

Effects of Compassion-Focused Therapy on Parental Distress Tolerance in the Mothers of Children With Learning Disorders

*Aqa Akbari L¹, Mirzamani SM², Hashemi Razini H³

Author Address

1. M.A. Clinical Psychology, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran;
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Yazd University of Science and Art, Yazd, Iran;
3. Assistant Professor of Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran.
*Corresponding author's email: Liaah.akbari.teach@gmail.com

Received: 2019 Dec 31; Accepted: 2020 Feb 19

Abstract

Background & Objectives: Learning disorder is a neurological condition that affects one or more of the most basic psychological processes in learning, speaking, or writing. The main characteristic of children with learning disabilities is the child's overall intellectual ability. Learning disorders present severe effects on the parents of these children, such as high levels of anxiety, stress, isolation, and decreased quality of life. Parental stress experience suggests that most mothers encounter parental stress; accordingly, when parents experience stress, they affect their child's reading and writing, and the child may have difficulty learning such skills. Furthermore, the affected child is not expected to have a positive trend of school achievements. Due to inability to learn and other factors, such as inability to writing, memorizing tasks, and understanding, the educational progress of these children is delayed or interrupted. Parental stress affects the degree of distress tolerance. A strategy that seems to be effective in reducing adverse outcomes is employing research-supported therapeutic approaches. Among the approaches that have been the focus of therapists in recent years is the Compassion-Focused Therapy (CFT) developed by Gilbert. In CFT, individuals learn not to avoid and suppress their painful emotions, but to feel them. This treatment recognizes the flow of compassion in 3 ways, as follows: the compassion we can feel toward others, the compassion we can feel from others, and the compassion we can guide ourselves. The present study aimed to determine the effects of CFT in coping with distress and parental stress in the mothers of children with learning disabilities.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population consisted of all mothers of children with learning disabilities in Baharestan City, Iran in the academic year of 2018-2019. Thirty eligible individuals were selected by the convenience sampling method. They were randomly divided into two groups of control and experimental (n=15/group). Research tools included the Distress Tolerance Scale (Simmons & Gahr, 2005) and the Parenting Stress Index-Short Form (Abidin, 1). The experimental group received eight 60-minute weekly sessions of CFT; however, the controls received no intervention. At the end of the training sessions, a posttest was performed in both study groups. Univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) was used to analyze the collected data ($\alpha=0.05$).

Results: The obtained data revealed that by eliminating the effect of pretest scores, there was a significant difference between the adjusted mean scores of distress tolerance and parental stress of the mothers of children with learning disorders by group membership (test & control) ($p\leq0.001$). The mean score of distress tolerance significantly increased; however, the mean parental stress scores decreased significantly ($p\leq0.001$). Therefore, the effect of CFT in distress tolerance was equal to 0.352, and concerning marital adjustment, it was measured as 0.370.

Conclusion: According to the timing of this study, it can be concluded that there was a significant difference in the distress tolerance and parental stress of the mothers of children with learning disorders between the experimental and control groups. Increased distress tolerance and reduced parental stress were observed in the study participants.

Keywords: Compassion-Focused therapy, Distress tolerance, Parental stress, Learning disorder.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان

*لیاه آقا اکبری^۱، سید محمود میرزمانی^۲، هادی هاشمی رزینی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: Liah.akbari.teach@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۰ دی ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: حضور کودک مبتلا به هر نوع ناتوانی، استرس و تنیدگی فزاینده‌ای را به اعضای خانواده تحمیل می‌کند؛ لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ تشکیل دادند که سی نفر واجد شرایط به‌روشن نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و فرم کوتاه شاخص استرس والدینی (آبیدین، ۱۹۹۵) بود. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برای افراد گروه آزمایش توسط محقق، هشت جلسه آموزشی شفقت‌درمانی به‌مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه شصت دقیقه‌ای ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری $\alpha = 0/05$ به‌کار رفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد، میانگین نمره تحمل پریشانی به‌طور معناداری افزایش یافته است؛ اما میانگین نمرات استرس والدینی به‌طور معناداری دارای کاهش بوده است ($p \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت مؤثر بوده و موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش استرس والدین مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شده است.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، تحمل پریشانی، استرس والدینی، اختلال یادگیری.

اختلال یادگیری^۱ نوعی اختلال عصبی است که یک یا چند مورد از فرایندهای اصلی تر روانی در یادگیری، صحبت کردن یا نوشتن را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). مشخصه اصلی کودکان دارای اختلال یادگیری، توانایی هوش کلی کودک است (۲). میزان شیوع اختلال های یادگیری در مناطق مختلف جهان بین ۳ تا ۱۲ درصد و شمار دانش آموزان دچار اختلال های مذکور، بین ۴ تا ۱۲ درصد برآورد شده است (۳). پژوهش ها نقش عوامل درون خانواده، عوامل مربوط به مدرسه و عوامل فرهنگی، اجتماعی و وراثتی را در بروز اختلالات یادگیری مؤثر دانسته اند (۴). اختلال های یادگیری تأثیرات شدیدی مثل سطوح شدید اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی بر والدین این خانواده ها دارد (۵).

استرس والدینی^۲، نوعی اختلال روانی است که در اثر تلاش والدین برای غلبه بر وظایف و خواسته های والدین ایجاد می شود (۶)؛ به طور کلی منظور از استرس والدینی سطوح بیشتر تنیدگی و نارسایی های هیجانی است که بر عواطف و رفتار والدین و تعامل والدین - فرزند و درک والدین بر رفتار کودک تأثیر می گذارد و به مراقبت و آموزش کودک می افزاید (۷). تجربه استرس والدینی نشان می دهد، مادران بیش از پدران تجربه استرس والدینی را دارند؛ لذا زمانی که والدین استرس هایی را تجربه می کنند، آن ها بر خواندن و نوشتن فرزندشان تأثیر می گذارند؛ ممکن است کودک در یادگیری این مهارت ها با مانعی روبه رو شود و انتظار نمی رود که روند مثبت داشته باشد. به دنبال ناتوانی در یادگیری و سایر عواملی مانند توانایی نداشتن در نوشتن، حفظ کردن وظایف و نبود توانایی در درک، چرخه پیشرفت تحصیلی این کودکان به تأخیر می افتد یا متوقف می شود (۸، ۹). تحمل پریشانی^۳ نقش مهمی در سلامت افراد بازی می کند (۱۰). تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت های فیزیولوژیکی آزاردهنده تعریف می شود (۱۱). به عبارتی دیگر تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده اند (۱۲). مطالعه بارتون و همکاران نشان داد، تحمل پریشانی پاسخ های گوناگون افراد را در برابر موقعیت متنوع تحت تأثیر قرار می دهد و با مهار عواطف، هیجانات و احساسات زمینه بهبود عملکرد آنان را فراهم می کند (۱۳).

یکی از راهکارهایی که به نظر می رسد برای کاهش پیامدهای منفی مؤثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانه پژوهشی است. از رویکردهایی که در سال های اخیر مدنظر درمانگران قرار گرفته، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت^۴ است که توسط گیلبرت مطرح شد. نف شفقت به خود را به عنوان سازهای سه مؤلفه ای شامل ذهن آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت تعریف کرده است (۱۴)؛ بنابراین گیلبرت درمان متمرکز بر شفقت را پیشنهاد کرد (۱۵). درمان متمرکز بر شفقت بر آرامش بخشی بیرونی عوامل، تصاویر و رفتارها اعتقاد دارد (۱۶). همچنین در این درمان افراد یاد می گیرند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند؛ بلکه درقبال آن احساس شفقت داشته باشند (۱۷). این درمان جریان

شفقت را در سه جهت به رسمیت می شناسد: شفقتی که ما می توانیم درباره دیگری با دیگران احساس کنیم؛ شفقتی که ما می توانیم از دیگران به خودمان احساس کنیم؛ شفقتی که ما می توانیم به سمت خودمان هدایت کنیم (۱۵).

درمان متمرکز بر شفقت، مدلی چندبعدی است که از انواع مهارت های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می کند (۱۶). در سال های اخیر مطالعات مربوط به بررسی درمان متمرکز بر شفقت نشان دهنده میزان کارایی آن بوده است؛ به طور مثال نتایج پژوهش زمانی فروشانی و همکاران نشان داد که برنامه آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر- کودک، منجر به بهبود رابطه مادر- کودک و کاهش تنش والدگری مادران شده است (۱۸). مطالعه نوری و شهابی در مادران دارای فرزند اتیسم مشخص کرد، آموزش شفقت به خود به طور معناداری بر تاب آوری افراد شرکت کننده تأثیر دارد (۱۹). مارتیز و کاستودیو در پژوهش خود دریافتند که نگاه مثبت و درک رنج دیگران و شفقت به خود پیش بینی کننده کیفیت زندگی در مادران دارای کودک دچار ناتوانی است (۲۰). در مطالعه ای دیگر گیلبرت و پراستر نشان دادند که شفقت درمانی برای افراد دارای مشکلات روانی مزمن، اثربخش است و باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب، انتقاد از خود، شرم و رفتارهای سرزنش و مخرب آن ها می شود (۲۱). براهler و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت در ارتقای بهبود هیجانی بیماران تأثیر دارد (۲۲). اشوردث، گریسی و گیلبرت در پژوهش خود گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت بر مفهوم سازی پاسخ های هیجانی بعد از آسیب تروماتیک مغزی مؤثر است (۲۳).

داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر زندگی مادران آن ها تأثیر فراوانی دارد و مادران این کودکان احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخی، انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی را تجربه می کنند. همچنین ممکن است این مادران به دلیل مشکلات زیادی که فرزندانشان با آن روبه رو هستند، نتوانند این شرایط را تحمل کنند؛ لذا آرامش روانی والدین آن ها به هم می خورد و سبب افت و کاهش تحمل روان شناختی آنان می شود (۲۴). در زمینه تأثیر شفقت درمانی بر آسیب های روانی پژوهش های زیادی انجام شده است؛ اما در ارتباط با تأثیرگذاری شفقت درمانی بر مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، به ویژه در ایران (با بررسی کامل پایگاه های اطلاعاتی و کلیدواژه های مختلف)، پژوهشی صورت نگرفته است؛ با این حال، پژوهش هایی از این نوع در ایران نیز ضروری به نظر می رسد؛ بنابراین و با الهام از آنچه گذشت و با توجه به خلأ پژوهشی موجود در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت درمانی در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه

۳. Distress Tolerance

۴. Compassion-Focused Psychotherapy

۱. Learning Disability

۲. Parenting Stress

– فرم کوتاه شاخص استرس والدینی^۲: این پرسشنامه ۳۶ سؤالی توسط آبدین در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. سه زیرمقیاس آشفستگی والدینی (سؤالات ۱ تا ۱۲)، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند (سؤالات ۱۳ تا ۲۴)، ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (سؤالات ۲۵ تا ۳۶) و استرس کلی را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری به روش لیکرت از کاملاً موافق (نمره یک) تا کاملاً مخالف (نمره پنج) انجام می‌شود (۲۷). ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی توسط سازندگان آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در گروهی ۲۴۸ نفری از مادران آمریکایی ۰/۹۳ به دست آمد. این ضریب در قلمروی کودک ۰/۸۵ و در قلمروی والد ۰/۹۱ بود. ضریب اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار هم‌زمان ابزار با پنج ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بود (۲۷). این مقیاس در ایران توسط فدایی و همکاران هنجاریابی شد. پایایی با روش بازآزمایی روی ۲۸۰ نفر از مادران با فاصله زمانی دو ماه انجام پذیرفت و ضریب پایایی استرس کلی ۰/۸۴ گزارش شد؛ همچنین روایی همگرا از طریق همبسته‌کردن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس داس و سیاهه رفتاری کودکان به تأیید رسید (۲۸).

جهت اجرا ابتدا با کسب اجازه از سازمان آموزش و پرورش شهر بهارستان و مشخص کردن نمونه، پرسشنامه تحمل پریشانی و استرس والدینی به عنوان پیش‌آزمون در اختیار مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری قرار گرفت. در مرحله بعدی افراد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس برای افراد گروه آزمایش توسط محقق، هشت جلسه آموزشی شفقت درمانی به مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه شصت دقیقه‌ای ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. جلسات آموزش شفقت درمانی برگرفته از جلسات آموزش شفقت درمانی مبتنی بر نظریه گیلبرت بود (۲۹). خلاصه جلسات آموزشی مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات آموزش درمان مبتنی بر شفقت (۲۹)

جلسه	هدف	تمرین
اول	برقراری ارتباط اولیه و ارزیابی	تنفس آرام – بخش ریتمیک
دوم	بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)	تمرین تنفس ریتمیک با انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر
سوم	ویژگی‌های شفقت به خود، مهارت‌ها و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روحی فرد	تمرین جلسه و پاسخ به سؤال چقدر به خود شفقت می‌ورزید
چهارم	تمرین یوگا و معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن	تمرین‌های مربوط به مهارت‌های شفقت
پنجم	پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم	نوشتن نامه‌ای دلسوزانه
ششم	آموزش مفهوم به هوشیاری و منطق آن	تمرین اسکن دلسوزانه
هفتم	تمرکز بر خود شفقت‌ورز و شناسایی ابعاد آن (توجه – تفکر و احساس) و اثرات آن بر بدن	تصویرسازی ذهنی خود شفقت‌ورز
هشتم	مرور افکار و رفتارهای شفقت‌ورز	تمرین مهارت‌های شفقت‌ورز

بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان در سال تحصیلی ۹۸–۱۳۹۷ تشکیل دادند. در طرح‌های آزمایشی باید حداقل نمونه سی نفر باشد (۲۵)؛ از این رو از افراد واجد شرایط سی نفر که به مرکز مشاوره رازی مراجعه کردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سطح سواد ابتدایی، تشخیص قطعی اختلال یادگیری کودکان، نداشتن بیماری روانی، قرار نگرفتن در دوره آموزشی دیگر به طور هم‌زمان و داشتن رضایت کامل برای حضور در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از: نبود رضایت آگاهانه؛ انجام ندادن تکالیف؛ غیبت بیش از دو جلسه. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های زیر بود.

– مقیاس تحمل پریشانی^۱: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. دارای پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس تحمل (تحمل پریشانی هیجانی، سؤالات ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی، سؤالات ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، سؤالات ۸، ۱۳، ۱۴) است. عبارات این پرسشنامه، بر مقیاسی پنج‌درجه‌ای (۱. کاملاً موافق، ۲. اندکی موافق، ۳. نه موافق و نه مخالف، ۴. اندکی مخالف، ۵. کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری سؤال شش به صورت معکوس است (۱۲). در پژوهش سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین نتایج روایی نشان داد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (۱۲). مطالعه شمس و همکاران همسانی درونی زیادی را برای کل مقیاس ($\alpha = 0.71$) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها نشان داد. آن‌ها ۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم گزارش کردند (۲۶).

^۲. Parenting Stress Index – short form

^۱. Distress tolerance scale

۳ یافته‌ها

لازم به ذکر است که در این پژوهش اصول اخلاقی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، رازداری و محرمانه‌بودن هویت و اطلاعات آزمودنی‌ها، صداقت و امانت علمی، آگاهی آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، اطمینان از بی‌خطر بودن پژوهش برای آزمودنی‌ها، تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی آزمودنی‌ها و تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تی مستقل، خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (همگنی شیب خط رگرسیون، نرمال بودن با استفاده از کولموگروف اسمیرنف، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین) در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تحلیل شد.

براساس نتایج به‌دست‌آمده میانگین سنی افراد گروه گواه برابر با $4/36 \pm$ ۳۹ سال و میانگین سنی افراد گروه آزمایش برابر با $4/28 \pm$ ۳۸ سال بود. برای بررسی تفاوت سنی گروه‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد که باتوجه به معنادار نبودن آماره به‌دست‌آمده فرض برابری سنی گروه‌ها

رد نشد. همچنین در گروه گواه ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر (۳۳ درصد) فوق‌دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس بودند؛ اما در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳ درصد) مدرک دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق‌دیپلم و ۴ نفر (۲۷ درصد) فوق‌لیسانس داشتند. برای مقایسه سطح تحصیلات دو گروه نیز از آزمون خی‌دو استفاده شد که باتوجه به معنادار نبودن آماره به‌دست‌آمده فرض یکسانی سطح تحصیلات دو گروه رد نشد.

قبل از اجرای آزمون مفروضه‌های همگنی شیب خط رگرسیون، نرمال بودن با استفاده از کولموگروف اسمیرنف، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس و همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین انجام شد. در آزمون کولموگروف اسمیرنف سطح معناداری آماره محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات رد نشد. آزمون باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به‌درستی رعایت شد. همچنین براساس آزمون لوین و معنادار نبودن آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل‌پریشانی و استرس والدینی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
تحمل‌پریشانی	آزمایش	۴۹/۳۳	۴/۹۳۸	۵۲/۴۰	۴/۸۰۸	۱۴/۶۹۵	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۷/۰۷	۱۰/۶۴۰	۴۷/۵۰	۹/۸۴۰		
استرس والدینی	آزمایش	۷۶/۰۹	۹/۶۱۸	۷۲/۷۳	۹/۷۶۵	۱۵/۸۴۰	<۰/۰۰۱
	گواه	۷۹/۵۳	۱۱/۳۷۰	۷۸/۴۳	۱۱/۲۱۵		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل‌شده نمرات تحمل‌پریشانی و استرس والدینی مادران دارای فرزند اختلال یادگیری برحسب عضویت گروهی (آزمایش و گواه) تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0/001$)؛ همچنین میزان تأثیر درمان مبتنی بر شفقت در متغیر تحمل‌پریشانی $0/352$ و در متغیر سازگاری زناشویی $0/370$ به‌دست‌آمد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل‌پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان انجام شد. نتایج نشان داد که بین تحمل‌پریشانی دو گروه آزمایش و گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل‌پریشانی والدین کودکان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است. مطالعه‌ای مشاهده نشد که نتایج آن به‌صورت مستقیم در راستای یافته‌های این پژوهش باشد؛ اما نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های برخی تحقیقات پیشین که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را تأیید کرده، همسوست؛ به‌طور مثال مطالعه

نوری و شهابی در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم نشان داد که آموزش شفقت به خود به‌طور معناداری بر تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده مؤثر است (۱۹). براه‌لر و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر شفقت در ارتقای بهبود هیجانی بیماران تأثیر دارد (۲۲). اشوردث، گریسی و گیلبرت در پژوهش خود گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت بر مفهوم‌سازی پاسخ‌های هیجانی بعد از آسیب تروماتیک مغزی مؤثر است (۲۳).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت، در درمان متمرکز بر شفقت از طریق تحریک سیستم امنیت (پیوستگی)، ادراک خطر و تهدیدات در افراد کاهش یافته و درعوض، رفتارهای مراقبتی، همدلانه و مشفقانه با دیگران افزایش می‌یابد. درمان متمرکز بر شفقت پیشنهاد می‌دهد، تلاش برای تحریک سیستم امنیت و رضایت با استفاده از تمرکز مجدد، تصویرسازی ذهنی و توجه مشفقانه مفید خواهد بود. سیستم امنیت (پیوستگی) ما را قادر می‌سازد که آرامش، سکون و آسودگی را برای خود فراهم کنیم و به ما کمک می‌کند تا تعادل خود را دوباره به‌دست آوریم. همچنین براساس رویکرد سبک تنظیم هیجانی، درمان متمرکز بر شفقت همانند سبک تنظیم هیجانی مثبتی عمل می‌کند و هیجانات

منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید (۳۰)؛ لذا به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، مقاومت فرد در برابر حوادث (تحمل پریشانی) افزایش می‌یابد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت، آموزش مبتنی بر شفقت خود موجب طرز تفکری مناسب می‌شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند؛ طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو مقابله سالم داشته باشند، امیدوار شوند و با جریان زندگی حرکت کنند. آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تحمل پریشانی می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین استرس والدینی دو گروه آزمایش و گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به کم‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت مؤثر است و موجب کاهش استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری می‌شود. یافته مذکور هم‌راستا با نتایج تقریباً مشابه در این زمینه است. نتایج پژوهش زمانی فروشانی و همکاران نشان داد که برنامه آموزشی تعامل مبتنی بر شفقت در رابطه مادر-کودک، منجر به بهبود رابطه مادر-کودک و کاهش تنش والدگری مادران می‌شود (۱۸). مارتیز و کاستودیو در پژوهشی دریافتند که نگاه مثبت و درک رنج دیگران و شفقت به خود پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در مادران دارای کودک دچار ناتوانی است (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر گیلیبرت و پراستر نشان دادند که شفقت درمانی برای افراد دارای مشکلات روانی مزمن، اثربخش است و باعث کاهش علائم افسردگی، اضطراب، انتقاد از خود، شرم و رفتارهای سرزنش و مخرب آن‌ها می‌شود (۲۱).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم را برای رویارویی با چالش‌های زندگی فراهم آورد؛ همچنین از آنجاکه ماهیت شفقت، مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج دیگران و تلاش برای تسکین آن است، در تعامل مبتنی بر شفقت به مادر آموزش داده می‌شود که به جای قضاوت و حساسیت درباره ظاهر رفتار کودک، با همدلی و همدردی به رنج پنهان کودک واکنش نشان دهد و در جهت آگاهی از دلایل رنج و التیام آن قدم بردارد؛ این همدلی و تلاش در جهت التیام رنج باعث می‌شود کودک احساس امنیت کند و با رفتارهای سازش‌یافته به دنبال برقراری ارتباط با دیگران باشد (۳۱)؛ چراکه احساس مورد مراقبت قرارگرفتن، پذیرفته‌شدن و داشتن احساس تعلق و وابستگی به دیگران برای بلوغ فیزیولوژیکی و بهزیستی ما اهمیتی اساسی دارد. این موضوعات با انواع خاص عاطفه مثبت که موجب بهزیستی می‌شود و مشخصات عصبی-هورمونی افزایش اندورفین و اکسی‌توسین در ارتباط است (۲۹). همچنین می‌توان بیان کرد، در تمرین‌های شفقت به خود بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به

خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش مهمی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارند (۳۲). در تبیینی دیگر می‌توان گفت، آموزش مهارت‌های درمان مبتنی بر شفقت به افراد باعث مهربانی و شفقت در قبال سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود؛ در نتیجه آن‌ها با خود مهربان‌تر شده و در برابر مشکلاتشان مسئولیت‌پذیرتر می‌شوند؛ همچنین وقایع پیش‌آمده را راحت‌تر می‌پذیرند، خود را کمتر سرزنش و انتقاد می‌کنند و افکار منفی خود را کاهش می‌دهند که این خود سبب کاهش استرس می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اجرانشدن دوره پیگیری اشاره کرد؛ همچنین این تحقیق تنها بر مادران کودکان اختلال یادگیری انجام شد؛ لذا تعمیم آن به والدگری پدران باید با احتیاط صورت گیرد. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر توصیه می‌شود مطالعات آتی، پایداری اثرات درمان متمرکز بر شفقت را در دوره‌های سه‌ماهه یا شش‌ماهه، بر سایر مشکلات روان‌شناختی مادران دارای فرزند اختلال یادگیری بررسی کنند. همچنین استفاده فراگیر از روش‌های کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه براساس رویکرد مبتنی بر شفقت و استفاده از نقش پیشگیرانه آن به‌منظور حمایت از آن‌ها در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی، به متخصصان و درمانگران پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج نشان داد، بین تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران دارای فرزند اختلال یادگیری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت به‌تنهایی یا در کار سایر درمان‌ها می‌تواند موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش استرس والدین مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شود.

۶ تشکر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه

تأییدیه اخلاقی پژوهش

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است؛ همچنین مجوز اجرای آن با شماره ۹۸/۶۵۱ از آموزش و پرورش شهرستان بهارستان صادر شده است.

رضایت برای انتشار

غیرقابل اجرا.

تراجم منافع

هیچ‌گونه تضادی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Pullen PC, Lane HB, Ashworth KE, Lovelace SP. Specific learning disabilities. In: Kauffman JM, Hallahan DP, Pullen PC, editors. *Handbook of special education*. 2nd ed. New York : Routledge; 2017. pp:286–99.
2. Giofrè D, Cornoldi C. The structure of intelligence in children with specific learning disabilities is different as compared to typically development children. *Intelligence*. 2015;52:36–43. doi: [10.1016/j.intell.2015.07.002](https://doi.org/10.1016/j.intell.2015.07.002)
3. Shoviachi J. Mindfulness therapy on the level of social anxiety and self-esteem of elementary school students with learning disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9:30. [Persian] <https://jdisabilstud.ir/article-1-1551-en.pdf>
4. Moreau D, Waldie KE. developmental learning disorders: from generic interventions to individualized remediation. *Front Psychol*. 2015;6:2053. doi: [10.3389/fpsyg.2015.02053](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02053)
5. Riahi F, Khajeddin N, Izadi Mazidi S. Effect of negative mood management training on mental health and depression of mothers with autism children. *Jentashapir Journal of Cellular and Molecular Biology*. 2013;4(2):91–9. [Persian]
6. Golfenshtein N, Srulovici E, Medoff-Cooper B. Investigating parenting stress across pediatric health conditions - a systematic review. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2015;1–49. doi: [10.3109/01460862.2015.1078423](https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1078423)
7. Mackler JS, Kelleher RT, Shanahan L, Calkins SD, Keane SP, O'Brien M. Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *J Marriage Fam*. 2015;77(2):388–406. doi: [10.1111/jomf.12163](https://doi.org/10.1111/jomf.12163)
8. Rodgers AY. The assessment of variables related to the parenting behavior of mothers with young children. *Children and Youth Services Review*. 1993;15(5):385–402. doi: [10.1016/0190-7409\(93\)90011-W](https://doi.org/10.1016/0190-7409(93)90011-W)
9. Ahangareanzabi A, Sharifidramadi P, Farajzadeh R. The relationship between parenting style and adolescents aggression in Shabestar city. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2011;1(1):1–8. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17276_d75d91777746c475640470262bb442ee.pdf?lang=en
10. Leyro TM, Bernstein A, Vujanovic AA, McLeish AC, Zvolensky MJ. Distress tolerance scale: a confirmatory factor analysis among daily cigarette smokers. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011;33(1):47–57. doi: [10.1007/s10862-010-9197-2](https://doi.org/10.1007/s10862-010-9197-2)
11. MacKillop J, De Wit H, editors. *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013.
12. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83–102. doi: [10.1007/s11031-005-7955-3](https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3)
13. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JJ. Psychological hardness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Mil Med*. 2012;177(5):517–24. doi: [10.7205/milmed-d-11-00200](https://doi.org/10.7205/milmed-d-11-00200)
14. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85–101. doi: [10.1080/152988603090932](https://doi.org/10.1080/152988603090932)
15. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6–41. doi: [10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043)
16. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):47–54.
17. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015;45(5):927–45. doi: [10.1017/S0033291714002141](https://doi.org/10.1017/S0033291714002141)
18. Zamani Froushani S, Sharifi T, Ghazanfari A, Abedi M, Naghavi A. Develop of compassion-based education package on mother-child interaction and its effectiveness on mother-child relationship and parental stress improvement. *Journal of Nursing Education*. 2019 ;8(1):1–12. [Persian] <http://jne.ir/article-1-989-en.pdf>
19. Nuri HR, Shahabi B. The effectiveness of self-compassion training on increase of mothers' resiliency with Autistic children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;18(3):118–26. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_538049_9a39b3319700b33131dfe7901ab9dab8.pdf?lang=en
20. Martínez BB, Custódio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(1):23–7. doi: [10.1590/1516-3180.2014.1321606](https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1321606)
21. Gilbert P, Procter S. compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2006;13(6):353–79. doi: [10.1002/cpp.507](https://doi.org/10.1002/cpp.507)
22. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):199–214. doi: [10.1111/bjc.12009](https://doi.org/10.1111/bjc.12009)
23. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(2):128–39. doi: [10.1375/brim.12.2.128](https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128)
24. Safara M, Bakhshizade M. Effectiveness of forgiveness psychological well-being and happiness of Mother with children specific learning disorder in Tabas. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;7(28):187–208. [Persian] doi: [10.22054/jpe.2018.24899.1627](https://doi.org/10.22054/jpe.2018.24899.1627)
25. Delavar A. *Educational and psychological Research*. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]

26. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):11–8. [Persian] <http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.pdf>
27. Abidin RR. Introduction to the special issue: the stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1990;19(4):298–301. doi: [10.1207/s15374424jccp1904_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1)
28. Fadaie Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadi F. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress– short form in mother`s of 7–12 year–old children. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011;8(2):81–91. [Persian] <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-171-en.pdf>
29. Gilbert P. *Compassion focused therapy: distinctive features*. London ; New York: Routledge; 2010.
30. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther*. 2014;58:43–51. doi: [10.1016/j.brat.2014.05.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006)
31. Barghandan S, Akbari B, Khalatbari J, Varast A. Effect of compassion therapy on adjustment and happiness of students with high-risk behaviors. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2018;5(2):142–53. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-302-en.pdf>
32. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28–44. doi: [10.1002/jclp.21923](https://doi.org/10.1002/jclp.21923)