

Research Paper

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Quality of Life, Distress Tolerance, and Anxiety in Mothers of Children with Intellectual Disabilities



Mitab Bagheri Iraj¹ & Hossein Zare^{2*}

1. M.A. in Clinical Psychology, Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Use your device to scan
and read article online



Citation: Bagheri Iraj, M. & Zare, H. (2026). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Quality of Life, Distress Tolerance, and Anxiety in Mothers of Children with Intellectual Disabilities [In Persian]. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 3(1): 1-12. <https://doi.org/10.22098/rcap.2026.18286.1123>



[10.22098/rcap.2026.18286.1123](https://doi.org/10.22098/rcap.2026.18286.1123)



Article Info:

Received: 2025/09/07

Accepted: 2026/01/06

Available Online: 2026/06/20

Key words:

Compassion-Focused Therapy, Quality of Life, Distress Tolerance, Anxiety, Mothers, Children with Intellectual Disabilities

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on the quality of life, distress tolerance, and anxiety levels among mothers of children with intellectual disabilities.

Methods: The research design was semi-experimental, employing a pre-test-post-test structure with a control group. The study's population consisted of all mothers with intellectually disabled children who were referred to the Golestan Center in Mashhad during 2022-2023. After applying the inclusion criteria, 30 mothers were selected using an available sampling method and were randomly assigned to either the experimental or control group. Compassion-Focused Therapy sessions consisted of eight sessions, held weekly, with each session lasting 90 minutes. The measurement tools used included questionnaires assessing quality of life, distress tolerance, and anxiety. Data were analyzed using SPSS22 software, employing analysis of covariance and the Bonferroni post hoc test.

Results: The findings indicated that the Compassion-Focused Therapy intervention significantly improved the quality of life, emotional distress tolerance, and anxiety of the mothers ($p < 0.01$). The Bonferroni post hoc test revealed a significant mean difference between the two groups: 24.653 in quality of life, 14.088 in emotional distress tolerance, and -6.607 in anxiety ($p < 0.05$).

Conclusion: Compassion-Focused Therapy, which emphasizes self-kindness, common human experiences, mindfulness, and shared emotions, can enhance the quality of life, distress tolerance, and reduce anxiety in mothers of children with intellectual disabilities. This approach is effective in promoting their mental health.

Extended Abstract

1. Introduction

One of the new therapeutic approaches aimed at enhancing the psychological well-being of mothers with children who have intellectual disabilities is compassion therapy. This therapy focuses on increasing psychological well-being by balancing activity in three emotion regulation systems, with a particular emphasis on strengthening the soothing system (Neff, 2016). In compassion therapy, mothers are encouraged to engage in compassionate exercises and cultivate a loving, calm mindset (Rostampour Berenjestanki et al., 2020). Research has shown that self-compassion positively impacts empathy (Nemati et al., 2022) and reduces stress (Shams et al., 2022; Yahyapour Reza Kalaei et al., 2023)

among mothers with children who have intellectual disabilities. According to a study by Taheri et al. (2022), training mothers in self-compassion can enhance their distress tolerance and quality of life, as well as improve their overall well-being by reducing anxiety, stress, and depression.

Furthermore, a review of existing literature indicates that SHAPE therapy can positively influence the mental health of mothers with intellectually disabled children. However, there is a notable lack of domestic research that has examined the relationship between distress tolerance, anxiety, and quality of life within a quasi-experimental framework. Given the significance of mental health in families with children who have intellectual disabilities, the aim of this study is to investigate the effectiveness of compassion therapy on mothers' distress tolerance, anxiety, and quality of life.

*Corresponding Author:

Hossein Zare

Address: Department of Psychology, Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (990) 4810799

E-mail: h_zare@pnu.ac.ir

2. Materials and Methods

This study is a quasi-experimental research design with a pre-test/post-test format that includes a control group. The statistical population consists of all mothers of children with intellectual disabilities who had a file at the Golestaneh Rehabilitation Center in Mashhad in 2022. After conducting an initial screening based on the diagnostic criteria outlined in DSM-5, and following final approval from a clinical psychologist, 30 mothers who met the study's inclusion criteria were selected using a convenience sampling method. These mothers were then randomly assigned to either a control group or an experimental group, with 15 participants in each. The experimental group participated in compassion-based therapy, while the control group did not receive any intervention. Both groups were assessed during the pre-test phase using standardized assessment tools. Following this, the experimental group underwent compassion-based interventions, consisting of eight training sessions, each lasting 90 minutes, conducted over a period of two months. Once the intervention was completed, a post-test was administered to both groups.

3. Results

The results of the study demonstrate the normality of the research variables as determined by the Shapiro-Wilk test. All main variables showed a significance level greater than 0.01 in both pre-test and post-test assessments. In the pre-test, the significance levels were as follows: quality of life at 0.396, distress tolerance at 0.558, and anxiety at 0.018. In the post-test, the significance levels changed to 0.013 for quality of life,

0.026 for distress tolerance, and 0.017 for anxiety. Consequently, all variables displayed a normal distribution, confirming the assumption of normality. Levene's test indicated the homogeneity of variances for each variable and their subscales. The significance levels for all variables were above the error threshold of 0.01. Specifically, the F ratio for quality of life was 0.366 with a significance of 0.550, for distress tolerance it was 0.263 with a significance of 0.612, and for anxiety, the F ratio was 3.657 with a significance of 0.066. Therefore, the assumption of homogeneity of variances is confirmed.

As the significance levels are higher than 0.01, our null hypothesis concerning the homogeneity of variances matrix is validated. Thus, this assumption is established as part of the prerequisites for using the multivariate analysis of covariance test. Furthermore, the significance levels for all three variables were found to be less than the error threshold of 0.05. This indicates that the compassion therapy educational intervention had a significant impact on the quality of life, emotional distress tolerance, and anxiety among mothers.

The greatest effect was observed in quality of life, with a coefficient of 0.546, followed closely by anxiety, with a coefficient of 0.462. There was a significant mean difference of 24.653 in the area of quality of life, 14.088 in emotional distress tolerance, and -6.607 in anxiety at the 0.05 significance level. This suggests that after the compassion therapy educational intervention, the experimental group's quality of life and emotional distress tolerance improved compared to the control group, while their anxiety levels decreased.

Table 1. Comparison of Mean Scores of Quality of Life, Distress Tolerance, and Anxiety among Mothers by Group

Variable	Group	Mean	Group Comparison	Mean Difference	Sig.
Quality of Life	Experimental	98.393	Experimental - Control	24.653*	0.0003
	Control	73.740	Control - Experimental	-24.653*	0.0003
Emotional Distress Tolerance	Experimental	51.144	Experimental - Control	14.088*	0.0001
	Control	37.056	Control - Experimental	-14.088*	0.0001
Anxiety	Experimental	15.263	Experimental - Control	-6.607*	0.0004
	Control	21.870	Control - Experimental	6.607*	0.0004

4. Discussion and Conclusion

Compassion therapy fosters compassion and kindness, which helps individuals protect themselves from the negative effects of challenging events. It encourages a more positive self-evaluation, allowing individuals to be less critical of themselves and to cope with life's difficulties more effectively. By adopting a self-defensive rather than a self-critical perspective, their reactions to tough situations are grounded in reality. High levels of compassion promote kindness towards oneself and a sense of responsibility. People become more accepting of their current circumstances, which leads to reduced anxiety. Compassion therapy teaches that all humans have flaws and make mistakes, allowing individuals to view their experiences with greater understanding. In compassion-based therapy, by

employing compassion techniques and breaking down barriers to self-compassion, individuals can shield themselves from negative emotions while enhancing positive ones. This means offering oneself kind and loving attention, using gentle reasoning, and speaking positively instead of resorting to self-blame and criticism. Furthermore, it involves acknowledging one's suffering and communicating with others without feelings of weakness or shame. This process fosters self-kindness, which ultimately leads to improved well-being and reduced anxiety. For instance, compassion training can greatly benefit mothers of children with disabilities. It helps them accept the challenges that come with caring for their child and manage the resulting tension without falling into negative thought patterns. By fostering self-calming techniques, these

can better cope with stress, leading to a reduction in anxiety severity.

The present study has several limitations: there was no follow-up period to assess the durability of the intervention effects, time constraints prevented us from holding additional sessions to achieve more stable and desirable outcomes, and there were challenges in coordinating with mothers to attend therapy sessions. This research was conducted at a private rehabilitation center in Mashhad over a limited timeframe, so caution is warranted when generalizing the results. Additionally, certain variables, such as cultural and demographic characteristics, could act as intervening factors, but their impact on the study's outcomes has not been examined. The honesty of participants in completing the questionnaires is also beyond the researcher's control. Given these results, it is recommended that future studies include a larger sample size to allow for stronger confirmation or rejection of the hypotheses.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study is derived from a Master's thesis and was approved by the Ethics Committee of Payame Noor University, Tehran, under the ethics code IR.PNU.REC.1401.434. The study was conducted with the full consent of the participants.

Funding

The authors provided funding for this study.

Authors' contributions

All authors have played an equal role in advancing this research.

Conflicts of interest

There is no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

اثربخشی شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی، تحمل‌پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

مهتاب باقری ایرج^۱ و حسین زارع^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تهران دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی، واحد تهران دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۳/۳۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی، تحمل‌پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش‌ها: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مراجعه‌کننده به مرکز گلستان شهر مشهد در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ مادر به انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسات شفقت‌درمانی در قالب ۸ جلسه هر هفته ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد. ابزار سنجش پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی، پرسش‌نامه تحمل‌پریشانی و پرسش‌نامه اضطراب بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 و با روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که مداخله آموزشی شفقت‌درمانی اثر معناداری بر کیفیت زندگی، تحمل‌پریشانی هیجانی و اضطراب مادران داشته است ($p < 0/01$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد دو گروه به میزان ۲۴/۶۵۳ در زمینه کیفیت زندگی، به میزان ۱۴/۰۸۸ در زمینه تحمل‌پریشانی هیجانی و به میزان ۶/۶۰۷- در زمینه اضطراب اختلاف میانگین معناداری با یکدیگر دارند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: شفقت‌درمانی با تمرکز بر مهربانی با خود، اشتراکات انسانی، ذهن آگاهی و تجربه‌های مشترک می‌تواند کیفیت زندگی، تحمل‌پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی را بهبود بخشد و به‌عنوان رویکردی مؤثر در ارتقای سلامت روان آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

شفقت‌درمانی، کیفیت زندگی، تحمل‌پریشانی، اضطراب، مادران، کودکان کم‌توانی ذهنی

مقدمه

کودکان عقب‌مانده ذهنی^۱ به دلیل اختلال مداوم در فعالیت‌های شناختی و بیماری‌های سیستم عصبی، نسبت به سایر کودکان متفاوت‌اند (تاگانوا^۲، ۲۰۲۵). بیشتر این کودکان به دلیل عدم حمایت خانواده‌هایشان، در برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران با موانعی روبه‌رو هستند (فردوس^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). حضور کودک کم‌توان ذهنی باعث اختلال در چرخه عادی زندگی خانوادگی، خروج نظام خانواده از روند طبیعی خود، ایجاد بحران و حتی منجر به فروپاشی آن می‌گردد (آلون^۴، ۲۰۱۹). والدین این کودکان به طرق مختلفی با شرایط پیش‌آمده و فشارهای روانی ناشی از آن و مسائل مرتبط با سلامت روان مواجه می‌شوند (پوپا^۵، ۲۰۲۰). این خانواده‌ها به علت داشتن کودکی که با کودکان عادی متفاوت است با عوارض ناخوشایند و مشکلات دائمی بسیاری دست به گریبان می‌گردند

و ناچار به کنار گذاشتن رفاه خود برای داشتن زمان کافی جهت نگهداری از فرزند کم‌توان می‌شوند (دیویس^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که سلامت روانی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تحمل‌پریشانی^۷ است. مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، بعد از مدتی در مقابل تحمل‌پریشانی مقاومت کمتری نشان می‌دهند و در یک کوشش غلط برای تنظیم هیجانات خود از راهکارهای نامناسب استفاده می‌کنند و این گونه در

1. children with intellectual disabilities
2. Taganova
3. Firdaus
4. Alon
5. Popa
6. Davis
7. Distress Tolerance

* نویسنده مسئول:

حسین زارع

نشانی: گروه روان‌شناسی، واحد تهران دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱-۸۱۰۷۹۹۹ (۹۹۰) ۹۸

پست الکترونیکی: h_zare@pnu.ac.ir

روان‌درمانی کودک و نوجوان

ذهن مهرورز و آرام، سعی در تقویت سیستم تسکین‌بخش می‌شود (رستم‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). شواهد نشان می‌دهد که شفقت به خود بر همدلی (نعمتی و همکاران، ۲۰۲۲) و استرس (اردستانی^۱ و همکاران، ۲۰۲۴؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۶، یحیی‌پور و همکاران، ۱۴۰۲) مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر می‌گذارد. بر اساس پژوهش خوشوقت^۲ و همکاران (۲۰۲۱)، آموزش مادران برای شفقت می‌تواند تحمل پریشانی و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود دهد و با کاهش اضطراب، استرس و افسردگی، سطح بهزیستی آنان ارتقا یابد.

رویکرد درمانی شفقت‌مدار مانند فیزیوتراپی ذهن در این افراد عمل می‌کند، به این معنا که با تحریک سیستم تسکین، فرصت و زمینه لازم برای تحول آن ایجاد می‌شود. با تحول سیستم تسکین، تاب‌آوری فرد در مقابل اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی افزایش یافته و بدین ترتیب اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی کاهش می‌یابد (شمس گلشید و همکاران، ۱۴۰۰). در این راستا، نتایج پژوهش بیات و همکاران (۱۴۰۳) حاکی از اثربخش بودن شفقت درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس بوده است. از طرفی، سایر پژوهش‌ها (چنگ و همکاران، ۲۰۲۵، کلیک و همکاران، ۲۰۲۲) نشان دادند که درمان شفقت بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به رماتیسم و افراد مبتلا به دیابت مؤثر است؛ همچنین، در پژوهش النهدی و همکاران (۲۰۲۴) اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب و افسردگی مادران کودکان با فلج مغزی تأیید شده است.

در نهایت مرور پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که استفاده از شفقت درمانی می‌تواند بر سلامت روان مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی اثرگذار باشد. با توجه به کمبود پژوهش‌های داخلی که به صورت همزمان متغیرهای اضطراب تحمل پریشانی و کیفیت زندگی را در یک قاب نیمه‌تجربی بررسی کرده باشد و با توجه به اهمیت سلامت روانی خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب تحمل پریشانی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت درمانی بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

تسکین درد هیجانی خویش، تلاش می‌کند. نتایج پژوهش‌های رئیس‌ی نشان می‌دهد که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با سایر مادران تحمل پریشانی و بهزیستی کمتری دارند. این مادران در مقابل آشفتگی هیجانی و مشکلات روان‌شناختی بسیار آسیب‌پذیرند و کیفیت زندگی آنان کاهش می‌یابد و با به وجود آمدن یک چرخه منفی، مشکلات روان‌شناختی در همه اعضای خانواده، پویایی نظام خانواده در معرض خطر قرار می‌گیرد (زارع و همکاران، ۱۳۹۷؛ سیداسماعیلی و سلمانی، ۱۴۰۴). پژوهش محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای فرزند ناتوان جسمی حرکتی مؤثر است. سایر پژوهش‌ها (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۹، کلیک و همکاران، ۲۰۲۲، رئیس‌ی و همکاران، ۱۳۹۹) حاکی از آن بود که شفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی تأثیر دارد. از طرفی، داشتن کودک کم‌توان ذهنی بر بهداشت روان خانواده اثر به‌سزایی دارد و منجر به نگرانی و ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود (رئیس‌ی و همکاران، ۱۳۹۹).

مادران کودکان کم‌توان ذهنی اغلب در مقایسه با والدین کودکان با رشد طبیعی، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (مارافیوتی^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). مفهوم کیفیت زندگی در چند سال گذشته توجه جهانی گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. در پژوهشی، مشخص شد که سطح کیفیت زندگی خانواده وابسته به نوع و شدت معلولیت ذهنی کودکان است (النهدی^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). استرس روانی والدین و بهبود کیفیت زندگی مادران از نگرانی‌های مداوم خانواده‌های دارای کودکان دارای معلولیت ذهنی است (چنگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). مادر کودکی با اختلال ذهنی مسئولیت‌ها و نقش‌های اضافی برای مراقبت از فرزند کم‌توان خود دارند. اعضای خانواده در فرآیند بزرگ کردن یک کودک خاص، استرس و اضطراب قابل توجهی را تجربه می‌کنند (ثدی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). سیستم تهدید و محافظت در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی به علت اختلال‌های روان‌شناختی دچار نوعی پرکاری شده است که در نتیجه سطح اضطراب و نگرانی آنان بالا است و از طرفی سیستم رضایت و تسکین در این مادران در سطح پایینی قرار دارد و فرصت کافی برای تحول سیستم رضایت و تسکین نداشته‌اند (شمس و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از رویکردهای درمانی جدید نسبت به بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی شفقت‌درمانی است که هدف کلی آن افزایش بهزیستی روان‌شناختی از طریق متعادل کردن فعالیت در سه سیستم تنظیم هیجان با تمرکز ویژه بر سیستم تسکین‌دهنده است (نف^۵، ۲۰۱۶؛ جعفری و همکاران، ۱۴۰۳؛ خلیفه^۶ و همکاران، ۲۰۲۶). در شفقت‌درمانی با ترغیب مادران به انجام تمرین‌های مشفقانه و پرورش

1. Marafioti
2. Alnahdi
3. Cheng
4. Sethi
5. Neff
6. Khaleefah
7. Ardestani
8. Khoshvaght

روان‌درمانی کودک و نوجوان

انجام گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش، همه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی که در مرکز توان‌بخشی گلستانه شهر مشهد در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ دارای پرونده بودند، است. پس از اجرای غربالگری اولیه و با استفاده از ملاک‌های تشخیصی مندرج در DSM-5 و تأیید نهایی توسط روان‌شناس بالینی، تعداد ۳۰ نفر مادر دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای شرایط ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

۱. پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۱: به منظور سنجش کیفیت زندگی در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد (به نقل از اردستانی و همکاران، ۲۰۲۴) که یک ابزار خودگزارشی است. این پرسش‌نامه از فرم بلند پیوستار کیفیت زندگی مشتق شده و شامل ۲۶ گویه و ۴ خرده‌مقیاس (سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف) است و بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) به سنجش کیفیت زندگی می‌پردازد. حداقل امتیاز ممکن ۲۶ و حداکثر ۱۳۰ خواهد بود. در ایران، **نجات و همکاران (۱۳۸۵)** ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز شاخص روایی محتوا و شاخص نسبت روایی محتوا به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه تحمل پریشانی^۲: در پژوهش حاضر برای سنجش میزان تحمل پریشانی، از پرسش‌نامه خودگزارشی **سیمونز و گاهر^۳ (۲۰۰۵)** استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن از طریق هیجانات منفی، برآورد

ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است که پاسخ‌دهندگان باید به آن‌ها روی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ‌کدام (۰) تا همیشه (۵) پاسخ دهند. دامنه نمره‌های این آزمون از ۰ تا ۷۵ است که نمره بیشتر نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاتر است. در پژوهش **سیمونز و همکاران (۲۰۰۵)** ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به سبب هیجانات منفی، باورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون‌طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود؛ همچنین مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. در ایران نیز **شمس و همکاران (۱۳۸۹)** میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه اضطراب بک^۴: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ با هدف سنجش میزان اضطراب نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ سؤال است و هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. در ایران، نتایج پژوهش حسینی کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۳ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۲ گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

خلاصه محتوای جلسات شفقت‌درمانی در این پژوهش با استفاده از درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (به نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۹) در جدول (۱) ارائه شده است.

1. WHOQOL-BREF
2. Distress Tolerance Questionnaire
3. Simons & Gaher
4. Beck Anxiety Inventory

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شفقت‌درمانی در این پژوهش با استفاده از درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	محتوا
اول	انجام پیش‌آزمون و تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها، آشنایی افراد گروه و درمانگر با یکدیگر، بیان اهداف از برگزاری جلسات مداخله و ارائه ساختاری اجمالی از آن، گفت‌وگو در مورد انتظارات اعضا از درمان و انتظارات درمانگر از اعضای گروه، شناساندن اصول کلی شفقت‌درمانی و بررسی تفاوت تأسف برای خود با شفقت به خود
دوم	نگاهی اجمالی بر جلسه پیشین، آموزش ذهن‌آگاهی، شناخت و بررسی مؤلفه‌های شفقت، شناسایی و بررسی هر یک از مؤلفه‌های شفقت در اعضا و نحوه استفاده از آن برای کنار آمدن با مشکلات، آشنایی با ویژگی‌های اشخاص دارای شفقت، پذیرش خود
سوم	مروری بر جلسه پیشین، ایجاد و پرورش خود شفقتی در اعضا، آشنا شدن اعضای گروه با خود انتقادی، آموزش و تمرین پذیرش و مهربانی با خود، تشویق اعضا به بررسی اینکه شفقت گر هستند یا خود انتقادگر، پرورش و تقویت احساس مهربان بودن با خود و دیگری، پذیرفتن این نکته که افراد دیگر هم مشکلات و کاستی‌هایی دارند و قضاوت نکردن خود و دیگران
چهارم	نگاهی اجمالی بر جلسه پیشین، یافتن علل خود سرزنشگری و خودشناسی، تشویق شرکت‌کنندگان به تشکر از خود، پرداختن به تمرینات آماده‌سازی ذهن مشفق مانند هم‌دردی کردن، همدلی کردن با خود و دیگری، استفاده از استعاره فیزیوتراپ، یادآوری خصوصیات و نکات مثبت خود، پذیرفتن شفقت و مهربانی از طرف دیگران و از طرف خود

جلسه	محتوا
پنجم	مرور جلسه پیشین، آموزش سبک‌ها و روش ابراز شفقت مانند شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته، استفاده از این فنون در زندگی روزانه در قبال اعضای خانواده، دوستان و اطرافیان،
ششم	نگاهی اجمالی به تکالیف جلسه پیشین، آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس و ادراک شفقت‌ورز. تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز مانند بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش بردباری، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خودانتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از تکنیک صندلی خالی گشتالت.
هفتم	نگاهی اجمالی بر جلسه گذشته، مهربانی کردن با خود در عمل. نامه نوشتن مشفقانه و دلسوزانه برای خود و دیگری. تکمیل نمودن جدولی که اعضا به صورت هفتگی افکار و رفتارهای مبتنی بر شفقت و افکار سرزنشگر خود را در آن می‌نویسند. کار کردن بر روی ترس و اجتناب از شفقت و شناسایی موانعی که در بروز و رشد این ویژگی نقش دارند. پرداختن به تکنیک‌ها و فنون تصویرسازی ذهنی و تنفس ریتمیک برای آرام‌سازی
هشتم	مروری کلی و دوباره بر مهارت‌های کسب شفقت. یادآوری و تمرین مجدد مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات پیشین. یافتن روش‌هایی برای حفظ و استفاده از شفقت درمانی در زندگی روزانه. ارزیابی، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از جلسات درمان. پرداختن به پاسخ سؤالات احتمالی اعضا. انجام پس‌آزمون و درنهایت تشکر کردن از افراد گروه برای مشارکت در جلسات مداخله

پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و اطلاعات فردی‌شان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. در پایان تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرها شامل میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه ارائه شده‌اند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی در پیش از مداخله آموزشی گروه آزمایش ۷۱/۲۷ و برای گروه کنترل ۷۲/۴۰ است که نشان می‌دهد دو گروه تفاوت چندانی در زمینه کیفیت زندگی در پیش از مداخله آموزشی ندارند؛ همچنین نمره کل تحمل پریشانی در پیش از مداخله برای گروه آزمایش ۳۹/۲۷ و برای گروه کنترل ۳۷/۱۳ و نمره میانگین اضطراب برای گروه آزمایش ۲۱/۸۷ و برای گروه کنترل ۲۲/۹۳ است که در پیش از مداخله آزمایشی میانگین تحمل پریشانی و اضطراب دو گروه تقریباً برابر است، اما در بعد از مداخله آموزشی شفقت درمانی میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش ۹۸/۷۳ و برای گروه کنترل ۷۳/۱۴، میانگین تحمل پریشانی گروه آزمایش ۵۱/۰۷ و برای گروه کنترل ۳۷/۱۳ و میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش ۱۵/۰۷ و گروه کنترل ۲۲/۰۷ است که به طور کلی نشان می‌دهد در بعد از مداخله آموزشی شفقت درمانی میانگین کیفیت زندگی و تحمل پریشانی گروه آزمایش افزایش یافته و از میزان اضطراب این گروه در برابر گروه کنترل کم شده است.

روش اجرا: در پژوهش حاضر داشتن حداقل یک فرزند مبتلا به کم‌توانی ذهنی، حضور و همکاری داوطلبانه در مطالعه پژوهشی، شرکت نداشتن در پژوهش مشابه و به‌طور هم‌زمان، نداشتن بیماری جسمانی و روان‌شناختی قابل توجه، حداکثر سن ۵۰ سال برای مادران به عنوان ملاک‌های ورود در نظر گرفته شدند. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه پژوهش و استفاده از روش‌های درمانی دیگر در طول مطالعه، غیبت در بیش از دو جلسه پشت سرهم، پایبند نبودن به قوانین تعیین شده بود. گروه آزمایش و کنترل در گروه سنی ۴۵-۵۰ سال قرار داشتند و میزان کای-اسکوئر ۱/۴۵۸ با معناداری ۰/۶۹۲ می‌باشد که از ضریب خطا ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه، دو گروه اختلاف معنی‌داری از نظر توزیع گروه‌های سنی ندارند.

پس از هماهنگی‌ها و اخذ مجوز از دانشگاه پیام نور تهران، ۳۰ مادر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها ابتدا پیش‌آزمون از پرسش‌نامه‌های مطالعه در داخل سایت گوگل داکس بارگذاری شد. سپس لینک آن در اختیار مادران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد در زمانی دسترسی کامل به اینترنت دارند اقدام به پاسخ دادن به سؤالات این پژوهش کنند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای جلسات شفقت‌درمانی را توسط متخصص روان‌شناسی بالینی با درجه دکتری و یک دانشجوی کارشناسی ارشد در مرکز توان‌بخشی گلستانه شهر مشهد دریافت کردند و در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و در صف انتظار قرار گرفت. در پایان پس‌آزمون پرسش‌نامه‌های مطالعه از هر دو گروه گرفته شد. به منظور اصل رازداری به مادران اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از

روان درمانی کودک و نوجوان

جدول ۲. توصیف آماری نمرات پیش آزمون-پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمون و گروه کنترل

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۷۱/۲۷	۸/۵۵	۹۸/۷۳	۴/۵۷	آزمایش
۷۲/۴۰	۴/۹۴	۷۳/۱۴	۵/۶۰	کنترل
۳۹/۲۷	۴/۰۲	۵۱/۰۷	۳/۲۱	آزمایش
۳۷/۱۳	۳/۵۶	۳۷/۱۳	۳/۵۲	کنترل
۲۱/۸۷	۱/۸۸	۱۵/۰۷	۲/۸۴	آزمایش
۲۲/۹۳	۱/۷۱	۲۲/۰۷	۱/۶۶	کنترل

نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد بین مداخله مبتنی بر مدل لین کلارک، مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل در پس آزمون متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($P=0/000$) و تمایز یافتگی ($F=1/49$) و تمایز یافتگی ($F=1/22$ $P=0/000$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین اندازه اثر برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمایز یافتگی در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به ترتیب ۷۶/۸ درصد و ۶۵/۰۳ درصد است.

نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد بین مداخله مبتنی بر مدل لین کلارک، مداخله مبتنی بر رابطه والد-کودک و گروه کنترل در پس آزمون متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($P=0/000$) و تمایز یافتگی ($F=1/49$) و تمایز یافتگی ($F=1/22$ $P=0/000$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ همچنین اندازه اثر برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمایز یافتگی در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به ترتیب ۷۶/۸ درصد و ۶۵/۰۳ درصد است.

جدول ۳. بررسی آزمون ام باکس

ام باکس	اف	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی‌داری
۱۶/۵۶۷	۲/۴۳۸	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۲۳

با توجه به جدول ۳، میزان معناداری بالاتر از سطح معناداری ۰/۰۱ شده است در نتیجه، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب مفروضه همسانی ماتریس واریانس‌ها،

به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برقرار است. در جدول ۴، نتایج آزمون کوواریانس گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل آزمون کوواریانس مبنی بر تأثیر شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی

منبع	متغیر	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	مجدور انا
گروه	کیفیت زندگی	۳۷۶۱/۲۹۳	۳۷۶۱/۲۳	۱۳۷/۷۷۲	۰/۰۰۰۳	۰/۵۴۶
	تحمل پریشانی هیجانی	۱۲۲۸/۳۴۹	۱۲۲۸/۳۴۹	۱۰۵/۲۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۸
	اضطراب	۲۷۰/۱۱۸	۲۷۰/۱۱۸	۴۸/۵۷۱	۰/۰۰۰۴	۰/۴۶۲
خطا	کیفیت زندگی	۶۸۲/۵۲۲	۲۷/۳۰۱			
	تحمل پریشانی هیجانی	۲۹۱/۸۴۸	۱۱/۶۷۴			
	اضطراب	۱۳۹/۰۳۲	۵/۵۶۱			
کل	کیفیت زندگی	۲۲۷۷۰				
	تحمل پریشانی هیجانی	۶۰۱۱۹				
	اضطراب	۱۰۸۶۱				

با توجه به جدول ۵، دو گروه به میزان ۲۴/۶۵۳ در زمینه کیفیت زندگی، به میزان ۱۴/۰۸۸ در زمینه تحمل پریشانی هیجانی و به میزان ۶/۶۰۷- در زمینه اضطراب اختلاف میانگین معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ با یکدیگر دارند؛ بدین معنی که در پس از مداخله آموزشی شفقت‌درمانی میزان کیفیت زندگی و تحمل پریشانی هیجانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است و از میزان اضطراب این گروه کاسته گردیده است.

با توجه به جدول ۴، میزان معنی‌داری هر سه متغیر از ضریب خطا ۰/۰۵ کمتر است؛ در نتیجه، مداخله آموزشی شفقت‌درمانی اثر معنی‌داری بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و اضطراب مادران داشته که بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی با ضریب ۰/۵۴۶ و اضطراب با ضریب ۰/۴۶۲ داشته است. در جدول ۵، نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

روان‌درمانی کودک و نوجوان

جدول ۵. بررسی مقایسه میانگین‌های متغیرهای کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و اضطراب در میان مادران بر حسب گروه

متغیر	گروه	میانگین	گروه	تفاوت میانگین	معنی داری
کیفیت زندگی	آزمایش	۹۸/۳۹۳	کنترل	۲۴/۶۵۳*	۰/۰۰۰۳
	کنترل	۷۳/۷۴۰	آزمایش	۲۴/۶۵۳*	۰/۰۰۰۳
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش	۵۱/۱۴۴	کنترل	۱۴/۰۸۸*	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۳۷/۰۵۶	آزمایش	۱۴/۰۸۸*	۰/۰۰۰۱
اضطراب	آزمایش	۱۵/۲۶۳	کنترل	۶/۶۰۷*	۰/۰۰۰۴
	کنترل	۲۱/۸۷۰	آزمایش	۶/۶۰۷*	۰/۰۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی شفقت درمانی اثر معنی داری بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و اضطراب مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی داشته است. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های قدیم‌پور و همکاران (۱۳۹۹)، کلیک و همکاران (۲۰۲۲)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۹) و خوشوقت و همکاران (۲۰۲۱)، النهدی و همکاران (۲۰۲۴) قرار دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان ادعان داشت که تولد کودکی با کم‌توانی ذهنی می‌تواند اثرات گسترده و نامطلوب بسیاری بر عملکرد و ساختار خانواده و مخصوصاً بر زندگی مادر داشته باشد و با توجه به این نکته که کم‌توانی و مشکلات ناشی از آن ماندگار هستند، سلامت جسمی و روانی مادران این کودکان به‌عنوان مراقبان اصلی در معرض آسیب قرار دارد. تجربه تلخ داشتن کودک کم‌توان ذهنی و خستگی زیاد ناشی از نگهداری و مراقبت از این کودکان به‌همراه نگرانی و ناامیدی از آینده کودک سبب بروز مشکلات روانی و هیجانی بسیاری می‌گردد که به دنبال آن کاهش کیفیت زندگی مادران را در پی خواهد داشت (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۹). از سوی دیگر، به نظر می‌رسد هر اندازه افراد شفقت‌ورزی بیشتری به خود داشته باشند که شامل مهربان بودن با خود، پذیرش مشکلات و مسائل زندگی به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک در همه انسان‌ها و آگاه بودن از احساسات و افکار دردناک می‌شود؛ می‌توانند در مواجهه با شرایط دشوار و کنار آمدن با مشکلات ناشی از حضور کودک کم‌توان ذهنی بهتر و درست‌تر عمل کنند.

در ادامه، نتیجه به دست آمده در خصوص تاثیر شفقت درمانی بر تحمل پریشانی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات بیات و همکاران (۱۴۰۳)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۹) و محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) این‌گونه تبیین کرد که خود شفقت‌ورزی و خود مهرورزی باعث افزایش ترشح هورمون اکسی‌توسین در بدن می‌شود و این امر سبب بالا رفتن فعالیت سیستم تسکین و امنیت می‌گردد

(زارع و همکاران، ۱۳۹۹) از طرفی چنین استدلال می‌شود که آموزش شفقت‌ورزی به خود در جریان درمان مبتنی بر شفقت به مادران، موجب توانایی برای به تعویق انداختن هیجان‌های نامطلوب و احساسات ناخوشایند، دستیابی به توانایی لازم برای درگیری یا گریز از یک هیجان ناخوشایند و منفی به شکلی مناسب، تعدیل و کنترل هیجان‌های منفی، بالا بردن هیجان‌های مطلوب و خوشایند و به‌طور کلی تنظیم هیجانات مادران گردید. این آموزش‌ها سبب می‌شوند که مادران کنترل مناسب‌تر و احساسات ناخوشایند و افکار سرزنشگر کمتری داشته باشند. می‌توان این‌طور استنباط نمود که شفقت درمانی به مادران کمک می‌کند تا ارزیابی واقعی‌تر و متعادل‌تری از شرایط موجود به عمل آورده و به‌جای اجتناب و فرار، آن را به‌مثابه خطری قابل ادراک و قابل حل در سیستم شناختی خود در نظر بگیرند. مادران با بهره‌گیری از تکنیک‌های شفقت درمانی مانند ذهن آگاهی و حل مسئله می‌توانند به توقف چرخه معیوب سرزنشگری خویش و کاهش انتظارات سطح بالای خود بپردازند و با دیدی جدید و مهرورزانه نسبت به خویش به طراحی معیارها و توقعات قابل دستیابی و واقع‌بینانه برسند؛ بنابراین با افزایش عملکرد منطقی، اخذ مناسب‌ترین تصمیم، انسجام هیجانی و بروز رفتارهای سازشی جدید، سطح تحمل پریشانی بهبود می‌یابد.

از سویی دیگر، یافته‌های این مطالعه نشان داد که شفقت درمانی بر اضطراب مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نیز اثرگذار است. این نتایج در راستای مطالعات خوشوقت و همکاران (۲۰۲۱) قرار دارد که دریافتند شفقت درمانی بر اضطراب، افسردگی و سازگاری مادران کودکان با فلج مغزی و والدین نوزادان زودرس مؤثر بوده است (تیموری و همکاران، ۲۰۲۲). در تبیین این نتایج می‌توان اظهار داشت که مادران کودکان کم‌توان ذهنی با فکر به این موضوع که کم‌توانی ذهنی فرزندشان همیشگی و ماندگار است، دچار اضطراب بالایی می‌شوند و به‌طور دائم افکار منفی خودآیند به ذهنشان می‌رسد. شفقت درمانی با بالا بردن شفقت و مهربانی، آنان را از اثرات حوادث و اتفاقات منفی محافظت می‌کند و باعث می‌شود که فرد کمتر به ارزیابی خود بپردازد، کمتر به خود سخت

روان درمانی کودک و نوجوان

بگیرد، با مسائل و مشکلات زندگی راحت تر کنار آید، چون دیدگاهش در مورد خود به شکل خود دفاعی است و نه خود انتقادی، واکنش هایش در مقابل شرایط دشوار براساس عملکرد واقعیت است. شفقت بالا باعث مهربان تر بودن با خود و مسئولیت پذیر بودن می گردد، افراد وقایع و شرایط موجود را آسان تر می پذیرند؛ در نتیجه، کم تر به اضطراب دچار می شوند؛ زیرا در درمان شفقت افراد می آموزند که همه انسان ها دارای اشتباهات و نواقصی هستند. در درمان شفقت مدار با اجرای تکنیک های شفقت ورزیدن و رفع موانع شفقت ورزی به خویش، فرد از هیجانات و حالات منفی محافظت می شود و هیجان های مثبت تقویت می گردد. بدین معنی که فرد با توجه مهربانانه و مهرورزانه به خود و استفاده از استدلال مهربانانه و حرف زدن با خود به صورت جمله های مثبت به جای جمله های خود سرزنشی و انتقادی و در نهایت پذیرش رنجی که بر وی وارد است و نیز برقراری ارتباط با سایرین بدون احساس ضعف و شرمندگی باعث می گردد که فرد به رفتار مهربانانه با خود برسد؛ در نتیجه، این امر موجب بروز احساس بهتر و اضطراب کمتری در وی می شود.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش شفقت به مادران کودکان کم توان ذهنی کمک می کند تا مشکلات ناشی از حضور فرزند کم توانشان را بپذیرند و تنش های پیش آمده ناشی از آن را بدون درگیری با افکار منفی تحمل نمایند و بتوانند خودشان را در پاسخ به بروز تنش های ایجاد شده آرام کنند و در نتیجه از شدت اضطرابشان کم شود و تحمل پریشانی آن ها افزایش یابد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بود که لازم است به آن ها اشاره شود. جامعه آماری این پژوهش مادران کودکان کم توان ذهنی شهر مشهد بودند؛ به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه ها و مناطق دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. محدود بودن پژوهش به پرسش نامه های خود گزارشی، نبود دوره پیگیری برای بررسی ماندگاری تأثیرات مداخله های صورت گرفته، امکان پذیر نبودن برگزاری جلسات بیشتر برای رسیدن به نتایج مطلوب تر و باثبات تر به علت محدودیت زمان و بروز مشکلاتی در هماهنگی با مادران برای حضور در جلسات درمانی نیز از دیگر محدودیت های پژوهش به شمار می رود. در همین راستا پیشنهاد می شود، در مطالعات آتی از سایر ابزارها مانند مصاحبه استفاده شود؛ همچنین پژوهش حاضر با حجم نمونه بزرگ تری انجام پذیرد تا فرضیه های آن با قوت بیشتری تأیید یا رد گردند.

لازم است مسئولان بهزیستی و سازمان های مرکزی مشاوره و روان درمانی، با ایجاد گروه های حمایت کننده، برنامه های روانی- اجتماعی مبتنی بر شفقت درمانی در طرح های حمایتی برای خانواده های دارای فرزند با نیازهای ویژه را تهیه کنند. در راستای یافته های به دست آمده در

این مطالعه مبنی تأثیر شفقت درمانی بر بر کیفیت زندگی، تحمل پریشانی و اضطراب مادران دارای فرزند کم توان ذهنی، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی مناسب برای مادران کودکان کم توان ذهنی در راستای پیشگیری از آسیب ها و خطرات احتمالی در قالب طرح آموزش های عمومی و همگانی جامعه، طراحی و اجرا شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد و با کد اخلاق IR.PNU.REC.1401.434 از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور تهران است و با رضایت کامل افراد نمونه انجام شد.

حامی مالی

پژوهش حاضر بدون هیچ گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دادند از تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش و کسانی که در سایر مراحل اجرای این مطالعه به نویسندگان کمک کردند، تقدیر و تشکر کنند.

منابع

بیات حدیثه، قلعه نوی مهدیه، قدیریان فتانه. (۱۴۰۳). بررسی رابطه تحمل پریشانی، بهزیستی معنوی و تعامل مادر- کودک با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از طریق میانجیگری تئیدی والدگری و کارکرد خانواده در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش فعالی. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-5422-fa.html>؛ ۳۰ (۴): ۳۸۷-۴۰۴.

جعفری، عیسی؛ باقرزاده، فاطمه؛ سلمانی، علی و پورمحسنی، فرشته. (۱۴۰۳). نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله ای با اضطراب بیماری کرونا در افراد نظامی. *روان شناسی نظامی*، ۱۵(۱): ۹۳-۱۱۴.

Dor:20.1001.1.25885162.1403.15.1.5.7

روان‌درمانی کودک و نوجوان

<https://civilica.com/doc/1296715>

نجات سحرناز، منتظری علی، هلاکویی نایینی کورش، محمد کاظم، مجلدزاده سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان-سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>. ۱-۱۲: (۴) ۴.

یحیی‌پور کلاتی طاهره، جابروند حمدالله، هومن فرزانه. (۱۴۰۲). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس امیدواری، شفقت خود و سلامت معنوی در مادران کودکان ناشنوا و نابینا. مجله پرستاری کودکان. ۹ (۳): ۸۵-۹۴.

<http://jpen.ir/article-1-698-fa.html>

References:

- Alnahdi, GH. & Schwab, S. (2024). Families of children with intellectual and developmental disabilities: Variables associated with family quality of life. *Children (Basel)*. 11(6):734. [Doi:10.3390/children11060734](https://doi.org/10.3390/children11060734)
- Alon, R. (2019). Social support and postcrisis growth among mothers of children with autism spectrum disorder and mothers of children with Down syndrome. *Res Dev Disabil.* 90:22-30.
- Ardestani, L., Choobchian, S., Sadighi, H., Azadi, H. (2024). Investigating the quality of life in rural areas on the outskirts of metropolises: Application of World Health Organization Standard Questionnaire. *International Journal of Community Well-Being*. 7(1):121-37.
- Cheng S, Li J, Li Q, Li X, Luo Y. (2025). Family quality of life of parents of children with intellectual disability: Do psychological stress and parental involvement matter?. *J Intellect Disabil.* 29(2):331-348.
- Davis AO, Olagbegi OM, Orekoya K, Adekunle M, Oyeleye Oyewole O, Adepoju M, Soetan O. (2021). Burden and quality of life of informal caregivers of children with cerebral palsy. *Rev Rene.* 22:61752. [Doi:10.15253/2175-6783.20212261752](https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212261752)
- Firdaus AM, Prathama R, Galaresh AV. (2025). The correlations between family support to the growth of children's socialization abilities with mental retardation: Literature review. *J La Medihealthico.* 6(4):863-870.
- Jafari, E., Bagherzadeh, F., Salmani, A., & Pourmohseni, F. (2024). The role of spiritual well-being and coping strategies with the anxiety of corona disease in military personnel. *Military Psychology*, 15(1), 93-114. [Persian] [Dor:20.1001.1.25885162.1403.15.1.5.7](https://doi.org/10.125885162.1403.15.1.5.7)
- Khaleefah, A.R., Basharpour, S., Hajloo, N., & Atadokht, A. (2026). Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy on Self-Criticism and Resilience in Individuals with Posttraumatic Stress Disorder Related to the Iraqi Civil War. *Iranian Journal of Educational Sociology*, 9(5), 1-16. [Doi:10.61838/5xaqt229](https://doi.org/10.61838/5xaqt229)
- Khoshvaght N, Naderi F, Safarzadeh S, Alizadeh M. (2021). The effects of compassion-focused therapy on anxiety and depression in the mothers of children with cerebral palsy. *Arch Hyg Sci.* 10(3):225-234. [Persian]

حسین کاویانی، اشرف‌سادات موسوی. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۶۶ (۲): ۱۳۶-۱۴۰

<http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html>

رحیمی، مهدی، افراسیابی، حسین، رستم‌پور گیلانی، طیبیه و قدوسی نیا، عطیه. (۱۳۹۶). تأثیر داشتن کودک با کم‌توانی ذهنی بر زندگی مادران:

رویکرد کیفی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶)، ۴۵-۷۰. [Doi: 10.22054/jpe.2017.20981.1534](https://doi.org/10.22054/jpe.2017.20981.1534)

رستم‌پور برنجستانی، محدثه، عباسی، قدرت‌اله و میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خود انتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. مشاوره

کاربردی، ۱۰(۲)، ۱-۱۸. [Doi: 10.22055/jac.2020.33836.1749](https://doi.org/10.22055/jac.2020.33836.1749)

رئیس‌حمیرا، شریفی طیبیه، غضنفری احمد، چرامی مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر داغ اجتماعی و تحمل پریشانی مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی، مجله علوم روان‌شناختی، ۱۹ (۹۳)

[Dor:20.1001.1.17357462.1399.19.93.1.3](https://doi.org/10.22001.1.17357462.1399.19.93.1.3) ۱۲۰۰-۱۱۹۷:

سیداسماعیلی قمی، نسترن و سلمانی، علی. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *روان‌شناسی افراد استثنایی*،

۱۵(۵۷): ۱۰۵-۱۳۹. [Doi: 10.22054/jpe.2025.83606.2778](https://doi.org/10.22054/jpe.2025.83606.2778)

زارع، حسین و برادران، مجید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مهارت‌شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی دانشجویان مضطرب. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴)، ۴۹۱-۵۱۱.

[Dor:20.1001.1.20084331.1397.12.4.2.2](https://doi.org/10.22001.1.20084331.1397.12.4.2.2)

شمس جمال، عزیزی علیرضا، میرزایی آزاده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. تحقیقات نظام سلامت حکیم؛ ۱۳ (۱): ۱۸-۱۱.

<http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>

شمس گلشید، پاشنگ سارا، صداقت مستوره. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت‌درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیل اسکروزیس. طب پیشگیری. ۸ (۱): ۷۰-۸۰.

[Doi:10.52547/jpm.8.1.80](https://doi.org/10.52547/jpm.8.1.80)

قدم‌پور عزت‌اله، نصرت‌آبادی مطهره، پورآبادی پریسا، میردریگوند فضل‌اله. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس پیشرفت‌های نوین در علوم

رفتاری ۵ (۴۳): ۴۳-۵۵. <http://ijndibs.com/article-1-436-fa.html>

محمودپور، عبدالباسط و دهقان‌پور، ثنا و ایجادی، سحر و محمدی، شهلا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی و احساس گناه مادران دارای کودکان معلول جسمی حرکتی،

- Kılıç A, Hudson J, Scott W, McCracken LM, Hughes LD. (2022). A 12-month longitudinal study examining the shared and unique contributions of self-compassion and psychological inflexibility to distress and quality of life in people with Type 2 Diabetes. *J Psychosom Res.*;155:110728. [Doi:10.1016/j.jpsychores.2022.110728](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110728)
- Marafioti G, Bonanno L, Piccolo A, Giambò FM, Lo Buono V, Di Cara M, et al. (2025). The Impact of Co-Occurring Behavioral and Emotional Problems on the Quality of Life of Caregivers of Autistic Children: A Preliminary Study. *J Clin Med.* 14(10):3319. [Doi:10.3390/jcm14103319](https://doi.org/10.3390/jcm14103319)
- Neff KD. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness.* 7(1):264-274. [Doi:10.1007/s12671-015-0479-3](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3)
- Nemati S, Shojaeian N, Martínez-González AE, Hosseinkhanzadeh AA, Katurani A, Khiabani I. (2022). Maternal acceptance–rejection, self-compassion and empathy in mothers of children with intellectual and developmental disabilities. *Int J Dev Disabil.* 68(2):102–106. [Doi:10.30476/jrsr.2021.91696.1183](https://doi.org/10.30476/jrsr.2021.91696.1183)
- Popa E.(2020). Particularities of personality and socio-affective behavioral in children with mental disabilities. *New Trends Psychol.* 29(1):57-61.
- Sethi, MC. (2017). Parents of children with Intellectual Disability: Anxiety and Challenges. *IOSR J Human Soc Sci.* 7(22).
- Seyedesmaili Ghomi, N. & Salmani, A. (2025). Effectiveness of Communication Skills Training on the Social Adjustment and Quality of life for Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 15(57), 105-139. [Persian] [Doi: 10.22054/jpe.2025.83606.2778](https://doi.org/10.22054/jpe.2025.83606.2778)
- Shams Z, Meshkati Z, Madanian L. (2021) Effectiveness of self-compassion training on parenting stress of mothers with visually impaired children. *J Rehabil Sci Res.* 8(4):176–181. [Persian] [Doi:10.30476/jrsr.2021.91696.1183](https://doi.org/10.30476/jrsr.2021.91696.1183)
- Simons, JS. & Gaher, RM. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot.* 29(2):83-102.
- Taganova, GB. (2025). Classification of children with mental developmental disabilities. *Ekonomika i Socium.* 5-1(132):816–819. [Doi:10.37899/journallamedihaltico.v6i4.2330](https://doi.org/10.37899/journallamedihaltico.v6i4.2330)
- Taheri, A., Marashi, SA., Vahid, N. & Boshlelidi, K. (2022). The effectiveness of compassion-focused therapy on psychological well-being and meaning in life among mothers of children with intellectual developmental disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 28(1):2–20. [Persian] [Doi:10.32598/ijpcp.28.1.3046.1](https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.1.3046.1)
- Teymoori, R., Salmani, A. & Salehinejad, M. A. (2022). The relationship between emotional character with depression and anxiety in patients with polycystic ovary syndrome. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(7), 47-53. [Doi:10.22098/jrp.2022.9595.1042](https://doi.org/10.22098/jrp.2022.9595.1042)