شفقت، احساس شرم، رشد پس از سانحه، معلولیت جسمی - ذهنی.

مقدمه

معلولیت به وجود هرگونه نقص دائمی یا دراز مدت مادرزادی یا اکتسابی در توانمندی های جسمانی یا روانی که باعث ناتوانی در انجام تمام یا بخشی از وظایف و ضروریات زندگی روزمره می شود، اشاره دارد (۱). مراقبت از کودکان دچار معلولیت می تواند اثر منفی بر سلامت

جسمی و رفتاری خانواده های آنها داشته باشد (۲). علاوه بر آن، مشکلات مراقبتی، آموزشی، درمانی و مالی نیز استرس زیادی را بر خانواده تحمیل می کند (۳). پژوهش هایی که به بررسی سلامت روان مادران کودکان استثنایی پرداخته اند نشان می دهند که سلامت روان این مادران در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین تر است و این مادران استرس بالایی را تجربه می کنند و از اضطراب و افسردگی بیشتری

زندگی شناختی و عاطفی خود نشان می‌دهند که بر رفتار و عملکرد آنها تأثیر مفیدی دارد (۱۲).

هر خانواده، شیوه‌های خاصی را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرد که بر کیفیت زندگی اعضای خانواده و ماهیت تعامل والدین با فرزندان تأثیر بسزایی دارد. سبک فرزند پروری منظومه‌ای از نگرش‌ها و رفتارها تعریف کرده‌اند که فضای عاطفی فراگیری ایجاد می‌کند که ماهیت تعامل والد و کودک را مشخص می‌سازد (۱۳). یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با معلولیت جسمی و ذهنی فرزند پروری مبتنی بر شفقت است. مشاهداتی که منجر به شکل‌گیری درمان مبتنی بر شفقت شد، شامل افرادی با سطوح بالای شرم و خودانتقادگری بود که مشکلات زیادی در مهربانی با خودشان، احساس گرمی با خود و شفقت نسبت به خود داشتند (۱۴). Neff (۱۵) مشخص کرد که شفقت به خود، شامل آگاهی و بازشناسی از این مسئله است که درد و رنج بخشی طبیعی، از وضعیت بشر است. تعریف Gilbert (۱۶) از شفقت دو بُعد مهم دارد: نخستین بُعد تحت عنوان اشتیاق شناخته می‌شود و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد؛ دومین بُعد، موسوم به التیام و متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به قدم برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبه‌رو می‌شویم. شفقت خود احساسات اعتمادپذیری و صحت را که منجر به آشفته‌گی عاطفی کمتر و بهزیستی عاطفی می‌شود، ارتقا می‌بخشد (۱۳). به طوری که طبق شواهد، والدین با شفقت بالاتر در برخورد با چالش‌های فرزندپروری صبورانه‌تر و مشفقانه‌تر برخورد می‌کنند و سیستم امنیت و تسکین فعال‌تری داشته‌اند؛ از این رو، در مقابل فرزندانشان و مشکلاتی که آنان برایشان ایجاد می‌کنند، کمتر دفاعی عمل کرده و به دلیل ذهن آگاهی بالایی که دارند، راه حل‌های خلاقانه‌تری را به کار می‌برند (۱۷).

معلولیت کودک بر کارکرد و کیفیت زندگی مادر و کودک تأثیر منفی دارد و می‌تواند موجب خودسرزنی مادر و مقصر دانستن خود در تولد کودک ناتوان و ایجاد احساسات منفی از جمله شرم و گناه در وی شود. در این رابطه وجود مداخلاتی که می‌تواند به بهبود این احساسات منفی و رشد پس از سانحه در آنها کمک کند، تا حد زیادی در کاهش آسیب‌های ناشی از معلولیت کودک حایز اهمیت است. با تدارک برنامه‌های آموزش والدین، می‌توان از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نحوه رفتار با وی،

در مقایسه با سایر مادران رنج می‌برند (۴). احساس شرم از جمله مواردی است که مادران کودکان دچار معلولیت ممکن است آن را تجربه کنند و این می‌تواند به سلامت روان آنها لطمه زده و در نتیجه اثر منفی بر رابطه آنها با فرزندشان داشته باشد (۵). شرم به عنوان هیجان بنیادین و منفی که زیربنای بسیاری از اختلالات روانی شمرده می‌شود، طی دهه گذشته توجه بسیاری را به خود معطوف داشته است (۶). درحقیقت به دنبال تجربه‌های دردناک که جزء لاینفک زندگی هستند، خودارزیابی‌هایی منفی و خودگویی‌ها در افراد شکل می‌گیرد و با تلقی رخدادن یک خطای اخلاقی، هیجاناتی خودآگاه مانند احساس شرم به وسیله تأمل در خود و خودارزیابی برانگیخته می‌شود (۷). این شکل ارزیابی منفی که هویت و کلیت وجود فرد را تحقیر می‌کند با حالتی از قبیل بی‌ارزشی و حقارت همراه است (۸). همچنین احساس شرم می‌تواند بر ابعاد مختلفی از خویش و رشد خود متمرکز باشد و اثرات منفی فراوانی مانند آسیب‌پذیری به انواع اختلالات هیجانی، رفتارهای مقابله‌ای و ناتوانی در صمیمیت را از خود به جای بگذارد (۶). از سوی دیگر، گزارش شده است که برخی افراد در شرایط بحرانی همچون نگهداری از یک کودک معلول رشد از رشد پس از سانحه خبر می‌دهند.

تجربه تغییرات روان‌شناختی مثبت که از آن تحت عنوان رشد پس از سانحه نام می‌برند، به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع یک حادثه آسیب‌زا ایجاد شده و نتیجه آن مبارزه فرد علیه این حادثه استرس‌زا است (۹). رشد پس از سانحه به اشکال مختلف بروز می‌کند که شامل پی‌بردن به ارزش زندگی در حالت کلی، رفتارها و ارتباطات بین فردی معنادارتر، احساس قوی‌تر شدن، تغییر در اولویت‌ها و غنی‌تر شدن زندگی معنوی است (۱۰). در قالب مفهوم رشد پس از سانحه، برخی از افراد با کسب نگرش جدید نسبت به حوادث ترومایی و از جمله شرایط دشوار خود، تغییرات مثبتی در رضایت از زندگی، معنادار شدن آن، اعتماد به نفس، عشق به دیگران و روابط با دوستان و خانواده گزارش می‌دهند (۱۱). شناخت مفهوم رشد پس از سانحه، اطلاعاتی در اختیار فعالان حوزه سلامت قرار می‌دهد که می‌تواند آنها را در امر مراقبت یاری کرده و به مادران دارای کودک معلول کمک کند تا با موقعیت استرس‌زای خویش بهتر تطابق یابند. افرادی که رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند، تغییرات مثبت و سازنده‌ای را در

مکانیسم سازگاری والدین و افزایش سطح سلامت روان آنها را بهبود بخشید. به طور کلی، فرزند پروری والدین، بیانگر نحوه ارتباط کلی والدین با فرزندان است که بر کیفیت زندگی اعضای خانواده و ماهیت تعامل والدین با فرزندان تأثیر بسزایی دارد. یکی از برنامه های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با معلولیت جسمی و ذهنی فرزند پروری مبتنی بر شفقت است. با این حال تابحال مطالعه ای در خصوص بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی-ذهنی انجام نشده است. بر همین اساس و در راستای پاسخ به خلا پژوهشی موجود در این زمینه، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی-ذهنی بود.

روش کار

تحقیق حاضر یک طرح نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. این طرح دارای مجوز اخلاق با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1401.142 می باشد. جامعه آماری تحقیق شامل دانش آموزان مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که از بین آنها، ۳۰ کودک که ملاک های ورود و خروج از مطالعه را دارا بودند، انتخاب شدند و مادران آنها به طور تصادفی در گروه مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت و یا گروه کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی و ۶۰ دقیقه ای مداخله فرزند پروری مبتنی بر شفقت اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله ای انجام نشد. در ابتدا و بعد از اتمام جلسات مداخله و همچنین یک ماه بعد از آن، تمام شرکت کنندگان ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. معیارهای ورود به تحقیق شامل: داشتن کودک معلول جسمی یا ذهنی، رضایت مادر برای شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری طبی جدی و نداشتن اختلال عمده روانپزشکی بود. معیارهای خروج شامل غیبت در جلسات درمان بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش برای رعایت اخلاق در پژوهش، شرکت در تحقیق اختیاری بود و شرکت کنندگان با رضایت خود در جلسات مداخله شرکت کردند. اطلاعات شرکت کنندگان نزد محقق محرمانه باقی ماند و همچنین، شرکت کنندگان فرم رضایت نامه آگاهانه را امضا کردند. در

مطالعه حاضر، ابزارهای جمع آوری داده ها شامل مقیاس احساس گناه و شرم و پرسشنامه رشد پس از سانحه بود: **مقیاس احساس گناه و شرم (Guilt And Shame Proneness Scale)**: این مقیاس را Cohen و همکاران (۱۸) تهیه کردند که میزان تمایل افراد به هیجان شرم و احساس گناه را اندازه گیری می کند. این مقیاس دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بُعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان هایی در مورد موقعیت هایی که افراد در زندگی روزمره با آنها مواجه می شوند و واکنش های آنها به این موقعیت ها ارائه و سپس از شرکت کنندگان خواسته می شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاسی پنج درجه ای از به ندرت= ۱ تا خیلی زیاد= ۵ مشخص کنند. پایایی این آزمون را کوهن و همکاران (۱۸) از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۰ گزارش کردند. همچنین ضریب دونیمه سازی آن ۰/۷۷ و ضریب اعتبار اسپیرمن براون ۰/۷۹ برای آن گزارش شده است. خانی پور و همکاران (۱۹) روایی محتوایی مناسب را برای پرسشنامه مذکور گزارش کرده اند. همچنین آنها ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را به ترتیب برای احساس گناه و شرم برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش کرده اند.

پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI): این پرسشنامه توسط Tedeschi, & Calhoun (۲۰) ساخته شد که متشکل از ۲۱ ماده است و رشد پس از سانحه را در ابعاد پنج گانه قدر دانستن زندگی، تنظیم موقعیت های جدید، حس قوی تر شدن شخصی، ارتباط بهتر با دیگران و تغییرات معنوی ارزیابی می کند. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که فرد باید جواب های خود را در یک مقیاس شش درجه ای لیکرت (صفر= هیچ تغییری را تجربه نکرده ام تا پنج= تغییر خیلی زیادی را تجربه کرده ام) قرار دهد. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۰۵ است و کسب نمرات بالاتر نشانگر رشد پس از سانحه بالاتر در فرد است. تدسکی و کالون (۲۰) مقدار همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین رحیمی، حیدرزاده و حسن زاده (۲۱) در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۵۷ تا ۰/۷۷ به دست آوردند.

در جدول ۱ شرح جلسات آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت که در این مطالعه استفاده گردید گزارش شده است (۱۳).

صاحبه بریمانی و همکاران

جدول ۱: پروتکل برنامه آموزشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت به خود و تمایز شفقت به خود با تأسف برای خود.
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه های مغزی مبتنی بر شفقت به خود و تکالیف خانگی
جلسه سوم	پرورش احساس مهربانی در افراد آشنایی با خصوصیات افراد مشفق و شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	پرورش ذهن مشفق و رفتار مشفقانه مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنیها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان مشفق یا غیرمشفق با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن مشفقانه، ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزبوترپ و تکالیف خانگی
جلسه پنجم	تعمیق ذهن شفقتور و بدون قضاوت ماندن مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرینهای پرورش ذهن مشفقانه، بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری
جلسه ششم	ایجاد احساسات خوشایند مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روشها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان، معلمان و آشنایان و تکالیف خانگی
جلسه هفتم	درک و پذیرش خود و دیگران مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت.
جلسه هشتم	مرور مباحث آموزش داده شده جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

کنترل ۳۵/۴۴ سال بود. میانگین سنی کودکان در گروه آزمایش ۱۰/۸۷ و در گروه کنترل ۱۱/۶۱ سال بود. آماره های توصیفی نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

در این مطالعه تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس مکرر انجام شد.

یافته ها

میانگین سنی مادران در گروه آزمایش ۳۷/۴۵ و در گروه

جدول ۲: شاخصه های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شرم	پیش آزمون	۳۶/۱۲	۸/۶۴	۳۴/۹۳	۷/۰۳
	پس آزمون	۲۵/۴۱	۶/۰۹	۳۳/۷۹	۶/۱۹
	پیگیری	۲۶/۸۸	۶/۳۰	۳۴/۶۷	۸/۵۲
گناه	پیش آزمون	۳۰/۷۴	۶/۴۴	۳۱/۸۲	۵/۷۱
	پس آزمون	۱۸/۳۷	۴/۲۹	۳۱/۱۵	۶/۲۲
	پیگیری	۲۰/۱۶	۴/۵۸	۳۰/۳۲	۷/۰۵
رشد پس از سانحه	پیش آزمون	۴۲/۶۴	۸/۳۷	۴۳/۲۹	۹/۱۴
	پس آزمون	۵۷/۰۲	۹/۱۱	۴۴/۸۳	۷/۵۸
	پیگیری	۵۸/۲۳	۹/۷۶	۴۱/۷۰	۸/۶۹

کرویت موچلی در هیچ یک از متغیرهای پژوهش محقق نشد ($p < ۰/۰۵$) و بنابراین از اصلاح اپسین هین-فلت استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون ام. باکس فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس رعایت شده

به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه های کرویت موچلی و همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس بررسی شدند. فرض

ترکیب خطی، متغیرهای شرم و گناه بر حسب عضویت گروهی، مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و اثر تعاملی عضویت گروهی و زمان تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر یا میزان تأثیر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها برای عضویت گروهی، زمان و اثرات تعاملی به ترتیب ۰/۳۶، ۰/۲۸ و ۰/۴۲ است.

است ($P > 0/05$). آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود ($P > 0/05$). بر این اساس مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس مکرر برقرار است. نتایج این آزمون در جدول ۳ آورده شده است. این تحلیل ترکیب خطی متغیرهای شرم و گناه را در بین گروه‌ها، بر حسب زمان و اثرات تعاملی گروه و زمان را مقایسه می‌کند. در

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره متغیر شرم و گناه

منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	Df فرضیه	Df خطا	P	η^2
گروه	۰/۴۴	۱۴/۷۹	۱	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
زمان	۰/۵۲	۱۰/۶۲	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸
گروه × زمان	۰/۳۴	۱۹/۸۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲

پیگیری، آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نمره کمتری در شرم و گناه کسب کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد اثر عضویت بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی بر متغیر رشد پس از سانحه نیز معنی دار است و اندازه اثر تعاملی آن ۴۹ درصد بود.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۴ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد اثر عضویت بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی بر متغیر شرم و گناه هیجان معنی دار است. اندازه اثر تعاملی برای متغیر شرم و گناه به ترتیب ۳۸ درصد و ۴۵ درصد بود مطابق با مقایسه میانگین‌ها در جدول ۲، در مرحله پس آزمون و

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرهای مطالعه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجموع مجزورات	F	P	η^2
شرم	گروه	۱۵۸۱/۳۹	۱	۱۵۸۱/۳۹	۱۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	زمان	۱۱۲۷/۲۴	۱/۲۶	۸۹۴/۶۳	۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	گروه × زمان	۲۵۳۲/۵۷	۱/۲۶	۲۰۰۹/۹۷	۱۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸
گناه	گروه	۱۰۸۶/۱۲	۱	۱۰۸۶/۱۲	۱۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	زمان	۹۰۷/۴۳	۱/۶۹	۵۳۶/۹۴	۶/۰۴	۰/۰۰۸	۰/۱۷
	گروه × زمان	۲۸۱۹/۷۵	۱/۶۹	۱۶۶۸/۴۹	۲۲/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
رشد پس از سانحه	گروه	۱۹۸۸/۵۱	۱	۱۹۸۸/۵۱	۱۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	زمان	۲۷۳۵/۰۶	۱/۴۳	۱۹۱۲/۶۲	۲۵/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	گروه × زمان	۵۰۳۶/۷۴	۱/۴۳	۳۵۲۲/۱۹	۲۳/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹

سلامت روان همسو است. طاهری و همکاران (۲۲) در مطالعه ای به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال ذهنی-رشدی پرداختند و نشان دادند این مداخله بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و تقویت معناداری زندگی این مادران موثر است. هادیان و جبل عاملی (۲۳) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب پرداختند و نشان دادند این مداخله در بهبود نشخوار فکری و مشکلات خواب دانشجویان تحت مطالعه

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی-ذهنی انجام شد. طبق نتایج، فرزندپروری مبتنی بر شفقت موجب بهبود احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی-ذهنی شد که این یافته با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر بهبود حالات و هیجانات منفی و ارتقای سطح

این نگرش و دیدگاه دست می یابند که نواقص و نارسایی و بیماری ممکن است برای هر فردی رخ دهد و این پدیده ای عمومی و همه گیر و جزء لاینفک زندگی است و مهم نوع مقابله فرد با این رخدادها است و بنابراین بهتر قادر خواهند بود تا بیماری و ناتوانی فرزند خود را بپذیرند و با آن کنار بیابند (۲۳). همچنین آنها در فرایند فرزندپروری مبتنی بر شفقت فرا می گیرند تا با کنار گذاشتن دیدگاه منتقدانه و قضاوت گرای خود نسبت به این ناتوانی و جایگزینی آن با نگرشی منعطف و دلسوزانه، از احساس شرم و گناه در خود بکاهند و به سوی تحولی اساسی در نگرش و نگاه خود نسبت به این موضوع دست یابند (۱۶). ذهن آگاهی از فنون اساسی مداخلات مبتنی بر شفقت است که در طی آن فرد با تمرین فن گسلش، آموزش می بیند تا افکار و احساس خود را به عنوان رویدادهای ذهنی و نه حقایق کلامی و واقعی در نظر بگیرد و از این طریق خود را از افکار پریشان کننده و استرس زا رها سازد و به جای غرق شدن در الگوهای خودکار فکری و احساسی بر اساس ارزش ها و امکانات فعلی خود عمل کند و به رشد توان روانی خود کمک کند. تمرین گسلش شناختی به افراد کمک می کند تا تسلیم افکار کلیشه ای ذهن خود نشوند و با غیرواقعی دانستن آنها به عبور سریع تر از آنها و دیدگاهی منعطف تر در خود نسبت به دنیا کمک کنند (۱۷).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن جامعه آماری مطالعه به دانش آموزان مرکز آموزشی کودکان با نیازهای ویژه امام جواد شهر ساری اشاره کرد. همچنین، عدم کنترل اثر متغیرهای مداخله گری مانند سن، تحصیلات و شغل والدین می تواند نتایج مطالعه را تحت تاثیر قرار دهد. بر همین پیشنهاد می گردد تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن گروه نمونه وسیع تر از گروه های مختلف جامعه و همچنین کنترل اثر متغیرهای مداخله گر انجام شوند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر شفقت بر بهبود احساس شرم و رشد پس از سانحه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت مؤثر است. اصول مورد کاربرد در فرزندپروری مبتنی بر شفقت با اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی و ارتباطی ناکارآمد و ایجاد دیدگاه غیرقضاوتی این افراد را در بهبود احساس شرم و رشد پس از سانحه یاری رساند.

مؤثر است. محمودپور و همکاران (۷) در بررسی خود به مطالعه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی پرداختند و نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی مؤثر است. به طور کلی مداخلات مبتنی بر شفقت از طریق افزایش سطح آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مثبت بر احساسات درونی به بهبود آسیب های روانشناختی و کاهش تجارب منفی درونی کمک می کند (۱۵). این مداخلات با ارتقای سطح خود دلسوزی و مهربانی نسبت به خود و دیگران و در نتیجه تسهیل فرایند تنظیم هیجان به افزایش تجربیات مثبت و کاهش شدت عواطف منفی در افراد کمک می کنند (۷). بر همین اساس به نظر می رسد که در فرایند این خودتنظیمی و مدیریت هیجانات، احساسات منفی از جمله احساس شرم و گناه در مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی کاهش می یابد. در واقع در فرایند مداخلات مبتنی بر شفقت، افراد به این توانایی دست پیدا می کنند تا بر خودسرزنی و قضاوت نسبت به خود رهایی یابند و با ایجاد نگرشی جدید و دلسوزانه نسبت به خود و دیگران، نارسایی را بخشی جداناپذیر از زندگی هر انسانی تلقی کنند و با این تغییر نگرش بر احساس شرم فایق آیند و همچنین مواجه با موقعیت های پریشان کننده را فرصتی برای رشد و تحول در نظر بگیرند (۲۲). تقویت آگاهی به مهربانی در مادران موجب شد آنها در روابط بین فردی که مورد انتقاد دیگران قرار گرفته بودند، با اعتماد بیشتر به خود و دیگران فرصت بیشتری برای جبران و بازسازی ارتباط، بدهند و شفقت به خود را تقویت کنند (۱۳). آموزش شفقت نسبت به خود در مادران کودکان دارای کودک معلول، با شفقت ورزی فردی، مهربانی نسبت به خود در زمان ناامیدی یا شکست و خودداری از سختگیری نسبت به خودشان در هنگام ناراحتی و یا مشاهده ابعاد نامطلوب از شخصیت فردی سبب گردید مادران با ایجاد صمیمیت و همدلی در زندگی خود، آشفته گیهای بین فردی را کاهش دهند. آموزش شفقت خود در مادران کودکان دارای کودک معلول موجب پاس خدھی به احساسات شد و احساس دلبستگی، ایمنی، اعتماد متقابل آنها نسبت به خود و دیگران در آنها تقویت شد (۱۴).

از همین رو مادران با کودک مبتلا به معلولیت جسمی - ذهنی در جریان مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت به

References

1. Kuntz EM, Carter EW. Review of interventions supporting secondary students with intellectual disability in general education classes. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2019;44(2):103-21. <https://doi.org/10.1177/1540796919847483>
2. Macmillan CM, Pecora LA, Ridgway K, Hooley M, Thomson M, Dymond S, Donaldson E, Mesibov GB, Stokes MA. An evaluation of education-based interventions for students with autism spectrum disorders without intellectual disability: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023;10(2):220-38. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00289-0>
3. Sermier Dessemontet R, Bless G. The impact of including children with intellectual disability in general education classrooms on the academic achievement of their low-, average-, and high-achieving peers. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2013;38(1):23-30. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.757589>
4. Smogorzewska J, Szumski G, Grygiel P. Theory of mind development in school environment: A case of children with mild intellectual disability learning in inclusive and special education classrooms. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2019;32(5):1241-54. <https://doi.org/10.1111/jar.12616>
5. Davies L, Randle-Phillips C, Russell A, Delaney C. The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities: The role of shame, self-compassion and social support. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2021;34(4):1037-47. <https://doi.org/10.1111/jar.12844>
6. Proeve M, Anton R, Kenny M. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;91(4):434-49. <https://doi.org/10.1111/papt.12170>
7. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Ejadi S, Mohamadi S. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Distress Tolerance and Feeling of Guilt in Mothers of Children with Physical-Motor Disability. *QJCR*. 2021; 20 (79):269-289. <https://doi.org/10.18502/qjcr.v20i79.7350>
8. Naismith I, Ripoll K, Pardo VM. Group compassion-based therapy for female survivors of intimate-partner violence and gender-based violence: A pilot study. *Journal of Family Violence*. 2021;36:175-82. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00127-2>
9. GrowthPT. Redesigning Research on Post-Traumatic Growth: Challenges, Pitfalls, and New Directions. 2021:280. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197507407.003.0016>
10. Wu X, Kaminga AC, Dai W, Deng J, Wang Z, Pan X, Liu A. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;243:408-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
11. Slade M, Rennick-Egglestone S, Blackie L, Llewellyn-Beardsley J, Franklin D, Hui A, Thornicroft G, McGranahan R, Pollock K, Priebe S, Ramsay A. Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ open*. 2019;9(6):213-20. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029342>
12. Young S, Shakespeare-Finch J, Obst P. Raising a child with a disability: A one-year qualitative investigation of parent distress and personal growth. *Disability & Society*. 2020;35(4):629-53. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1649637>
13. Madhi M, Ghamarani A. The effectiveness of self-compassion-based parenting training on behavioral problems and self-concept in children with intellectual and developmental disability. *Journal of Applied Psychological Research*. 2020;11(3):1-8.
14. ÖRNEK DB, Yılmaz YS, Sena ÖZ, Meral KO. The Mediator Role of Self-Compassion in the Relationship between Self-Concept and Communication Skills in Emerging Adults: Öz şefkat ve iletişim becerileri. *International Journal of Psychology and Educational Studies*. 2022;9(3):539-50. <https://doi.org/10.52380/ijpes.2022.9.3.518>
15. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*. 2011;5(1):1-2. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
16. Gilbert P. Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions.

- The bright side of shame: Transforming and growing through practical applications in cultural contexts. 2019;413-31. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13409-9_27
17. Yadavaia JE, Hayes SC, Vilardaga R. Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(4):248-57. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>
 18. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of personality and social psychology*. 2011;100(5):947. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
 19. Parvaz Y, Khanipour H, Parvaz P. Role of Self-conscious Emotions (Shame-proneness, Guilt Proneness) and Attribution Style in Prediction of General Psychiatric Symptoms. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2015 Oct 23;9(35):33-48.
 20. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9:455-71. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
 21. Rahimi R, Heidarzadeh M, Hassanzadeh R. Post-traumatic growth among patients with myocardial infarction. 2015; 7(1):44-52.
 22. Taheri A, Marashi SA, Hamid N, Beshlideh K. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Meaning in Life of Mothers of Children With Intellectual and Developmental Disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022;28(1):20-33. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.1.3046.1>
 23. Hadian S, Jabalameli S. the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: a quasi-experimental research, before and after. *Studies in Medical Sciences*. 2019;30(2):86-96.