MEJDS. 2020; 10:153.

Published online 2021 Oct. **Original Article**

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

*Aqa Akbari L[1], Mirzamani SM[2], Hashemi Razini H[3]

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:** Liah.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 (α=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) ($p \leq 0.001$). The mean score of distress tolerance significantly increased; however, the mean parental stress scores decreased significantly ($p \leq 0.001$). 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

Copyright © 2021, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۵۳.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

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

*لیاه آقا اکبری[۱]، سیدمحمود میرزمانی[۲]، هادی هاشمی رزینی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد 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.

***رایانامهٔ نویسندهٔ 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.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان در سال تحصیلی ۹۸_۱۳۹۷ تشکیل دادند که سی نفر واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری دردسترس 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 جلسهٔ آموزشی شفقت‌درمانی به‌مدت هشت هفته و هر هفته یک‌جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزش، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آزمون تی‌مستقل، خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری α=۰/۰۵ به‌کار رفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد، میانگین نمرهٔ تحمل پریشانی به‌طور معناداری افزایش یافته است؛ اما میانگین نمرات استرس والدینی به‌طور معناداری دارای کاهش بوده است (p≤۰/۰۰۱).

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.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۹، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

۱ مقدمه

اختلال یادگیری[1] نوعی اختلال عصبی است که یک یا چند مورد از فرایندهای اصلی‌تر روانی در یادگیری، صحبت‌کردن یا نوشتن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱). مشخصهٔ اصلی کودکان دارای اختلال یادگیری، توانایی هوش کلی کودک است (۲). میزان شیوع اختلال‌های یادگیری در مناطق مختلف جهان بین ۳تا۱۲درصد و شمار دانش‌آموزان دچار اختلال‌های مذکور، بین ۴تا۱۲درصد برآورد شده است (۳). پژوهش‌ها نقش عوامل درون خانواده، عوامل مربوط به مدرسه و عوامل فرهنگی، اجتماعی و وراثتی را در بروز اختلالات یادگیری مؤثر دانسته‌اند (۴). اختلال‌های یادگیری تأثیرات شدیدی مثل سطوح شدید اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی بر والدین این خانواده‌ها دارد (۵).

استرس والدینی[2]، نوعی اختلال روانی است که در اثر تلاش والدین برای غلبه بر وظایف و خواسته‌های والدین ایجاد می‌شود (۶)؛ به‌طور کلی منظور از استرس والدینی سطوح بیشتر تنیدگی و نارسایی‌های هیجانی است که بر عواطف و رفتار والدین و تعامل والدین ـ فرزند و درک والدین بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد و به مراقبت و آموزش کودک می‌افزاید (۷). تجربهٔ استرس والدینی نشان می‌دهد، مادران بیش از پدران تجربهٔ استرس والدینی را دارند؛ لذا زمانی که والدین استرس‌هایی را تجربه می‌کنند، آن‌ها بر خواندن و نوشتن فرزندشان تأثیر می‌گذارند؛ ممکن است کودک در یادگیری این مهارت‌ها با مانعی روبه‌رو شود و انتظار نمی‌رود که روند مثبت داشته باشد. به‌دنبال ناتوانی در یادگیری و سایر عواملی مانند توانایی‌نداشتن در نوشتن، حفظ‌کردن وظایف و نبود توانایی در درک، چرخهٔ پیشرفت تحصیلی این کودکان به تأخیر می‌افتد یا متوقف می‌شود(۸،۹). تحمل پریشانی[3] نقش مهمی در سلامت افراد بازی می‌کند (۱۰). تحمل پریشانی به‌عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزاردهنده تعریف می‌شود (۱۱). به عبارتی دیگر تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (۱۲). مطالعهٔ بارتون و همکاران نشان داد، تحمل پریشانی پاسخ‌های گوناگون افراد را دربرابر موقعیت متنوع تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و با مهار عواطف، هیجانات و احساسات زمینهٔ بهبود عملکرد آنان را فراهم می‌کند (۱۳).

یکی از راهکارهایی که به‌نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای منفی مؤثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانهٔ پژوهشی است. از رویکردهایی که در سال‌های اخیر مدنظر درمانگران قرار گرفته، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت[4] است که توسط گیلبرت مطرح شد. نف شفقت به خود را به‌عنوان سازهای سه‌مؤلفه‌ای شامل ذهن‌آگاهی، 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 آرامش‌بخشی بیرونی عوامل، تصاویر و رفتارها اعتقاد دارد (۱۶). همچنین در این درمان افراد یاد می‌گیرند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بلکه درقبال آن احساس شفقت داشته باشند (۱۷). این درمان جریان شفقت را در سه جهت به رسمیت می‌شناسد: شفقتی که ما می‌توانیم دربارهٔ دیگری با دیگران احساس کنیم؛ شفقتی که ما می‌توانیم از دیگران به خودمان احساس کنیم؛ شفقتی که ما می‌توانیم به‌سمت خودمان هدایت کنیم (۱۵).

درمان متمرکز بر شفقت، مدلی چندبعدی است که از انواع مهارت‌های آموزشی مرتبط با توجه، استدلال، تمرین تصویرسازی و مداخلات رفتاری استفاده می‌کند (۱۶). در سال‌های اخیر مطالعات مربوط به بررسی درمان متمرکز بر شفقت نشان‌دهندهٔ میزان کارآیی آن بوده است؛ به‌طور مثال نتایج پژوهش زمانی فروشانی و همکاران نشان داد که برنامهٔ آموزشی تعامل مبتنی‌بر شفقت در رابطهٔ مادر ـ کودک، منجربه بهبود رابطهٔ مادر ـ کودک و کاهش تنش والدگری مادران شده است (۱۸). مطالعهٔ نوری و شهابی در مادران دارای فرزند اتیسم مشخص کرد، آموزش شفقت به خود به‌طور معناداری بر تاب‌آوری افراد شرکت‌کننده تأثیر دارد (۱۹). مارتیز و کاستودیو در پژوهش خود دریافتند که نگاه مثبت و درک رنج دیگران و شفقت به خود پیش‌بینی‌کنندهٔ کیفیت زندگی در مادران دارای کودک دچار ناتوانی است (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر گیلبرت و پراستر نشان دادند که شفقت‌درمانی 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). براهلر و همکاران در مطالعهٔ 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).

داشتن فرزند مبتلا به ناتوانی یادگیری بر زندگی مادران آن‌ها تأثیر فراوانی دارد و مادران این کودکان احساسات مختلفی ازجمله سردرگمی، تلخی، انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی را تجربه می‌کنند. همچنین ممکن است این مادران به‌دلیل مشکلات زیادی که فرزندانشان با آن روبه‌رو هستند، نتوانند این شرایط را تحمل کنند؛ لذا آرامش روانی والدین آن‌ها به‌هم می‌خورد و سبب افت و کاهش تحمل روان‌شناختی آنان می‌شود (۲۴). در زمینهٔ تأثیر شفقت‌درمانی بر آسیب‌های روانی پژوهش‌های زیادی انجام شده است؛ اما در ارتباط با تأثیرگذاری شفقت‌درمانی بر مادران کودکان دارای اختلال یادگیری، به‌ویژه در ایران (با بررسی کامل پایگاه‌های اطلاعاتی و کلیدواژه‌های مختلف)، پژوهشی صورت نگرفته است؛ بااین‌حال، پژوهش‌هایی از این نوع در ایران نیز ضروری به‌نظر می‌رسد؛ بنابراین و با الهام از آنچه گذشت و باتوجه به خلأ پژوهشی موجود در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه

[1] . Learning Disability
[2] . Parenting Stress
[3] . Distress Tolerance
[4] . Compassion-Focused Psychotherapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان در سال تحصیلی ۹۸ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند. در طرح‌های آزمایشی باید حداقل نمونه سی نفر باشد (۲۵)؛ ازاین‌رو از افراد واجد شرایط سی نفر که به مرکز مشاورهٔ رازی مراجعه کردند، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور 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 کودکشان، نداشتن بیماری روانی، قرارنگرفتن در دورهٔ آموزشی دیگر به‌طور هم‌زمان و داشتن رضایت کامل برای حضور در جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج عبارت بود از: نبود رضایت آگاهانه؛ انجام‌ندادن تکالیف؛ غیبت بیش از دو جلسه. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های زیر بود.

ـ مقیاس تحمل پریشانی[1]: 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 (جذب‌شدن 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 به‌صورت معکوس است (۱۲). در پژوهش سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین نتایج روایی نشان داد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیهٔ خوبی است (۱۲). مطالعهٔ شمس و همکاران همسانی درونی زیادی را برای کل مقیاس (α=۰/۷۱) 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).

ـ فرم کوتاه شاخص استرس والدینی[2]: این پرسشنامهٔ ۳۶سؤالی توسط آبیدین در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. سه زیرمقیاس آشفتگی والدینی (سؤالات ۱تا۱۲)، تعاملات ناکارآمد والدـفرزند (سؤالات ۱۳تا۲۴)، ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین (سؤالات ۲۵تا۳۶) و استرس کلی را اندازه‌گیری می‌کند. شیوهٔ نمره‌گذاری به‌روش لیکرت از کاملاً موافق (نمرهٔ یک) تا کاملاً مخالف (نمرهٔ پنج) انجام می‌شود (۲۷). ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی توسط سازندگان آن ازطریق محاسبهٔ آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در گروهی ۲۴۸ نفری از مادران آمریکایی ۰/۹۳ به‌دست آمد. این ضریب در قلمروی کودک ۰/۸۵ و در قلمروی والد ۰/۹۱ بود. ضریب اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنهٔ 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 فاصلهٔ زمانی دو ماه انجام پذیرفت و ضریب پایایی استرس کلی ۰/۸۴ گزارش شد؛ همچنین روایی همگرا ازطریق همبسته‌کردن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس داس و سیاههٔ رفتاری کودکان به تأیید رسید (۲۸).

جهت اجرا ابتدا با کسب اجازه از سازمان آموزش‌وپرورش شهر بهارستان و مشخص‌کردن نمونه، پرسشنامهٔ تحمل پریشانی و استرس والدینی به‌عنوان پیش‌آزمون در اختیار مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری قرار گرفت. در مرحلهٔ بعدی افراد نمونه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. سپس برای افراد گروه آزمایش توسط محقق، هشت جلسهٔ آموزشی شفقت‌درمانی به‌مدت هشت هفته و هر هفته یک‌جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای ارائه شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. جلسات آموزش شفقت‌درمانی برگرفته از جلسات آموزش شفقت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ گیلبرت بود (۲۹). خلاصهٔ جلسات آموزشی مطابق جدول ۱ است.

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

جلسه	هدف	تمرین
اول	برقراری ارتباط اولیه و ارزیابی	تنفس آرام‌ـ 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 (توجه‌ـ تفکر و احساس) و اثرات آن بر بدن	تصویرسازی ذهنی خود شفقت‌ورز
هشتم	مرور افکار و رفتارهای شفقت‌ورز	تمرین مهارت‌های شفقت‌ورز

[1]. Distress tolerance scale

[2]. Parenting Stress Index – short form

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

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 بی‌خطربودن پژوهش برای آزمودنی‌ها، تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی آزمودنی‌ها و تشکر و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تی‌مستقل، خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (همگنی شیب خط رگرسیون، نرمال‌بودن با استفاده از کولموگروف‌اسمیرنف، همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس با استفاده از آزمون باکس، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین) در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تحلیل شد.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج به‌دست‌آمده میانگین سنی افراد گروه گواه برابر با ۴/۳۶± ۳۹ سال و میانگین سنی افراد گروه آزمایش برابر با ۴/۲۸±۳۸ سال بود. برای بررسی تفاوت سنی گروه‌ها از آزمون تی‌مستقل استفاده شد که باتوجه به معنادارنبودن آمارهٔ به‌دست‌آمده فرض برابری سنی گروه‌ها رد نشد. همچنین در گروه گواه ۷ نفر (۴۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر (۳۳درصد) فوق‌دیپلم و ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس بودند؛ اما در گروه آزمایش ۸ نفر (۵۳درصد) مدرک دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق‌دیپلم و ۴ نفر (۲۷ درصد) فوق‌لیسانس داشتند. برای مقایسهٔ سطح تحصیلات دو گروه نیز از آزمون خی‌دو استفاده شد که باتوجه به معنادارنبودن آمارهٔ به‌دست‌آمده فرض یکسانی سطح تحصیلات دو گروه رد نشد.

قبل از اجرای آزمون مفروضه‌های همگنی شیب خط رگرسیون، نرمال‌بودن با استفاده از کولموگروف‌اسمیرنف، همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس با استفاده از آزمون باکس و همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین انجام شد. در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف سطح معناداری آمارهٔ محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات رد نشد. آزمون باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس به‌درستی رعایت شد. همچنین براساس آزمون لوین و معنادارنبودن آن برای همهٔ متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی 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		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	ضریب تأثیر
تحمل پریشانی	آزمایش	۴۹/۳۳	۴/۹۳۸	۵۲/۴۰	۴/۸۰۸	۱۴/۶۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۲
	گواه	۴۷/۰۷	۱۰/۶۴۰	۴۷/۵۰	۹/۸۴۰			
استرس والدینی	آزمایش	۷۶/۰۹	۹/۶۱۸	۷۲/۷۳	۹/۷۶۵	۱۵/۸۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۰
	گواه	۷۹/۵۳	۱۱/۳۷۰	۷۸/۴۳	۱۱/۲۱۵			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل‌شدهٔ نمرات تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران دارای فرزند اختلال یادگیری برحسب عضویت گروهی (آزمایش و گواه) تفاوت معناداری وجود دارد ($p\leq$۰/۰۰۱)؛ همچنین میزان تأثیر درمان مبتنی‌بر شفقت در متغیر تحمل پریشانی ۰/۳۵۲ و در متغیر سازگاری زناشویی ۰/۳۷۰ به‌دست آمد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در تحمل پریشانی و استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری شهر بهارستان انجام شد. نتایج نشان داد که بین تحمل پریشانی دو گروه آزمایش و گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت، درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل پریشانی 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 تحقیق‌های پیشین که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را تأیید کرده، همسوست؛ به‌طور مثال مطالعهٔ 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 مطالعهٔ 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 ازطریق 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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید (۳۰)؛ لذا به‌نظر می‌رسد که به‌واسطهٔ این خودتنظیمی هیجانی، مقاومت فرد دربرابر حوادث (تحمل پریشانی) افزایش می‌یابد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت، آموزش مبتنی‌بر 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 مقابلهٔ سالم داشته باشند، امیدوار شوند و با جریان زندگی حرکت کنند. آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، ازجمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به‌نوبهٔ خود باعث افزایش تحمل پریشانی می‌شود.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین استرس والدینی دو گروه آزمایش و گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین باتوجه به کمتربودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون، چنین نتیجه می‌شود که درمان متمرکز بر شفقت مؤثر است و موجب کاهش استرس والدینی مادران کودکان دارای اختلال یادگیری می‌شود. یافتهٔ مذکور هم‌راستا با نتایج تقریباً مشابه در این زمینه است. نتایج پژوهش زمانی فروشانی و همکاران نشان داد که برنامهٔ آموزشی تعامل مبتنی‌بر شفقت در رابطهٔ مادر_کودک، منجربه بهبود رابطهٔ 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 پیش‌بینی‌کنندهٔ کیفیت زندگی در مادران دارای کودک دچار ناتوانی است (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر گیلبرت و پراستر نشان دادند که شفقت‌درمانی 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 سامانهٔ شفقت می‌تواند شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم را برای رویارویی با چالش‌های زندگی فراهم آورد؛ همچنین ازآنجاکه ماهیت شفقت، مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج دیگران و تلاش برای تسکین آن است، در تعامل مبتنی‌بر شفقت به مادر آموزش داده می‌شود که به‌جای قضاوت و حساسیت دربارهٔ ظاهر رفتار کودک، با همدلی و همدردی به رنج پنهان کودک واکنش نشان دهد و درجهت آگاهی از دلایل رنج و التیام آن قدم بردارد؛ این همدلی و تلاش درجهت التیام رنج باعث می‌شود کودک احساس امنیت کند و با رفتارهای سازش‌یافته به‌دنبال 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 عاطفهٔ 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 مبتنی‌بر شفقت به افراد باعث مهربانی و شفقت درقبال سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ گذشته می‌شود؛ درنتیجه آن‌ها با خود مهربان‌تر شده و دربرابر 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 دورهٔ 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 استفادهٔ فراگیر از روش‌های کل‌نگر، تیمی و بین‌رشته‌ای در درمان، تدوین برنامه‌های پیشگیرانه براساس رویکرد مبتنی‌بر شفقت و استفاده از نقش پیشگیرانهٔ آن به‌منظور حمایت از آن‌ها دربرابر 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 همهٔ 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 شمارهٔ ۹۸/۶۵۱ از آموزش‌وپرورش شهرستان بهارستان صادر شده است.

رضایت برای انتشار

غیرقابل اجرا.

تزاحم منافع

هیچ‌گونه تضادی بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

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
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
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
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
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
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
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
13. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. Mil Med. 2012;177(5):517–24. doi: 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: 10.1080/15298860309032
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
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
18. Zamani Foroushani 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
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
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
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
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
25. Delavar A. Educational and psychological Research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]

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
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
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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.155.4]