

## اثربخشی مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول

مهدی عامری<sup>۱\*</sup>، افسانه احمدی زاده<sup>۲</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف، تعیین اثربخشی مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول شهر اصفهان انجام شده است. پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی مادران دارای فرزند معلول شهر اصفهان بوده است. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود، و ۳۰ نفر نمونه در دو گروه آزمایش (۱۵) و گروه گواه (۱۵) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۹) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. دانش آموزان مادران در گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه آموزش دیدند. در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، براساس آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آمار استنباطی (کوواریانس) از نرم افزار SPSS استفاده گردید. نتایج این پژوهش نشان داد که در مرحله پس آزمون بین میانگین نمره افسردگی در افراد دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=0/618$ ;  $P=0/001$ ). و همچنین، نمره تاب آوری و ابعاد آن در افراد دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت ( $F=0/758$ ;  $P=0/001$ ). بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود با آموزش مشاوره گروهی شفقت به خود می‌توان تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری، افسردگی، معلولیت، شفقت به خود.

### ۱- مقدمه

وقتی انسان از نظر جسمی سالم باشد پرنرژی‌تر، شادتر، خلاق‌تر، موفق‌تر و اجتماعی‌تر است و بهتر عمل می‌کند. بسیاری از عوامل روانی و تغییرات محیط زندگی با فشار روانی همراه است و موجب ایجاد بیماری جسمی می‌شود و یا تشدیدکننده تظاهرات این بیماری‌هاست (براون، بلانچارد و مک گرث، ۲۰۲۰). با به‌خطراتادن سلامت جسمانی، واکنش‌های روانی نیز در افراد به وجود می‌آید. مشکلات روانی می‌تواند تبعاتی به صورت بیماری‌های شبه‌جسمانی، انواع معلولیت‌ها یا بیماری‌های روان‌تنی مثل زخم معده و فشارخون عصبی به همراه داشته باشد (اخوت، متقی، بهجتی اردکانی و همکاران، ۱۳۹۹). معلولیت عبارت است از ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات عادی زندگی فردی یا اجتماعی به علت وجود نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی و روانی (سبزمنش، امرائی و حسن زاده، ۱۴۰۰). از دیدگاه توان‌بخشی معلولیت‌ها به سه دسته ذهنی روانی، حسی و جسمی تقسیم می‌شوند (ذبیح قاسمی، طهرانی زاده و مردوخ، ۱۳۹۸). در هر جامعه، با هر وضع فرهنگی و در هر طبقه اجتماعی معلولیت به صورت ناتوانی موقت یا دائم، کلی یا جزئی، ثابت یا متغیر وجود دارد و زندگی

۱- استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی دانشگاه پیام نور

اطرافیان فرد معلول را نیز متأثر می‌سازد (آبراهام، ۲۰۱۸). عوارض ناشی از معلولیت در افراد مختلف با توجه به نگرش آن‌ها متفاوت است. دیدگاه فرد معلول درباره خود و معلولیت و نگرش و برخورد های خانوادگی و اجتماعی به معلولیت موجب به‌وجود آمدن عوارض گوناگون در زندگی فرد معلول می‌شود (حسین نیا، ۱۳۹۶).

تاب‌آوری<sup>۱</sup> یکی از روش‌های کمک به افراد در مدیریت پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای تنش‌زا و اضطراب‌زا است (مرادی، عسکری زاده و باقری، ۱۴۰۰). تاب‌آوری را می‌توان توانایی کنار آمدن با مشکل به شمار آورد. در واقع تاب‌آوری فرار از مشکلات نیست بلکه به افراد این توانایی را می‌بخشد که از مشکلات عبور کرده، از زندگی خود لذت برده و استرس‌ها و فشارها را بهتر حل و فصل نمایند (ذبیح‌الله زاده و همکاران، ۱۳۹۸). به عبارت دیگر تاب‌آوری توانایی حرکت به همراه مشکلات است یعنی علی‌رغم اینکه فرد با استرس، نگرانی و مشکل روبرو بوده، قادر باشد وظایف شخصی، اجتماعی، رقابتی و محیطی خود را انجام داده و به فعالیت کاری خود ادامه دهد (حجتی، قیصران و بخشانی، ۱۳۹۷). تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، خانواده و بهداشت روان یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با اثر این سازه و همچنین تدوین مداخله‌ای مربوط به ارتقاء این مهارت افزوده می‌شود (بلاک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). از سوی دیگر تاب‌آوری ویژگی یا خصلتی نیست که برخی دارای آن باشند و برخی آن را نداشته باشند (شباهنگ، خسروجاوید و احمدی، ۱۳۹۷)، تاب‌آوری اشاره به ایستادگی در برابر خطر دارد اما یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را نیز مغلوب سازد. براین اساس آنچه که می‌تواند در حل مسایل و مشکلات در درجه اول به فرد کمک کند و در درجه دوم به بهتر زیستن و داشتن رضایت بالاتری از زندگی بی‌نجامد ارتقاء مهارت تاب‌آوری است (حسینی قمی و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از متغیرهای مهم در خصوص مادران دارای فرزند معلول، افسردگی است. افسردگی حالت خلقی ناخوشایندی است که با نشانه‌های چند بعدی مخربی شامل غمگینی و ناراحتی، نامیدی، کرحتی و بی‌علاقگی به تمامی فعالیت‌های زندگی، خستگی و فقدان انرژی، سراسمگی، نداشتن قدرت تمرکز و تفکر و افکار مرگ همراه می‌باشد. نشانه‌هایی که تا حد زیادی کارآمدی روانشناختی و عملکردی فرد را در ابعاد مختلف زندگی با اختلال مواجه می‌کند (دیمارکو، آدون، بروجک و باجو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷).

میرکینا، ریتا، هایللی، ناسیر و سوسای<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) شیوع افسردگی را بین آنها بیش از ۴۰٪ درصد گزارش کردند و تصریح کردند این اختلال می‌تواند یکی از مخرب‌ترین آسیب‌های روانشناختی دوره سالمندی باشد که به مرور سلامت روانشناختی آنها را کاهش می‌دهد و توان و انرژی‌شان را برای رسیدگی به ساده‌ترین وظایف و تکالیف خود در طی زندگی مختل می‌کند. در ایران نیز شیوع‌شناسی این آسیب نشان داد ۱۶/۸ درصد سالمندان افسردگی خفیف و بیش از ۱۴/۷ درصد افسردگی اساسی دارند (رهبران، کرمی و شاه محمدی، ۱۳۹۸).

از جمله عواملی که در دوره سالمندی فرد را مستعد افسردگی می‌کند می‌توان به کاهش فعالیت اجتماعی و به دنبال آن احساس تنهایی (وانگ، هو، یائو، ویو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). فقدان نزدیکان، نقص‌های جسمی، نگرش به سالمندی و حمایت اجتماعی، فعالیت بدنی، مذهب، سرمایه اجتماعی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی (هان و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). اشاره کرد. به طور معمول سالمندی افسرده بطور همزمان درگیر بیماری پزشکی و اختلال شناختی نیز هستند که می‌تواند تشدید کننده افسردگی در آنها باشد (نوریان، گل پرور و آقایی، ۱۴۰۰).

<sup>1</sup> Resilience

<sup>2</sup> Block

<sup>3</sup> Dimarco, Adon, Brujak and Bajo

<sup>4</sup> Mirkina, Rita, Haley, Nasir and Sisai

<sup>5</sup> Wang, Hu, Yao, Wei

<sup>6</sup> Han et al

تاکنون روش‌های درمانی متعددی برای افزایش تاب‌آوری و کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند معلول به کار رفته است. هرچند این درمان‌ها اثربخش بوده‌اند، اما درمیان آنها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثربندی و با صرفه بودن وجود دارد (مارتل، آدیس، جاکوسبون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). در طول دهه اول قرن ۲۱، کاربرد و تحقیق پیرامون مفهوم شفقت و شفقت به خود<sup>۲</sup>، به عنوان فرآیندی فعال در جریان روان‌درمانی رو به فزونی یافته است. شفقت برای حداقل ۲۶۰۰ سال قبل محور تمریناتی جهت شفای هیجانی بوده است، همانطور که بودا در آموزه‌های علمی خود ترویج و پرورش شفقت را عامل تغییر ذهن معرفی نموده است، در حیطه روان‌درمانی و با شروع فعالیت‌های کارل راجرز<sup>۳</sup> (۱۹۶۵) نیز به مدت ۶۰ سال همدلی کلید اصلی در روان‌درمانی معرفی شده است (به نقل از کاوسی، عباسی و میرزائیان، ۱۴۰).

شفقت به خود شامل توانایی نزدیک شدن به رنج و وقایع منفی، بدون داشتن نگرش سخت و انتقادی نسبت به خود شخص است (نوروزی، غفاری نوران، ابوالقاسمی و همکاران، ۱۴۰۰). این اصطلاح برای افرادی اعمال می‌شود که نسبت به خود، شفقت می‌ورزند، رنج و تجربیات را به عنوان بخشی طبیعی از زندگی می‌پذیرند و احساسات و افکار رنج‌آور خود را از طریق لنزهای آگاهی، ذهن‌آگاهانه مشاهده می‌کنند (نف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند از آنجایی که با سخت‌گیری کمتر خودشان را مورد داوری قرار می‌دهند، وقایع دردناک را راحت‌تر می‌پذیرند و خود ارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان بر اساس عملکرد واقعی می‌باشد (شهبازی، خدابخشی کولایی، داوودی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به پذیرش بالای این افراد، آنها کمتر دچار اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب و غیره می‌شوند (امیری راد، اسلمی و موسوی، ۱۳۹۹).

مشخصه فردی که خودشفقتی بالا دارد این است که باخود مهربان است و با درک خود به جای قضاوت خود، حمایتی نسبت به کمبودها و بی‌کفایتی‌های خود فراهم می‌کند. اشتراکات انسانی درباره آن است که تمام انسان‌ها دچار خطا و اشتباه می‌شوند که با قبول آن دیگر جنبه‌های دردناک یک تجربه را ذهن را اشغال نمی‌کند (کریمی، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۸). داشتن خودشفقتی نیازمند این است که فرد به جای انتقاد سخت‌گیرانه از خود با حمایت از خود، از تهدید شدن حرمت خود جلوگیری کرده و سعی در پنهان کردن نواقص خود ندارد (اربابی، سراوانی و زینلی پور، ۱۴۰۱). فرد از طریق شفقت ورزیدن به خود امنیت هیجانی به وجود می‌آورد و می‌تواند بدون ترس از سرزنش خود، خودش را به وضوح ببیند و فرصت پیدا می‌کند تا با دقت بیشتری الگوهای ناسازگار فکری، هیجانی و رفتاری خود را درک و اصلاح کند (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹).

حال با توجه به پیامدهای نامطلوب افسردگی و تأثیرات گسترده آن بر روند تاب‌آوری و کیفیت زندگی و اینکه می‌تواند زندگی آینده فرد را به تباهی بکشاند و آسیب‌های اجتماعی و هیجانی جبران‌ناپذیری به دنبال داشته باشد. ضروری است اقدامات مقتضی برای درمان مؤلفه‌های روانشناختی و هیجانی مادران دارای فرزند معلول در کنار روش‌های آموزشی مناسب به کار گرفته شود. پژوهش حاضر به این منظور انجام شد تا تعیین کند که آیا شفقت درمانی بر تاب‌آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول تاثیر دارد؟

## ۲- روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش بر اساس اهداف از نوع تحقیقات کاربردی می‌باشد. هم‌چنین پژوهش حاضر در قلمرو پژوهش‌های تجربی (نیمه آزمایشی) در نظر گرفته شده است. روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده می‌شود. طرح پژوهش حاضر با در نظر داشتن دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. در این پژوهش، دو گروه

<sup>1</sup> Martel, Addis, Jacobson

<sup>2</sup> Compassion and self-compassion

<sup>3</sup> Carl Rogers

<sup>4</sup> Neff

آزمایش و گواه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. یک‌بار قبل از شروع آموزش و بار دوم بعد از اتمام آموزش‌ها بود. بر این اساس، گروه آزمایش تحت تأثیر متغیر مستقل قرار گرفتند درحالی‌که به گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی داده نشد. دیاگرام طرح مذکور در ذیل آمده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مادران دارای فرزند معلول ساکن در شهر اصفهان بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مادران دارای فرزند معلول ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. روش‌های آمار توصیفی و استنباطی، برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. از میانگین و انحراف معیار، در بخش توصیفی و در بخش استنباطی برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، و جهت سنجش فرضیات، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا) و چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

### ۳- ابزار گردآوری اطلاعات

**مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳):** پرسشنامه‌ی تاب آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه (PTSD) انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و میتواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۰۰ و حداقل نمره صفر است. نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سوالات است. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌غیر فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. عبارات مربوط به هر زیرمقیاس: زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰ زیرمقیاس اعتماد به‌غیر فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲ از زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳ زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳ ضریب پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در تحقیقات مختلفی در داخل کشور توسط کردمیرزا (۱۳۸۸) برابر ۰/۹۳، خلعتبری و بهاری (۱۳۸۹) برابر ۰/۸۹، مؤمنی، اکبری و شوریده (۱۳۸۸) برابر ۰/۸۸ بوده است و روایی این پرسشنامه در جامعه ایرانی به روش تحلیل عاملی توسط کردمیرزا (۱۳۸۸)، خلعتبری و بهاری (۱۳۸۹) و مؤمنی، اکبری و شوریده (۱۳۸۸) مورد تأیید قرار گرفته است.

**مقیاس افسردگی بک (BDI-II):** این مقیاس به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان ابزاری برای گزارش خود برای اندازه‌گیری شناخت‌های مرتبط با افسردگی استفاده می‌شود. موارد این ابزار از مشاهده علائم بیماران افسرده به دست می‌آید. هر یک از این عبارات بسته به شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود (بک و استیر ۱۹۹۳). BDI-II نسخه جدید و تجدید نظر شده BDI-I است که پس از کار بر روی نسخه اولیه و تلاش برای رفع اشکالات BDI، که ۶ بعد از ۹ بعد افسردگی را شامل می‌شد و دو بعد اشتها و خواب به‌طور ناقص به دست آمد. استیر و بک (۱۹۹۵) عنوان کردند که از آنجا که افزایش اشتها و خواب ممکن است در افراد به‌نجار هم رخ دهد پس احتساب آنها به عنوان نشانه‌های افسردگی ممکن است، باعث شود افرادی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شوند که واقعاً افسرده نیستند (خطای مثبت)؛ بنابراین، در BDI-II هم افزایش و هم کاهش اشتها تحت عنوان تغییر در الگوی خواب و اشتها مطرح شد. همچنین تغییر تصویر بدنی، از دست

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

دادن وزن و اشتغال ذهنی با بدن نیز که فقط در بیماران مزمن و بیمارانی که مدت طولانی بستری بودند دیده می‌شد به دلیل تأکیدی که در حال حاضر بر تشخیص و درمان افسردگی در مراحل اولیه وجود دارد، حذف شد. در BDI-II فقط سه گویه بازنویسی نشدند و عنوان بسیاری از گویه‌ها تغییر یافت (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶) هر یک از آیت‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد، هر جمله از نظر شدت بین صفر تا ۳ نمره می‌گیرد. بنابراین کمترین نمره‌ای که به دست می‌آید صفر و بیشترین نمره ۶۳ است. در تفسیر نتایج، درجات افسردگی بدین صورت تعیین می‌گردد؛ نمره ۰-۴ انکار احتمالی، نمره ۵-۹ افسردگی خیلی خفیف، نمره ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره بیشتر از ۳۰ افسردگی شدید. فتی و همکاران (۱۳۸۴) این مقیاس را روی یک نمونه ۹۴ نفری از جمعیت ایرانی به اجرا در آورده و ضریب آلفا را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کرمی، بگیان کوله مرز، مومنی و الهی، (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نشانه‌های شناختی در زنان ۰/۷۹۲ و در مردان ۰/۷۹۴ نشانه‌های عاطفی در زنان ۰/۷۹۳ و در مردان ۰/۷۵۴ نشانه‌های جسمانی در زنان ۰/۷۰۹ و در مردان ۰/۸۱۴ و برای کل پرسشنامه افسردگی برای زنان ۰/۹۰۹ و برای زنان ۰/۹۱۰ بدست آمد.

### جدول ۱. ساختار جلسات آموزشی شفقت به خود

| جلسه  | محتوا  |
|-------|--|
| اول   | معارفه و برقراری ارتباط با شرکت کنندگان و بیان هدف آموزش و مفهوم‌سازی آموزش متمرکز بر شفقت به خود.   |
| دوم   | فنون واری بدن و تنفس به شرکت کنندگان توضیح داده شد. آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند. در نهایت به آنها تکلیف خانگی ارائه شد.   |
| سوم   | آموزش برای شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع در ارتباط با مسائل زنان برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی و برداشتن فشار از روی دوش خود. احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود به شرکت کنندگان آموزش داده شد. این که همه افراد دارای نواقص هستند و در بروز مشکلات خود را مقصر ندانستن. افراد تقویت شدند تا بدون اینکه از رنج خود و دیگران روی برگردانند یا از آن اجتناب کنند به آن توجه کنند. همدردی کردن به آنها آموزش داده شد. در آخر تکلیف خانگی ارائه شد. |
| چهارم | تمرین جلسه قبل مرور شد. آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن برای ایجاد تغییرات. ارزش خود-شفقتی و همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران به آنها یاد آوری شد. در آخر به آنها تکلیف خانگی ارائه شد.  |
| پنجم  | تمرین جلسه قبل مرور شد. تمرین‌های قبلی و جدید پرورش ذهن مشفقانه از جمله بخشش و پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره ذهن آفلوآنزا و آموزش بردباری انجام شد. آموزش برای پذیرش تغییرات پیشرو و توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز زندگی در مراکز.   |
| ششم   | تمرین جلسه قبل مرور شد. تمرین ایجاد تصاویر مشفقانه به صورت علمی انجام شد. سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت از جمله شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته آموزش داده شد. نحوه به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره برای همسر، فرزندان، دوستان و آشنایان توضیح داده شد. آموزش برای ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا برخورد مناسب و کارآمد با محیط داشته باشد.   |
| هفتم  | تمرین جلسه قبل مرور شد. نحوه نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران آموزش داده شد. روش آموزش مسئولیت‌پذیری،  |

مؤلفه مهم آموزش، شفقت به خود است که فرد یاد می‌گیرد تفکر خود انتقادی نداشته باشد (به جای انتقاد از خود، نسبت به خود مهربان باشند). روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت نیز به شرکت کنندگان آموزش داده شد.

**هشتم** مهارت‌های ارائه شده در جلسات قبل مرور و تمرین شد تا به شرکت‌کنندگان کمک شود تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط مختلف و متفاوت زندگی خود مقابله کنند. پس از خلاصه، جمع‌بندی و تمرین مهارت‌های تعلیم داده شده به منظور کسب مهارت در برخورد با مشکلات

### ۴- یافته‌ها

بر اساس آنچه گفته شد تغییرات حاصله در نمرات هر دو متغیر وابسته پژوهش در گروه آزمایش بر اساس اجرای مداخله ایجاد شده است. بر این اساس در این بخش به بررسی اثربخشی این روش با استفاده از روش‌های آمار استنباطی پرداخته شده است.

**بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات:** استفاده از آزمون آمار پارامتریک نیازمند نرمال بودن توزیع داده‌ها است. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد؛ که نتایج آن در زیر ارائه شده است:

جدول ۲. آزمون کلموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

| متغیر    | مرحله‌ی اجرا | گروه   | سطح معناداری |
|----------|--------------|--------|--------------|
| افسردگی  | پیش‌آزمون    | آزمایش | ۰,۴۸۳        |
|          | پس‌آزمون     | آزمایش | ۰,۳۸۵        |
| تاب آوری | پیش‌آزمون    | آزمایش | ۰,۲۷۳        |
|          | پس‌آزمون     | آزمایش | ۰,۲۱۷        |

همان‌طور که یافته‌های بالا نشان می‌دهد توزیع متغیرها در هر دو مرحله آزمون نرمال است. در توضیح باید گفت که وقتی که مقدار معناداری آزمون کلموگروف- اسمیرنوف در تمام موارد بیشتر از ۰/۰۵ است، می‌توان فهمید که مفروضه‌ی نرمال بودن برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد؛ بنابراین نتایج جدول بالا نشان می‌دهد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در همه متغیرها در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون رعایت شده است.

**فرضیه پژوهش:** مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول تاثیر

دارد.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

فرضیه فوق با استفاده از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) چند متغیری مورد بررسی قرار گرفته است. قبل از انجام آزمون پیش فرض‌های همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون ام باکس بررسی شد که نتایج آن در زیر ارائه شده است:

جدول ۳. آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها

| متغیر    | مقدار F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری |
|----------|---------|--------------|--------------|---------------|
| افسردگی  | ۱,۵۸۷   | ۱            | ۲۸           | ۰,۲۱۸         |
| تاب آوری | ۰,۲۱۶   | ۱            | ۲۸           | ۰,۶۴۵         |

با توجه به جدول (۳) می‌توان مشاهده کرد که چون مقدار معناداری آزمون لوین بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد. بر این اساس مفروضه یا پیش فرض دوم در تحلیل کوواریانس که همان همگنی واریانس‌ها می‌باشد برای هر دو متغیر برقرار است.

جدول ۴. آزمون ام باکس برای بررسی همگنی واریانس‌ها

| آزمون ام باکس |              |
|---------------|--------------|
| مقدار F       | سطح معناداری |
| ۱,۵۷۸         | ۰,۱۹۲        |

با توجه به نتایج جدول بالا مشخص می‌شود که کوواریانس متغیرهای پژوهش با رابطه متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه یکسان است. لذا این پیش فرض هم تائید می‌شود. با توجه به تائید پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، نتایج آزمون در زیر ارائه شده است:

جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی فرضیه اصلی

| منبع      | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مقدار F | سطح معنی داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|-----------|---------------|------------|---------|---------------|------------|------------|
| افسردگی   | ۲۱,۹۳         | ۱          | ۳۰,۰۲۹  | ۰,۰۰۱         | ۰,۵۳۶      | ۱          |
| پیش‌آزمون | ۳۰,۴۹۲        | ۱          | ۴۱,۶۳۴  | ۰,۰۰۱         | ۰,۶۱۶      | ۱          |
| گروه      | ۱۹,۰۴۲        | ۲۶         |         |               |            |            |
| خطا       |               |            |         |               |            |            |

|          |           |    |        |       |         |       |
|----------|-----------|----|--------|-------|---------|-------|
|          |           |    |        | ۳۰    | ۶۹۹,۸۹۰ | کل    |
| تاب آوری | پیش‌آزمون | ۱  | ۱۰,۱۰۲ | ۰,۰۰۴ | ۰,۲۸۰   | ۰,۸۸۴ |
| گروه     |           | ۱  | ۸۱,۱۳۱ | ۰,۰۰۰ | ۰,۷۵۷   | ۱     |
| خطا      |           | ۲۶ |        |       |         |       |
| کل       |           | ۳۰ |        |       |         |       |

و با توجه به مقادیر F و سطح معناداری ( $p < 0.001$ ) که در جدول بالا ارائه شده است مشخص می‌شود که آموزش مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول مؤثر است.

## ۵- نتیجه گیری

**فرضیه پژوهش:** مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول تاثیر دارد. نتایج فرضیه اصلی پژوهش نشان داد که برنامه مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری با ضریب  $F = 1.587$ ، و بهبود افسردگی با ضریب  $F = 0.216$  تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که « مشاوره گروهی شفقت به خود بر تاب آوری و افسردگی مادران دارای فرزند معلول»، تأیید می‌شود.

نتایج فرضیه اساسی این پژوهش اگرچه به‌طور مشابه و مستقیم در پژوهشی بررسی نگردیده؛ اما به‌طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های جعفری و همکاران (۱۳۹۹)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۹)، سید جعفری (۱۳۹۸)، گله‌گیریان و همکاران (۱۳۹۸)، آلتمایر (۲۰۱۹)، شوشانی و همکاران (۲۰۱۶)، یوولیا سزک و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش گله‌گیریان و همکاران (۱۳۹۸) نتایج نشان داد که درمان مثبت‌نگر بر نشاط ذهنی، تاب‌آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنادار داشت.

در تبیین یافته حاضر باید گفت که در جریان آموزش روانشناسی مثبت‌نگر، مادران کودکان معلول در جهت شناخت توانایی‌ها، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرافیان گام بر می‌دارند که این امر منجر به بهبود نگرش‌شان نسبت به دیگران نظیر اعضای خانواده دوستانشان نیز می‌شود. در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسایل و احساسات مثبت و جلوگیری از ورود احساسات منفی به حیطه شخصی، و نیز افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌نگر است، می‌توان بر سلامت روانی افراد تأثیر مثبتی گذاشت. خوشبینی حاصل از مداخله روانشناسی مثبت‌نگر می‌تواند اتفاقی را که می‌خواهد رخ دهد، تغییر دهد. بنابراین، به نظر می‌رسد که روانشناسی مثبت‌نگر از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آنها در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث بهبود مهربانی با خود و شفقت به خود در مادران دارای فرزند معلول شود. همچنین می‌توان گفت که آموزش روانشناسی مثبت‌نگر از طریق تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آنها در زندگی روزمره اجتماعی و همچنین به واسطه افزایش احساس لذت، معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث افزایش مولفه‌های روان‌شناختی مثبت شفقت به خود در مادران شود. روانشناسی مثبت‌نگر با آموزش مفاهیم مربوط به خود، به مادران دارای فرزند معلول می‌آموزد که توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز در محیط ارتباطی و خانوادگی به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق داده تا از این طریق به تجربه مولفه‌های روانشناختی مثبت‌گرایی بالاتری دست یابند.



در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسان دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته‌باشند. در این فن درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد. در تمرین‌های شفقت بر تنش‌زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن-آگاهی تاکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خود آیند منفی خواهد داشت این پژوهش با محدودیت جامعه آماری مادران دارای فرزند معلول، محدودیت نمونه‌گیری تصادفی نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند و محدودیت جغرافیایی شهرستان اصفهان مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در جامعه آماری دیگر، سایر مناطق جغرافیایی و با حجم نمونه بیشتر انجام گردد تا سبب افزایش تعمیم یافته‌ها شود.

## مراجع

۱. اربابی فائزه، سراوانی شهرزاد، زینلی پور مژگان. (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت به خود بر به‌زیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. دوماه نامه علمی - پژوهشی فیض. ۱۴۰۱؛ ۲۶ (۱): ۸۲-۹۰.
۲. اخوت، مهرنوش، متقی، شکوفه، بهجتی اردکانی، فاطمه، دهقان منشادی، زبیده. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر سرزندگی و تاب‌آوری دانش‌آموزان معلول جسمی حرکتی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۶(۴)، ۱۶۱-۱۷۷.
۳. امیری راد، ملیحه، اسلمی، الهه، موسوی، شکوفه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شفقت به خود بر معنایابی در زندگی و رضایت جنسی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۰(۴۰)، ۷۷-۱۰۲.
۴. حجتی، حمید؛ قیصران، حبیب؛ بخشانی، نور محمد (۱۳۹۷)، ارتباط تاب‌آوری و کیفیت زندگی در والدین دارای کودک مبتلا به تالاسمی ماژور در شهر زاهدان، نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۵، شماره ۱
۵. حسینی قمی، طاهره، جهان بخشی، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۶)، ۲۰۵-۲۲۸.
۶. حسین‌نیا، معصومه. (۱۳۹۶). اثربخشی مهارت حل مسئله بر سازگاری معلولین جسمی حرکتی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۹(شماره ۳-ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری)، ۲۳۰-۲۳۷.
۷. ذبیح‌الله زاده، فاطمه؛ رشوند، پرینا؛ نعمت طاووسی، محترم (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی والد‌محور بر تاب‌آوری و خودتنظیمی هیجانی مادران نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، مجله رویش روانشناسی، شماره ۱۲
۸. ذبیح‌قاسمی مریم، طهرانی زاده مریم، مردوخ محمد سعید. (۱۳۹۸)، اثربخشی قصه‌درمانی بر سازگاری اجتماعی و احساس تنهایی کودکان معلول جسمی حرکتی. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۳۹۸؛ ۱۹ (۲): ۱۶-۵.
۹. رهبران، رضا، کرمی، رعنا، شاه‌محمدی، مهسا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش نشخوارفکری و اختلال افسردگی در نوجوانان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۲)، ۱۷-۲۶.
۱۰. شهبازی جمشید، خدابخشی کولایی آناهیتا، داوودی حسین، حیدری حسن. (۱۳۹۹)، مقایسه اثربخشی الگوی شفقت به خود متمرکز بر ذهن‌آگاهی و درمان دلبستگی محور بر احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد. مجله پرستاری کودکان. ۱۳۹۹؛ ۷ (۱): ۲۲-۱۲
۱۱. سبزمناش جعفری سمیه، امروئی کورش، حسن زاده نسرین. (۱۴۰۰)، اثربخشی آموزش تاب‌آوری خانواده بر سرسختی روانشناختی مادران دارای فرزند معلول جسمی-حرکتی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۱۴۰۰؛ ۷ (۴): ۳۷-۲۹

۱۲. سید جعفری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۸(۳۰)، ۴۰-۵۲.
۱۳. سید جعفری جواد، برجعلی احمد، شرافتی شاهین، پناهی مهدی، دهناشی لاطان تاجماه، عبودیت سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۹۲): ۹۴۵-۹۵۶
۱۴. شباهنگ، رضا؛ خسروجاوید، مهناز؛ احمدی، علیرضا (۱۳۹۷)، نقش نگرش و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی والدین کودکان با نیازهای ویژه، سلامت روان کودک دوره پنجم، شماره ۳، صص ۲۱-۱۱
۱۵. قدم پور عزت اله، نصرت آبادی مطهره، پورآبادئی پریسا، میردربکوند فضل اله. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب آوری مراقبان بیماران دمانس. پیشرفت های نوین در علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۵ (۴۳): ۴۳-۵۵
۱۶. کریمی، الناز، محمدی، نوراله، رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت خود بر خود انتقادگری و اجتناب شناختی رفتاری در نوجوانان افسرده. روان شناسی بالینی، ۱۱(۴)، ۲۳-۳۲.
۱۷. کاوسی لیلی، عباسی قدرت اله، میرزائیان بهرام. (۱۴۰۰)، اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری. روان پرستاری. ۱۴۰۰؛ ۹ (۳): ۶۲-۵۰
۱۸. گله گیریان، صدیقه، پولادی ریشه‌ری، علی، & کیخسروانی، مولود. (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر نشاط ذهنی، تاب آوری و شفقت به خود در مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی. روانشناسی افراد استثنایی. ۱۳۹۳-۲۱۳.
۱۹. گودرزی میترا، قاسمی ندا، میردربکوند فضل الله، غلامرضایی سیمین. (۱۳۹۷)، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عاطفه مثبت و منفی، انعطاف پذیری روان شناختی و مؤلفه های ذهن آگاهی افراد دارای علائم افسردگی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت. ۱۳۹۷؛ ۵ (۵): ۶۸-۵۳
۲۰. مرادی، فاطمه، عسکری زاده، قاسم، باقری، مسعود. (۱۴۰۰). رابطه سرگشتگی ذهنی و نارسایی شناختی در میانسالان: نقش واسطه ای فراشناخت. روانشناسی فرهنگی، ۵(۲)، ۱۶۹-۱۸۵.
۲۱. مدحی، محمد، قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی های ذهنی و تحولی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۱(۳)، ۱-۱۸.
۲۲. نوربان لیلی، گل پرور محسن، آقایی اصغر. (۱۴۰۰)، مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و سرمایه عاطفی زنان افسرده. روان پرستاری. ۱۴۰۰؛ ۹ (۴): ۲۳-۱۱
۲۳. نوروزی بابک، غفاری نوران عذرا، ابوالقاسمی عباس، موسی زاده توکل. (۱۴۰۰)، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر استرس تحصیلی و فرسودگی تحصیلی دانش آموزان دارای علائم افسردگی. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۴۰۰؛ ۱۱ (۱): ۲۰-۲۰.

24. Abraham, B. K. (2018). Physical and psycho-social issues of physically challenged children. International Journal of Current Advanced Research, 7(5): 12731-12735.

25. Altmaier, E.M.(2019). An introduction to positive psychology. Promoting Positive Processes After Trauma, 17-30.

26. Brown, M., Blanchard, T. and McGrath, R. E. (2020). Differences in self-reported character strengths across adolescence. Journal of Adolescence, 79: 1-10.

27. Dodson, F. (2020), Tout se joue avant six ans. paris. Rabert lafon

28. Feldman, D. B., & Kubota, M., (2018). Hope, self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college. *Learning and Individual Differences*, 37, 801–806
29. Han, K. M., Han, C., Shin, C., Jee, H. J., An, H., Yoon, H. K., ... Kim, S. H. (2018). Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. *Journal of Psychiatric Research*, 98, 133-140.
30. Hetrick, S. E., Cox, G. R., Fisher, C. A., Bhar, S. S., Rice, S. M., Davey, C. G., & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. *Early intervention in psychiatry*, 9(2), 93-99
31. Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
32. Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2019). Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change
33. Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self - compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
34. Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85 - 102.
35. Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214 .
36. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick K. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* 2007; 41: 139-154
37. Shoshani, A., Steinmetz, S., Kanat-Maymon, Y.(2016). Effects of the Maytiv positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement, *Journal of School Psychology*, 57: 73–92.  
Uliaszek, A.A., Rashid, T., Williams, G.E., Gulamani, T.(2016). Group therapy for university students: A randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy, *Behavior Research and Therapy*, 77: 78-85.
38. Wang, G., Hu, M., Xiao, S. Y., & Zhou, L. (2017). Loneliness and depression among rural empty-nest elderly adults in Liuyang, China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 7(10), e016091